

Abschlussbericht

St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 21.12.2020

Autoren:

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

⁵ Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Danksagung

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	20
2. Hintergrund.....	31
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	31
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	31
5. Methoden	33
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	34
6.1 Patientenmatching	36
7. Darstellung Modellvorhaben St. Marien-Hospital Hamm gGmbH.....	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	54
U2	67
U3	72
U4	79
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	89
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	89
U1	91
U2	101
U3	105
U4	111
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	120
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	120
U1	122
U2	141
U3	148
U4	156
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	174
Beschreibung Ergebnisse (U2)	174

U2	175
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	182
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	182
U1	183
U2	187
U3	189
U4	192
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit	195
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	195
U1	198
U2	205
U3	208
U4	212
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	218
Beschreibung Ergebnisse (U2)	218
U2	219
8.2.8 Komorbidität	222
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	222
U1	224
U2	227
U3	228
U4	230
8.2.9 Mortalität	232
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	232
U1	233
U2	237
U3	239
U4	242
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	245
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	245
U1	247
U2	256
U3	260

U4	265
8.2.11 Leitlinienadhärenz	273
Beschreibung Ergebnisse (U2)	273
U2	275
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	285
9.1 Patientenmix	285
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	285
U1	287
U2	291
U3	293
U4	295
9.2 Leistungserbringung	299
Beschreibung Ergebnisse (U1)	299
U1	299
10. Ergebnisse: Kosten	308
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	308
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	308
U1	310
U2	314
U3	315
U4	317
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	319
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	319
U1	320
U2	325
U3	326
U4	328
10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen	330
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	330
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	331
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	331
U1	333
U2	337

U3	338
U4	340
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	342
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	342
U1	344
U2	348
U3	349
U4	351
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 353	
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	353
U1	354
U2	355
U3	356
U4	357
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	358
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	358
U1	360
U2	364
U3	365
U4	367
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung	369
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	369
U1	371
U2	375
U3	376
U4	378
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung	380
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	380
U1	382
U2	386
U3	387
U4	389

11. Ergebnisse: Effizienz	391
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4).....	391
U2	392
U4	393
12. Diskussion	395
12.1 Hauptergebnisse.....	395
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	411
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	415
13. Literatur	417
14. Anhang.....	420
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	420
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose	431
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität	439
14.4 Ergebnisse Kosten	489
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	489
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	494
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	497
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	500
14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix.....	505
14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten.....	506

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).....	58
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U2).....	68
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3).....	74
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4).....	81
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	94
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	102
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	107
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	114
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1)	134
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2)	145
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3)	152
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4)	168
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2)	179
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	185
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	188
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	190
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	194
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	200
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	206
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	209
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	214
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	220
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	225
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	227
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	228
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	231
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1).....	234
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2).....	238
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3).....	240
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4).....	243
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1)	249
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2)	257
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3)	261
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4)	267
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	280
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten.....	288
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	290
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten.....	292
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	294
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten.....	296
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	298
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	310
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	311
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	314
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	315

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	317
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	318
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	321
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	322
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	325
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	326
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	328
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	329
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	333
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	334
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	337
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	338
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	340
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	341
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	344
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	345
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	348
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	349
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	351
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	352
Abbildung 66: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	360
Abbildung 67: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	361
Abbildung 68: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	364
Abbildung 69: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	365
Abbildung 70: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	367
Abbildung 71: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	368
Abbildung 72: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	371
Abbildung 73: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	372
Abbildung 74: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	375
Abbildung 75: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	376
Abbildung 76: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	378
Abbildung 77: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	379
Abbildung 78: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	382
Abbildung 79: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	383
Abbildung 80: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	386
Abbildung 81: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	387
Abbildung 82: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	389
Abbildung 83: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	390
Abbildung 84: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4.....	394
Abbildung 85: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	506

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).....	54
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	66
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).....	91
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1).....	100
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2).....	101
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	105
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	109
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4).....	111
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1).....	122
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1).....	140
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2).....	141
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung,(U3).....	148
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3).....	155
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4).....	156
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2).....	175
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	181
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	183
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	186
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	187
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	189
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	191
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	192
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	198
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	204
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2).....	205
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	208
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	211
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4).....	212
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2).....	219
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2).....	221
Tabelle 40: Komorbidität, (U1).....	224
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	226
Tabelle 42: Komorbidität, (U2).....	227
Tabelle 43: Komorbidität, (U3).....	228
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	229

Tabelle 45: Komorbidität, (U4)	230
Tabelle 46: Mortalität, (U1).....	233
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1)	236
Tabelle 48: Mortalität, (U2).....	237
Tabelle 49: Mortalität, (U3).....	239
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3)	241
Tabelle 51: Mortalität, (U4).....	242
Tabelle 52: Progression, (U1)	247
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	255
Tabelle 54: Progression, (U2)	256
Tabelle 55: Progression, (U3)	260
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	264
Tabelle 57: Progression, (U4)	265
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2).....	275
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2).....	276
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	277
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	279
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2).....	284
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	287
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	289
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	291
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	293
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	295
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	297
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	300
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	301
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	302
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	303
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	304
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	305
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	306
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	307
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	310
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	311
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	312
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	313
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	314
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	315
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	316
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	317

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten.....	318
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	320
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	322
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	323
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	324
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	325
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	326
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	327
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	328
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	329
Tabelle 95: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	333
Tabelle 96: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	334
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	335
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	336
Tabelle 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	337
Tabelle 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	338
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	339
Tabelle 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	340
Tabelle 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	341
Tabelle 104: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	344
Tabelle 105: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	345
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	346
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	347
Tabelle 108: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	348
Tabelle 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	349
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	350
Tabelle 111: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	351
Tabelle 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	352
Tabelle 113: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	354
Tabelle 114: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	354
Tabelle 115: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten.....	355
Tabelle 116: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	356
Tabelle 117: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten.....	357
Tabelle 118: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	357
Tabelle 119: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	360
Tabelle 120: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	361
Tabelle 121: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	362
Tabelle 122: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	363
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	364
Tabelle 124: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	365
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	366
Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	367
Tabelle 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	368
Tabelle 128: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	371
Tabelle 129: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	372

Tabelle 130: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	373
Tabelle 131: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	374
Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	375
Tabelle 133: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	376
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	377
Tabelle 135: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	378
Tabelle 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	379
Tabelle 137: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	382
Tabelle 138: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	383
Tabelle 139: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	384
Tabelle 140: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	385
Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	386
Tabelle 142: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	387
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	388
Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	389
Tabelle 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	390
Tabelle 146: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	392
Tabelle 147: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	392
Tabelle 148: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung.....	393
Tabelle 149: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	393
Tabelle 150: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	420
Tabelle 151: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	420
Tabelle 152: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	423
Tabelle 153: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	423
Tabelle 154: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	426
Tabelle 155: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4.....	427
Tabelle 156: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1).....	431
Tabelle 157: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1).....	435
Tabelle 158: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	440
Tabelle 159: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	442
Tabelle 160: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	444
Tabelle 161: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1).....	446
Tabelle 162: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	448
Tabelle 163: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	449
Tabelle 164: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	450
Tabelle 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	451
Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	452
Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	453
Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	454
Tabelle 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	455
Tabelle 170: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1).....	456

Tabelle 171: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1).....	456
Tabelle 172: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1).....	457
Tabelle 173: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1).....	458
Tabelle 174: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1).....	459
Tabelle 175: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1).....	461
Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1).....	463
Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1).....	463
Tabelle 178: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1).....	464
Tabelle 179: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1).....	466
Tabelle 180: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1).....	468
Tabelle 181: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1).....	469
Tabelle 182: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1).....	470
Tabelle 183: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1).....	471
Tabelle 184: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1).....	472
Tabelle 185: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2).....	473
Tabelle 186: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	474
Tabelle 187: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2).....	475
Tabelle 188: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3).....	476
Tabelle 189: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3).....	477
Tabelle 190: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1.....	479
Tabelle 191: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2.....	480
Tabelle 192: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3).....	481
Tabelle 193: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3).....	482
Tabelle 194: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3).....	483
Tabelle 195: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3).....	484
Tabelle 196: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3).....	485
Tabelle 197: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3).....	486
Tabelle 198: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3).....	487
Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3).....	488
Tabelle 200: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	489
Tabelle 201: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	489
Tabelle 202: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	489
Tabelle 203: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	490
Tabelle 204: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	490
Tabelle 205: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	490
Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	491
Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	491
Tabelle 208: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	491
Tabelle 209: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	492
Tabelle 210: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	492
Tabelle 211: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	492
Tabelle 212: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	493
Tabelle 213: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	493
Tabelle 214: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	494
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	494
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	494
Tabelle 217: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten.....	495
Tabelle 218: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	495

Tabelle 219: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	495
Tabelle 220: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	496
Tabelle 221: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	497
Tabelle 222: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	497
Tabelle 223: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	497
Tabelle 224: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	498
Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	498
Tabelle 226: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	498
Tabelle 227: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	499
Tabelle 228: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	500
Tabelle 229: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	500
Tabelle 230: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	500
Tabelle 231: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	501
Tabelle 232: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	501
Tabelle 233: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	501
Tabelle 234: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	502
Tabelle 235: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	502
Tabelle 236: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	502
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	503
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	503
Tabelle 239: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	503
Tabelle 240: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	504
Tabelle 241: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	504
Tabelle 242: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	505

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Ein wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde mit der bundesweit einheitlichen Evaluation von insgesamt achtzehn Modellvorhaben nach § 64b SGB V beauftragt. Ziele der Modellverträge nach § 64b sind (A) die Implementierung und Weiterentwicklung einer verbesserten Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung und -durchführung. Konkret sollen (B) Alternativen zur vollstationären Behandlung – mit verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter – gestärkt werden, (C) eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds erfolgen, (D) die Akzeptanz der patientenorientierten psychiatrischen, psycho-therapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie (E) Leistungstransparenz und (F) eine kosten-effektivere Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

Die folgenden Hypothesen wurden abgeleitet von den Zielen der Modellverträge nach § 64b SGB V und anhand verschiedener Outcomes näher untersucht. Verträge gemäß § 64b SGB V:

- a) stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.
- b) schaffen eine erhöhte Behandlungskontinuität bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.
- c) sorgen für eine schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen, für die Entwicklung von psychischen und somatischen Komorbiditäten, für Erkrankungsprogression und für eine erhöhte Mortalität.
- d) erhöhen die Leitlinienadhärenz insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).
- e) stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.

- f) führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.
- g) führen zur Herstellung von Leistungstransparenz durch eine patientenbezogene Abrechnung.
- h) führen zu einer Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.
- i) führen zu einer Veränderung der Arzneimitteltherapie durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten/ambulanten Bereich die Kosten der Arzneimittelversorgung sinken, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.
- j) führen zu einer kosten-effektiveren Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden Abschlussbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der St. Marien-Hospital Hamm gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

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

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

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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

Analyse

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse und Diskussion

Die Studienpopulation der St. Marien-Hospital Hamm gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 4.287 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 in der IG bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten waren die Anteile in der IG stets geringer als in der KG. Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, gab es hier in U1 keine statistisch signifikanten Unterschiede. Der geringere Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt im Jahr vor Referenzfall, also erster Behandlung seit Modellstart, weist hier darauf hin, dass bereits im Präzeitraum bei den klinikbekannten Patienten weniger vollstationär behandelt wurde im Vergleich zur Regelversorgung.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten der Modellklinik stärker als bei Patienten der Regelversorgung. Während dieser Unterschied in U1 noch keine statistische Signifikanz erreichte, war dieser Unterschied in U3 statistisch signifikant. Auch in den weiteren Untersuchungen U2 und U4 war ein größerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Auch bei den klinikbekannten Patienten war hier ein stärkerer Anstieg dieses Anteils im Modellvorhaben vergleichend zur Regelversorgung erkennbar. Somit wurden sowohl klinikneue als auch klinikbekannte Patienten mit Einführung des Modellvorhabens häufiger teilstationär versorgt.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall signifikant geringer als in der Regelversorgung. In U1 (Verlauf über vier Jahre) verlief der Anstieg der vollstationären Tage klinikneuer Patienten der IG im Jahr nach Referenzfall auf einem geringeren Niveau als bei Patienten der KG. Dieser Unterschied war auch bei Patienten, die im zweiten bis vierten Modelljahr eingeschlossen wurden (U2) sowie bei Patienten mit zweijährigen und dreijähriger Nachbeobachtung (U3, U4), ersichtlich. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit erkennbar, besonders im ersten patientenindividuellen Jahr. Dieser Unterschied nahm über die Zeit der Behandlung der Patienten ab (U1), blieb jedoch für das Jahr nach Referenzfall der Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren konstant (U2). Auch der Peak an vollstationären Tagen im Jahr nach Referenzfall war über die beobachteten drei ersten Modelljahre ersichtlich (U3). Die

geringeren vollstationären Behandlungstage in der IG bestanden hier noch im zweiten Jahr nach Referenzfall. Für Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr (U4) war im ersten Jahr nach Referenzfall ein Peak ersichtlich, welcher in der IG geringer als in der KG ausfiel. Danach ging die Anzahl vollstationärer Tage im dritten Jahr nach Referenzfall auf zwischen IG und KG vergleichbarem Niveau zurück. Die geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG war zudem im Gesamtschätzer über alle vier Jahre nach Referenzfall (U1) statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl vollstationärer Behandlungstage im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Jedoch stiegen auch hier, analog zu den vollstationären Behandlungstagen klinikneuer Patienten, die vollstationären Behandlungstage im Modellvorhaben weniger stark als in der Regelversorgung bzw. sanken bereits im ersten Jahr nach Referenzfall während diese zunächst in der Regelversorgung stiegen (U1). Analog zu den Anteilen ist somit auch hier bei den vollstationären Behandlungstagen ein Absinken der Tage im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung zu erkennen.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu sein. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein größerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich (in U1 auch erneut statistisch signifikant). Diese Entwicklung ist analog zu den teilstationären Tagen klinikneuer Patienten. Die beobachtete Entwicklung von einer Verringerung vollstationärer Behandlung hin zu einer Stärkung teilstationärer Behandlung ist im Modellvorhaben somit sowohl in den klinikneuen als auch den klinikbekannten Patienten ersichtlich.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 89 ff.) ist zu erkennen, dass bei der PIA-Inanspruchnahme linikneue Patienten der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall stets eine höhere PIA-Inanspruchnahme als Patienten der Regelversorgung aufwiesen. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Die linikbekannten Patienten der Modellklinik wiesen zu jedem untersuchten Zeitpunkt eine geringere PIA-Inanspruchnahme auf. Hier ist zu beachten, dass diese Inanspruchnahme in der Modellklinik jedoch stärker zunahm als in der Regelversorgung, d.h. der Unterschied zwischen Modellklinik und Regelversorgung verringerte sich über die patientenindividuelle Zeit. In U1 führte dieser stärkere Anstieg zu einem statistisch signifikanten Anstieg im Modellvorhaben im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall. Hier lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Modellklinik die PIA-Behandlung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten ausgebaut hat, um somit, zusammen mit der Erhöhung teilstationärer Angebote, die Verringerung vollstationärer Behandlungen aufzufangen.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. Meist waren zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbare Verläufe ersichtlich. Jedoch war das stärkere Absinken der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in U3 bei linikneuen Patienten im zweiten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung statistisch signifikant. Weiterhin ist in allen Untersuchungen ersichtlich, dass die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten ab dem ersten Jahr

nach Referenzfall in der Modellklinik numerisch unter der Inanspruchnahme in der Regelversorgung lag. Weiterhin wiesen klimbekante Patienten der Modellklinik stets eine geringere Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im Vergleich zu Patienten der Regelversorgung auf. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits stets im Jahr vor Referenzfall. Eine Ursache der etwas geringeren Inanspruchnahme könnte durch die verstärkte Einbindung im teilstationären Bereich sowie in der PIA in der Modellklinik liegen. Auf der anderen Seite war die Inanspruchnahme bei einem anderen Vertragsarzt in der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. In U3 war hier zudem ein statistisch signifikant größerer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall erkennbar. Dies könnte auf eine generell unterschiedliche Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte (z.B. Einbindung von Hausärzten) in der Region der Modellklinik im Vergleich zu den Regionen der Kontrollkliniken schließen. Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Modellklinik am St. Marien-Hospital Hamm auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Die **Behandlungskontinuität** (Seite 120 ff.) war sowohl für klimbeneu als auch für klimbekante Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Einzelne Jahresscheiben und Nachbeobachtungszeiträume waren hier statistisch signifikant. Eine erhöhte Behandlungskontinuität konnte somit im Modellvorhaben nachgewiesen werden.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 174 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der klimbeneu Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs in der Modellklinik stets statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass eine Behandlung mit weniger Abbrüchen des Kontakts im Modellvorhaben sichergestellt werden konnte.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 182 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 195 ff.) war in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) und U4 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr) zwischen IG und KG bei den klimbeneu Patienten vergleichbar. In U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) und U2 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr) wies die Modellklinik geringere AU-Episoden im Vergleich zur Regelversorgung auf. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den klimbekanten Patienten war der Verlauf der Anzahl der Personen mit einer AU-Episode zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Hier wiesen jedoch Patienten des Modellvorhabens stets weniger AU-

Episoden als Patienten der Regelversorgung auf. Dieser Unterschied glich sich über die Zeit etwas an. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

Im Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. So gab es zwar bei den linikneuen Patienten in allen Untersuchungen zunächst eine etwas stärkere Zunahme an AU-Tagen in der Modellklinik, diese Unterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. In U3 und U4 sanken auch hier teils die AU-Tage im patientenindividuellen Verlauf in der Modellklinik dann wieder stärker bzw. waren zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten stieg die Anzahl an AU-Tagen in der Modellklinik etwas stärker als in der Regelversorgung bzw. glich sich die Anzahl an AU-Tage in der Modellklinik dem Niveau der Regelversorgung an. Hier blieben die absoluten AU-Tage jedoch stets (außer viertes Jahr nach Referenzfall in U1) unter den Werten der Regelversorgung. Eine eindeutige Tendenz zur Verringerung der AU-Tage im Modellvorhaben ist somit nicht ersichtlich.

Der Anteil linikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 218 ff.) war in der Modellklinik statistisch signifikant höher, während die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar war. Somit wurden vollstationäre Wiederaufnahmen im Modellvorhaben erhöht. Jedoch kann auch eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwerer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss daher per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 222 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Es ist jedoch ersichtlich, dass der Komorbiditäts-Score sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten in der Modellklinik stets etwas größer als der Score in der Regelversorgung war. Bei den klinikbekannten Patienten der U4 (Referenzfall im ersten Modelljahr) glich sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Verlauf etwas an. Hier wies die Modellklinik im vierten Jahr nach Referenzfall einen statistisch signifikant geringeren Komorbiditäts-Score im Vergleich zur Regelversorgung und dem Jahr vor Referenzfall auf.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 232 ff.) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 245 ff.) folgte das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten keinem einheitlichen Muster (im Modellvorhaben in U1 und U2 etwas geringer und in U3 und U4 etwas größer als in der Regelversorgung) und war bei den linikbekannten Patienten im Modellvorhaben etwas größer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten aller Kohorten zwischen Modellklinik und Regelversorgung

vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war bei linikneuen Patienten der Modellklinik numerisch stets geringer als bei den klinikneuen Patienten der Regelversorgung. Die Inferenzstatistik wies zwar in U3 ein statistisch signifikant höheres Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung auf. Dieser Effekt ist jedoch nicht auf die Modellversorgung zurückzuführen, sondern auf ein zeitlich unterschiedliches Auftreten der Suchterkrankung in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Daher ist hier nicht von einer erhöhten Erkrankungsprogression durch das Modellvorhaben auszugehen. Bei den linikbekannten Patienten war bei dem Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung kein einheitlicher Trend zu erkennen.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 273 ff.) war der Anteil der linikneuen Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen statistisch signifikant größer als in der Regelversorgung. Dies entspricht der Empfehlung der Leitlinien, auf welchen die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Bei den linikneuen Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 299 ff.) im Modellvorhaben stets statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Auch bei den linikbekannten Patienten wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (ausgenommen U1, 4. Jahr nach Referenzfall). Bei den klinikbekannten Patienten waren bereits die Inanspruchnahmen aufsuchender Behandlungen im Jahr vor Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant größer als in der Regelversorgung. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit eindeutig nachgewiesen werden.

Kosten

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.466,12 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten vierjährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG jedoch nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum weder zum ersten Nachbeobachtungsjahr noch zum gesamten vierjährigen Postzeitraum signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.806,60 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten dreijährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG um 1.066,09 € signifikant günstiger als die KG.

Kosten-Effektivität

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A)

von 184,73 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 184,73 € eingespart. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“; Variante B) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer Kosten nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich IG und KG nicht signifikant unterschiedlich voneinander.

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 Krankenhaus St. Marien-Hospital Hamm wurden im Beobachtungszeitraum vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich sowie in die ambulante Behandlung im Krankenhaus (PIA). Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich positive Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität durch eine höhere Kontinuität zum

psychiatrischen Sektor und eine geringere Anzahl und Dauer von Kontaktabbrüchen schwer psychisch erkrankter Menschen. Auch zeigte das Modellvorhaben eine Tendenz zu weniger AU-Episoden klinikneuer Patienten auf, während AU-Tage nicht verringert werden konnten. Weiterhin wies der höhere Anteil der Inanspruchnahme einer Psychotherapie bei klinikneuen Patienten mit einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode zu einer zum Teil erhöhten Leitlinien-gerechten Versorgung im Modellvorhaben hin. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Lediglich der höhere Anteil an vollstationären Wiederaufnahmen im Modellvorhaben ist als hypothesenkonträr einzuschätzen. Hier könnte jedoch das durch die verminderte vollstationäre Behandlung im Modellvorhaben voraussichtlich veränderte Patienten Klientel eine Erklärung liefern. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte nachgewiesen werden. Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten sowie der kosten-effektiveren Verwendung der Mittel konnte für die klinikneuen Patienten hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden. Insgesamt zeigen sich eine Reihe positiver Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse auf die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

Das Kapitel Studiendesign des Evaluationskonzeptes wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert. Das Studiendesign ist auch in Neumann et al. (2018) weiter beschrieben (1).

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

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

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

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

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

- e) **stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte** aufgrund einer psychischen Erkrankung. **Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten** sind in der IG daher geringer als in der KG.
- Die Hypothese wird anhand des unter 4.1 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- f) führen zu geringeren Kosten. Die **direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG**.
- Die Hypothese wird anhand des unter 4.1 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- g) führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.
- Diese Hypothese kann zum jetzigen Zeitpunkt nur qualitativ bewertet werden.

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

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- actimonda krankenkasse
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK 24 (Fusion mit der BKK advita zum 01.10.2017)
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Bertelsmann
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK_DürkoppAdler
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Melitta Plus
- 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)
- BKK VDN
- Continentale BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- IKK classic
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- NOVITAS BKK
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- R+V BKK
- SBK
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- 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 Niedersachsen
- AOK Plus.

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

6.1 Patientenmatching

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

Insgesamt kamen 2.056 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 2.056 Patienten verfügten über 1.557 Individuen (75,7 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 1.557 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 1.545 Individuen (99,2 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

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

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

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	2.639	29.593	1.832 (69,4%)	22.357 (75,5%)	1.828 (69,3% ; 99,8%)	1.828 (6,2% ; 8,2%)
	Kohorte 2	1.654	21.671	980 (59,3%)	15.659 (72,3%)	973 (58,8% ; 99,3%)	973 (4,5% ; 6,2%)
	Kohorte 3	1.183	15.214	746 (63,1%)	11.074 (72,8%)	743 (62,8% ; 99,6%)	743 (4,9% ; 6,7%)
	Kohorte 4	1.146	14.280	748 (65,3%)	10.256 (71,8%)	743 (64,8% ; 99,3%)	743 (5,2% ; 7,2%)
	Gesamt	6.622	80.758	4.306 (65,0%)	59.346 (73,5%)	4.287 (64,7% ; 99,6%)	4.287 (5,3% ; 7,2%)
Klinikneu	Kohorte 1	1.201	14.163	827 (68,9%)	10.444 (73,7%)	825 (68,7% ; 99,8%)	825 (5,8% ; 7,9%)
	Kohorte 2	1.325	14.344	884 (66,7%)	10.463 (72,9%)	878 (66,3% ; 99,3%)	878 (6,1% ; 8,4%)
	Kohorte 3	1.128	13.890	718 (63,7%)	10.135 (73,0%)	716 (63,5% ; 99,7%)	716 (5,2% ; 7,1%)
	Kohorte 4	1.085	13.412	708 (65,3%)	9.690 (72,2%)	705 (65,0% ; 99,6%)	705 (5,3% ; 7,3%)
	Gesamt	4.739	55.809	3.137 (66,2%)	40.732 (73,0%)	3.124 (65,9% ; 99,6%)	3.124 (5,6% ; 7,7%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	1.438	15.430	1.005 (69,9%)	11.913 (77,2%)	1.003 (69,7% ; 99,8%)	1.003 (6,5% ; 8,4%)
	Kohorte 2	329	7.327	96 (29,2%)	5.196 (70,9%)	95 (28,9% ; 99,0%)	95 (1,3% ; 1,8%)
	Kohorte 3	55	1.324	28 (50,9%)	939 (70,9%)	27 (49,1% ; 96,4%)	27 (2,0% ; 2,9%)
	Kohorte 4	61	868	40 (65,6%)	566 (65,2%)	38 (62,3% ; 95,0%)	38 (4,4% ; 6,7%)
	Gesamt	1.883	24.949	1.169 (62,1%)	18.614 (74,6%)	1.163 (61,8% ; 99,5%)	1.163 (4,7% ; 6,2%)

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	21,0	693
2	21,9	872
3	22,9	425
4	24,7	399
5	25,1	1.779
6	25,2	25
7	25,3	8
8	26,1	9
9	26,8	41
10	27,1	36

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	4.287	4.287		1.828	1.828		973	973		743	743		743	743	
	klinikneu	3.124	3.124		825	825		878	878		716	716		705	705	
	klimbekannt	1.163	1.163		1.003	1.003		95	95		27	27		38	38	
Mittleres Alter	gesamt	49,6	49,4	1,000	51,1	51,1	1,000	48,2	48,4	1,000	48,9	48,3	1,000	48,4	47,8	1,000
	klinikneu	48,1	48,0	1,000	47,6	48,4	1,000	48,1	48,1	1,000	48,6	48,0	1,000	48,2	47,5	1,000
	klimbekannt	53,7	53,3	1,000	54,0	53,4	1,000	49,2	51,0	1,000	57,0	56,4	1,000	53,1	53,9	1,000
Anteil Frauen	gesamt	54,9%	55,1%	1,000	56,6%	56,1%	1,000	53,8%	54,3%	1,000	53,7%	56,3%	1,000	53,4%	52,6%	1,000
	klinikneu	54,3%	55,2%	1,000	55,2%	56,2%	1,000	54,0%	54,8%	1,000	53,9%	56,3%	1,000	53,9%	53,3%	1,000
	klimbekannt	56,7%	54,9%	1,000	57,8%	55,9%	1,000	51,6%	49,5%	1,000	48,1%	55,6%	1,000	44,7%	39,5%	1,000
Anteil klimbekannter Patienten	gesamt	27,1%	27,1%	1,000	54,9%	54,9%	1,000	9,8%	9,8%	1,000	3,6%	3,6%	1,000	5,1%	5,1%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klimbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	84,3%	59,7%	<0,001	83,3%	65,9%	<0,001	83,2%	54,9%	<0,001	87,5%	56,0%	<0,001	85,1%	54,6%	<0,001
	klinikneu	84,1%	54,5%	<0,001	77,6%	52,0%	<0,001	85,1%	55,7%	<0,001	87,8%	55,9%	<0,001	86,5%	54,5%	<0,001
	klimbekannt	85,0%	73,9%	<0,001	88,0%	77,4%	<0,001	66,3%	47,4%	0,102	77,8%	59,3%	1,000	57,9%	57,9%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie	gesamt	13,2%	37,5%	<0,001	13,9%	30,9%	<0,001	13,9%	42,3%	<0,001	10,6%	42,4%	<0,001	13,5%	42,8%	<0,001
	klinikneu	13,9%	43,1%	<0,001	19,3%	44,6%	<0,001	12,6%	41,9%	<0,001	10,8%	42,7%	<0,001	12,5%	43,4%	<0,001
	klimbekannt	11,4%	22,4%	<0,001	9,5%	19,5%	<0,001	25,3%	46,3%	0,036	7,4%	33,3%	0,384	31,6%	31,6%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie	gesamt	2,4%	2,2%	1,000	2,8%	2,7%	1,000	2,9%	2,1%	1,000	1,9%	1,5%	1,000	1,5%	2,0%	1,000
	klinikneu	2,0%	1,7%	1,000	3,2%	2,2%	1,000	2,3%	1,6%	1,000	1,4%	1,3%	1,000	1,0%	1,6%	1,000
	klimbekannt	3,5%	3,7%	1,000	2,5%	3,1%	1,000	8,4%	6,3%	1,000	14,8%	7,4%	1,000	10,5%	10,5%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,5%	<0,001	0,0%	0,5%	0,039	0,0%	0,7%	0,208	0,0%	0,1%	1,000	0,0%	0,5%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,7%	<0,001	0,0%	1,2%	0,034	0,0%	0,8%	0,185	0,0%	0,1%	1,000	0,0%	0,6%	1,000
	klimbekannt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit vollstat. Fall	gesamt	11,3%	11,3%	1,000	18,1%	19,5%	1,000	6,7%	5,8%	1,000	5,8%	4,7%	1,000	5,9%	5,2%	1,000
	klinikneu	4,7%	3,8%	0,552	4,7%	4,6%	1,000	4,9%	3,0%	0,346	4,6%	4,1%	1,000	4,5%	3,5%	1,000
	klimbekannt	28,9%	31,6%	0,971	29,1%	31,7%	1,000	23,2%	31,6%	1,000	37,0%	22,2%	1,000	31,6%	36,8%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,2%	2,4%	1,000	4,5%	5,0%	1,000	0,5%	0,9%	1,000	0,4%	0,3%	1,000	0,4%	0,0%	1,000
	klinikneu	0,2%	0,4%	1,000	0,5%	0,6%	1,000	0,1%	0,7%	0,779	0,1%	0,3%	1,000	0,1%	0,0%	1,000
	klimbekannt	7,4%	7,7%	1,000	7,8%	8,7%	1,000	4,2%	3,2%	1,000	7,4%	0,0%	1,000	5,3%	0,0%	1,000
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	24,4%	23,7%	1,000	48,9%	47,6%	1,000	6,4%	6,3%	1,000	5,5%	5,0%	1,000	6,5%	6,3%	1,000
	klinikneu	3,1%	3,8%	0,771	3,2%	6,1%	0,048	3,3%	2,8%	1,000	3,1%	2,9%	1,000	2,8%	3,4%	1,000
	klimbekannt	81,5%	77,0%	0,055	86,5%	81,8%	0,028	34,7%	37,9%	1,000	70,4%	59,3%	1,000	73,7%	60,5%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	43,7%	44,4%	1,000	43,5%	44,6%	1,000	45,4%	45,2%	1,000	42,5%	41,9%	1,000	42,9%	45,6%	1,000
	klinikneu	44,0%	44,5%	1,000	46,5%	47,0%	1,000	44,3%	44,0%	1,000	42,7%	41,6%	1,000	42,0%	45,0%	1,000
	klimbekannt	42,8%	44,4%	1,000	41,1%	42,6%	1,000	55,8%	56,8%	1,000	37,0%	48,1%	1,000	60,5%	57,9%	1,000

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

7. Darstellung Modellvorhaben St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

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

Am Klinikum Hamm sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 96 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 20 in der Tagesklinik und 12 in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik vorgesehen.

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

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: Home-Treatment, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen und komplex ambulante Behandlung. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik vor Inkrafttreten des Modellvertrages keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Falle des Klinikums Hamm wie folgt ausgeglichen wird: Mehrerlöse für zusätzliche Patienten sind zu 60% in Höhe der durchschnittlichen Patientenerlöse vom Krankenhaus zurückzuzahlen; darüberhinausgehende Mehrerlöse sind zu 100% zurückzuzahlen; Mindererlöse werden vollständig durch den Kostenträger ausgeglichen.

Anders als bei der in Nordrhein-Westfalen üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (23) erfolgt die PIA-Abrechnung am Klinikum Hamm mittels behandelnder Berufsgruppe und Therapiedauer differenzierten Entgeltschlüsseln.

Im stationären Bereich erfolgte bis einschließlich 2013 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Ab dem 01.01.2014 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).

Ca. 80% der eingeschlossenen klinikneuen 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)
- 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)	779	783
Referenzdiagnosen		

• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	80,6 %	81,2 %
• Zwei Diagnosen	18,2 %	16,6 %
• Drei Diagnosen	1,2 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	18	20
2. F10 & F43	15	15
3. F33 & F43	10	11

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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	972	970
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	77,9 %	79,7 %
• Zwei Diagnosen	20,3 %	17,8 %
• Drei Diagnosen	1,6 %	1,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	15	16
2. F33 & F43	14	15
3. F32 & F43	12	13

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum		Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population					
Gruppe		IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)		628	636	779	783
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)		0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)		0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)		0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)		11,5 %	11,6 %	10,8 %	10,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)		0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)		15,1 %	14,9 %	16,6 %	17,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)		5,7 %	5,8 %	6,3 %	5,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)		27,9 %	28,6 %	35,0 %	36,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)		26,4 %	26,3 %	29,5 %	29,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)		1,1 %	0,9 %	2,2 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴		8,4 %	8,2 %	11,9 %	11,6 %
• F 50 (Essstörungen)		0,2 %	0,2 %	0,8 %	0,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)		1,1 %	1,1 %	1,9 %	2,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)		0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)		0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)		1,1 %	1,1 %	1,7 %	1,4 %
Alter ¹					
• Mittelwert		48,9	50,3	48,3	49,2
• Median		46	49	46	48
• (Interquartilsabstand)		(33 - 60)	(34 - 64)	(33 - 59)	(33 - 61)
Geschlecht					
• Frauen		53,3 %	56,1 %	54,6 %	56,6 %
• Männer		46,7 %	43,9 %	45,4 %	43,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss					
• stationär		17,8 %	43,6 %	22,5 %	47,8 %
• PIA		82,2 %	56,4 %	77,5 %	52,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss					
• Ohne Schulabschluss		0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss		7,3 %	8,6 %	7,7 %	8,8 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss		8,1 %	8,3 %	7,8 %	8,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,9 %	6,4 %	5,9 %	6,6 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,9 %	6,4 %	4,9 %	6,4 %
	19,7 %	18,2 %	19,1 %	19,0 %
	1,1 %	0,8 %	1,3 %	0,8 %
	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,4 %
	1,8 %	2,0 %	1,5 %	1,9 %
	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %
	8,3 %	8,0 %	9,1 %	8,6 %
	64,0 %	63,8 %	63,9 %	62,7 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	7,3 %	9,9 %	7,7 %	9,2 %
	74,8 %	64,9 %	74,1 %	65,9 %
	17,8 %	25,2 %	18,2 %	24,9 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	23,9 %	26,1 %	25,7 %	27,3 %
	14,3 %	13,4 %	15,9 %	15,3 %
	61,8 %	60,5 %	58,4 %	57,3 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	59,9 %	55,0 %	59,7 %	55,9 %
	6,8 %	7,2 %	7,6 %	7,0 %
	28,8 %	34,1 %	28,0 %	33,3 %
	4,5 %	3,6 %	4,7 %	3,7 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	757	773	972	970
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,8 %	0,8 %	1,3 %	0,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	12,3 %	12,7 %	12,6 %	12,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,7 %	13,6 %	17,2 %	16,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	25,8 %	26,0 %	22,5 %	23,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	34,1 %	33,8 %	40,8 %	41,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,2 %	3,8 %	9,2 %	8,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,4 %	0,5 %	0,8 %	0,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,4 %	4,3 %	8,1 %	7,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,4 %	2,6 %	5,5 %	5,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,1 %	0,3 %	1,2 %	1,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	55,1	55,0	54,6	53,8
• Median	53	53	53	52
• (Interquartilsabstand)	(42 - 69)	(41 - 71)	(41 - 67)	(40 - 66)
Geschlecht				
• Frauen	57,2 %	54,7 %	58,0 %	55,6 %
• Männer	42,8 %	45,3 %	42,0 %	44,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	10,4 %	19,8 %	12,2 %	22,2 %
• PIA	89,6 %	80,2 %	87,8 %	77,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,1 %	1,9 %	0,1 %	2,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,6 %	6,6 %	3,2 %	6,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	2,8 %	4,4 %	2,9 %	4,1 %
• Abitur/Fachabitur	2,5 %	2,8 %	2,6 %	3,2 %
• Abschluss unbekannt	9,1 %	6,2 %	9,5 %	7,1 %
• Fehlende Angabe	82,8 %	78,0 %	81,8 %	77,4 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	1,8 %	6,0 %	2,1 %	6,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	7,7 %	9,8 %	8,0 %	9,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,1 %	0,5 %	0,1 %	0,4 %
• Bachelor	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	7,0 %	5,0 %	7,5 %	5,5 %
• Fehlende Angabe	82,8 %	78,0 %	81,8 %	77,4 %
Pflegestufe				
• Ja	12,5 %	12,7 %	12,4 %	12,3 %
• Nein	71,9 %	61,2 %	71,3 %	61,5 %
• Fehlende Angabe	15,6 %	26,1 %	16,3 %	26,2 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	21,5 %	25,6 %	22,5 %	26,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	50,7 %	46,8 %	51,4 %	46,8 %
• Weder A noch B	27,7 %	27,6 %	26,0 %	26,5 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	39,9 %	39,1 %	40,4 %	41,3 %
• Familienversicherter	5,2 %	5,2 %	4,9 %	5,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	49,3 %	52,5 %	49,3 %	50,4 %
• Fehlende Angabe	5,7 %	3,2 %	5,3 %	3,0 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

8.2 Ergebnisse Outcomes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar (d.h. niedriger Wert im Jahr vor Referenzfall, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Absinken auf geringerem Niveau). Jedoch wiesen Patienten der IG einen statistisch signifikant geringen Anteil im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zu Patienten der KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall auf (DiD = 0,3). In den weiteren drei Jahren waren keine wesentlichen Unterschiede zwischen IG und KG ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG stets (leicht) geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf (prä: -3,3; 1. Jahr: -5,7; 2. Jahr: -4,0; 3. Jahr: -4,2; 4. Jahr: -0,6 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht, da u.a. der Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar (d.h. geringer Wert im Jahr vor Referenzfall, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Absinken auf geringem Niveau). Dabei war der Anteil in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stets größer als in der KG (prä: -0,3; 1. Jahr: +6,2; 2. Jahr: +1,0; 3. Jahr: +1,5; 4. Jahr: +1,0 %-Punkte). Eine statistische Signifikanz erreichten diese Unterschiede, auch im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall, nicht. Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets höher (prä: -1,4; 1. Jahr: +4,7; 2. Jahr: +2,1; 3. Jahr: +1,0; 4. Jahr: +1,8 %-Punkte). Im ersten, zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall waren diese Unterschiede in der IG statistisch signifikant verglichen mit der KG und dem jeweiligen Jahr vor Referenzfall (DiD = +2,1, +1,8 bzw. +2,1).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich erneut bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster zwischen IG und KG im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 2,2; KG: 1,6 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 12,6; KG: 19,8 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,2; 4,3 und 3,0 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 5,3; 3,3 und 3,2 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -7,8 vollstationäre Tage). Auch im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall war die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -2,6 vollstationäre Tage).

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 8,6 vollstationäre Behandlungstage weniger anfielen als in der KG. Bei den älteren Patienten fielen im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG 5,5 vollstationäre Tage weniger als in der KG an. Die meisten vollstationären Behandlungstage wiesen in der IG im Jahr nach Referenzfall klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F50 (Essstörungen) und F01 (Vaskuläre Demenz) auf (wobei die zweit- und drittgenannten nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F45 (Somatoforme Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F50 (Essstörungen) aufwiesen (wobei hier erste- und letztgenannte nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 156 im Anhang).

Bei den linikbekannten Patienten zeichnete sich analog zu den klinikneuen Patienten ein statistisch signifikant geringerer Anstieg vollstationärer Behandlungstage im Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall ab (DiD = -3,3 vollstationäre Tage). Die Anzahl vollstationärer Tage war ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG stets geringer als in der KG (prä: +0,6; 1. Jahr: -2,8; 2. Jahr: -1,4; 3. Jahr: -1,7; 4. Jahr: -0,2 vollstationäre Tage). Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es, abgesehen vom ersten Jahr nach Referenzfall, keine weiteren statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch auch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl für die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) als auch für die älteren Patienten die vollstationären Behandlungstage in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG waren (ausgenommen, ältere Patienten im vierten Jahr nach Referenzfall). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F70-79 (Intelligenzstörung), F07 (Persönlichkeits- und

Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) auf (wobei alle genannten sehr wenige Fälle betrafen), 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 F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) 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 156 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +2,3 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 nicht signifikant. Bei den linikbekannt Patienten war auch im Jahr nach Referenzfall ein stärkerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +2,0 teilstationäre Tage). Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war erneut statistisch nicht signifikant.

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 jedoch wesentlich geringer als in der KG (IG: +21,8 %-Punkte; KG: +51,4 %-Punkte). Auf der anderen Seite stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** in der IG stärker als in der KG (IG: +19,2 %; KG: +11,6 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich, analog zu den Anteilen, in der IG im Vergleich zur KG eine wesentlich geringere Steigung (IG: +7,8; KG: +17,5 vollstationäre Tage). Andererseits stieg die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** in der IG etwas stärker im Vergleich zur KG (IG: +7,9; KG: +5,1 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2. Der Verlauf zeigte in der IG einen statistisch signifikant geringeren Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (im Vergleich Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach: -29,5 %- Punkte; DiD = 0,2). Auch im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und

dem zweiten Jahr danach wies die IG geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf (im Vergleich Jahr vor Referenzfall zum zweiten Jahr danach: -4,0 %-Punkte; DiD = 0,6). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg, auch analog zu U1 und U2, zum ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker an als in der KG (jeweils verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall). Beide Vergleiche / Jahre waren statistisch signifikant (DiD 1. Jahr = +3,8; DiD 2. Jahr = +3,9).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = -10,1 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG unter der Anzahl der vollstationären Tage der KG. Auch war der Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall und dem zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD = -2,2 vollstationäre Tage). 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 = +3,2 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den klinikneuen Patienten wesentlich weniger stark anstieg als in der KG und auch in den folgenden Jahren in der IG geringer als in der KG ausfielen (prä: +1,4; 1. Jahr: -27,0; 2. Jahr: -2,9; 3. Jahr: -0,3 %-Punkte). Bei den klimbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG stets geringer als in der KG, auch bereits im Jahr vor Referenzfall (prä: -4,2; 1. Jahr: -7,2; 2. Jahr: -5,0; 3. Jahr: -4,9 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG und blieb im Verlauf über den Werten der KG. Auch bei den klimbekanntnen Patienten stieg dieser Anteil in der IG stärker vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und blieb auch hier im Verlauf in der IG höher als in der KG.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten erneut ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG (IG: +8,1 vollstationäre Tage; KG: +17,9 vollstationäre Tage). Bei den klimbekanntnen Patienten zeigte sich auch ein in der IG stärkeres Absinken vollstationärer Behandlungstage im Vergleich zur KG. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG stets geringer als in der KG (prä: +0,2; 1.Jahr: -3,1; 2.Jahr: -1,2; 3.Jahr: -1,7 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer 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. Auch hier war

jedoch der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Bei den klambekanntem Patienten zeigte sich im ersten Jahr nach Referenzfall ein kleiner Peak bei der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer. Dieser Peak war in der IG etwas größer als in der KG.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,8 %	37,4 %	11,7 %	10,6 %	8,6 %	7,5 %	59,9 %	14,1 %	9,2 %	8,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	18,9 %	4,0 %	2,9 %	2,2 %	0,6 %	12,6 %	3,0 %	1,4 %	1,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,1 %	45,8 %	13,2 %	12,1 %	9,6 %	8,0 %	65,5 %	15,6 %	10,2 %	9,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,3 %	4,4 %	2,9 %	2,3 %	1,5 %	1,3 %	3,8 %	2,2 %	1,0 %	1,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,2 %	16,0 %	14,2 %	11,6 %	9,5 %	15,1 %	15,7 %	11,0 %	10,2 %	9,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,2	12,6	4,2	4,3	3,0	1,6	19,8	5,3	3,3	3,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	7,5	1,5	1,0	0,7	0,2	5,3	0,9	0,6	0,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,3	20,1	5,7	5,3	3,7	1,8	25,1	6,2	3,9	3,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,1	0,5	0,5	0,5	0,2	1,5	0,4	0,3	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	2,3	1,8	1,3	1,3	2,5	2,4	1,3	1,6	1,1

- ¹ Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
- ² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
- ³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	26,3 %	24,8 %	16,2 %	14,2 %	16,2 %	29,6 %	30,5 %	20,2 %	18,4 %	16,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	7,1 %	13,4 %	6,7 %	4,8 %	4,3 %	8,5 %	8,7 %	4,6 %	3,8 %	2,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	29,4 %	29,5 %	18,3 %	16,1 %	17,9 %	33,5 %	34,8 %	22,2 %	20,4 %	18,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	6,5 %	4,0 %	2,6 %	3,0 %	3,3 %	5,9 %	4,1 %	2,5 %	1,6 %	2,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	19,2 %	16,7 %	20,1 %	17,1 %	17,7 %	17,2 %	17,9 %	15,2 %	14,9 %	13,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	12,3	11,1	6,5	6,5	7,1	11,7	13,8	7,9	8,2	7,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	3,2	5,4	1,9	1,4	1,3	3,1	3,3	1,3	1,3	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	15,5	16,4	8,4	8,0	8,4	14,8	17,1	9,1	9,4	8,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,6	0,6	0,5	1,1	0,4	1,5	0,9	0,7	0,6	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,3	2,2	2,7	2,7	2,2	2,6	2,6	2,1	1,8	1,9

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

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

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

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

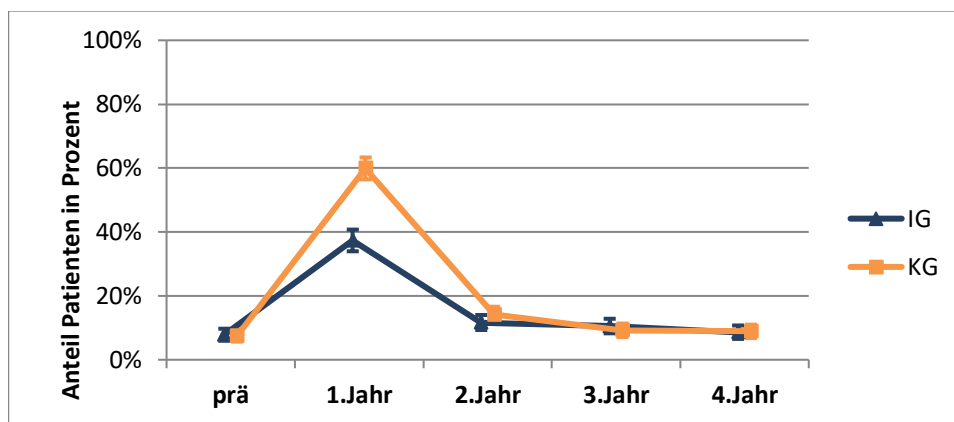
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

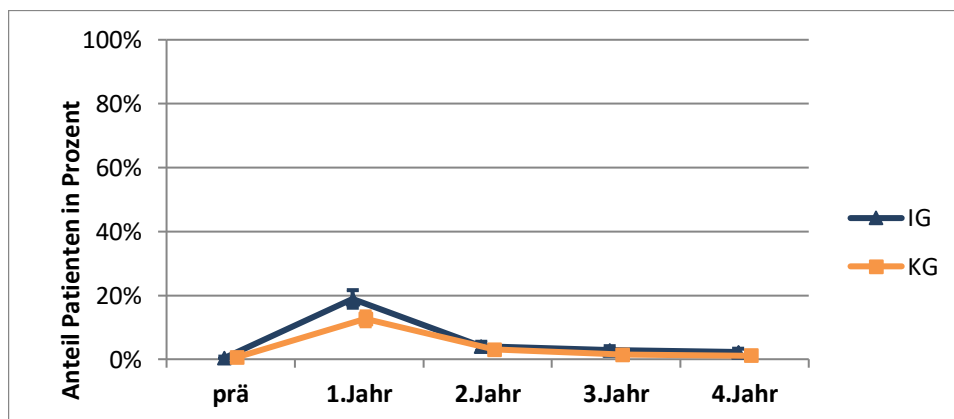
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

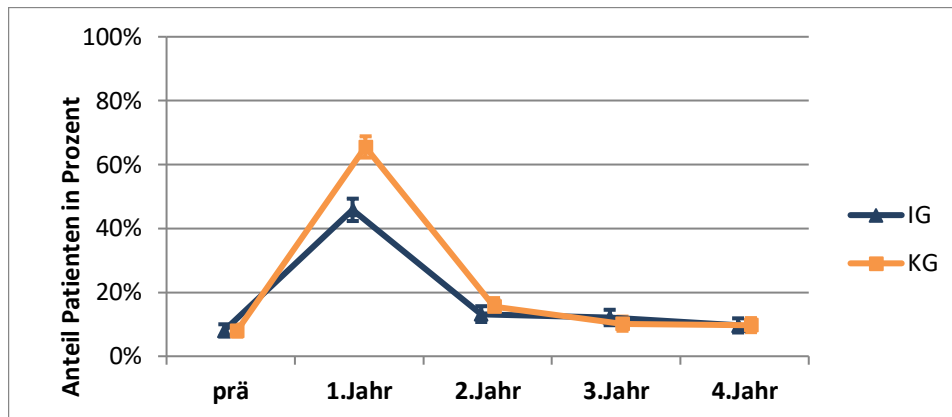
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



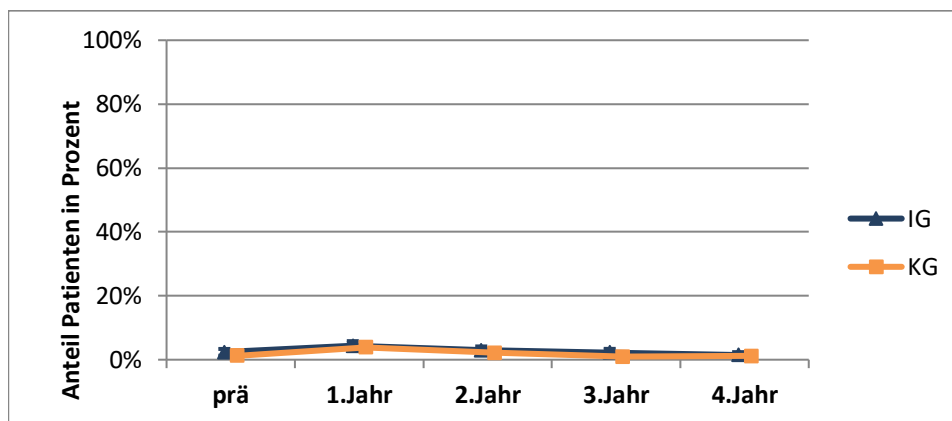
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



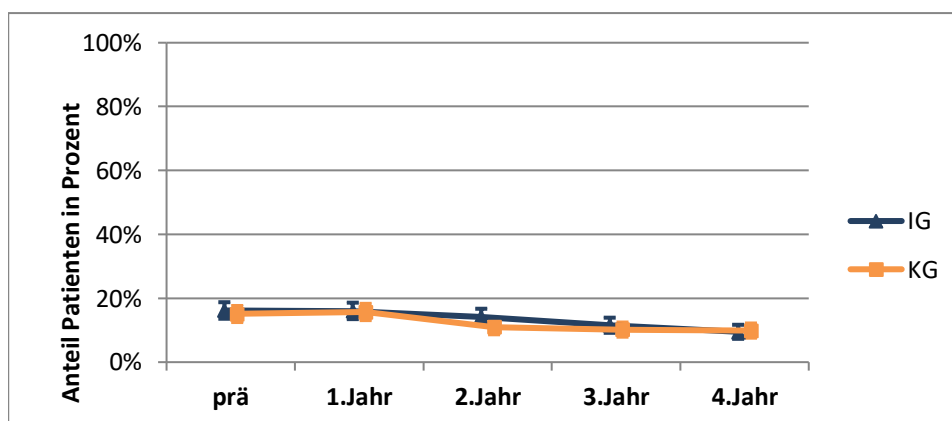
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

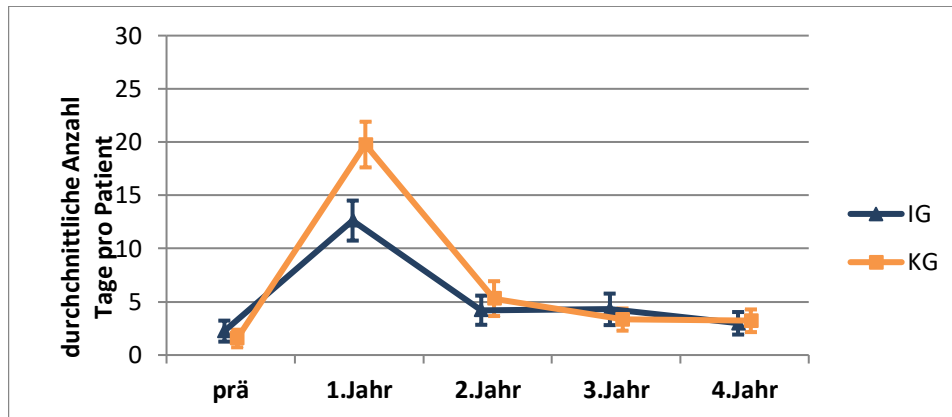


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

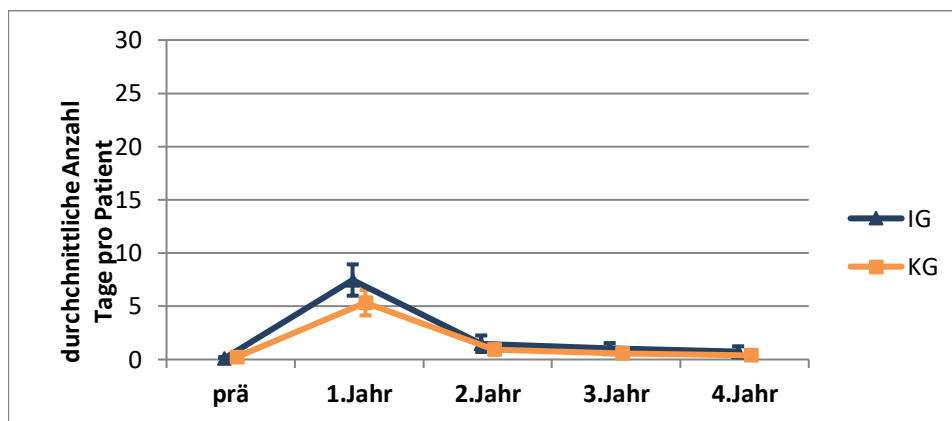


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

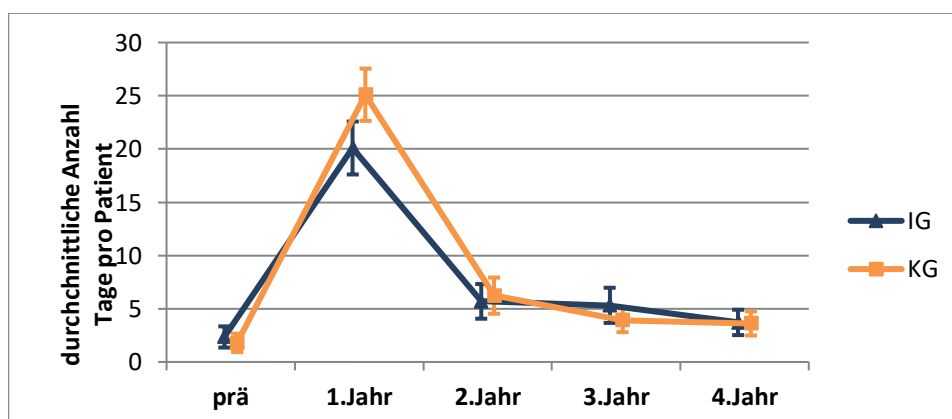
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



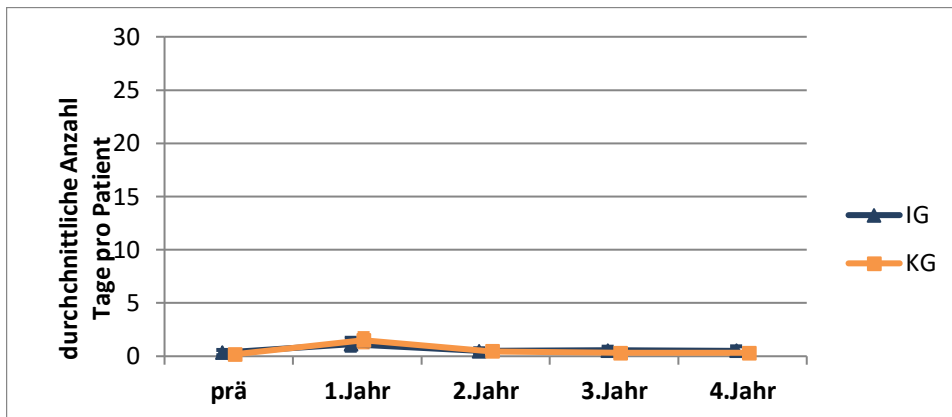
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



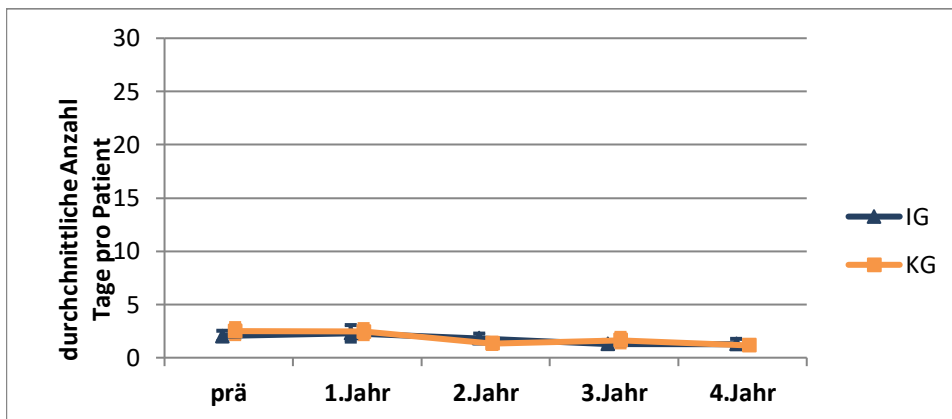
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



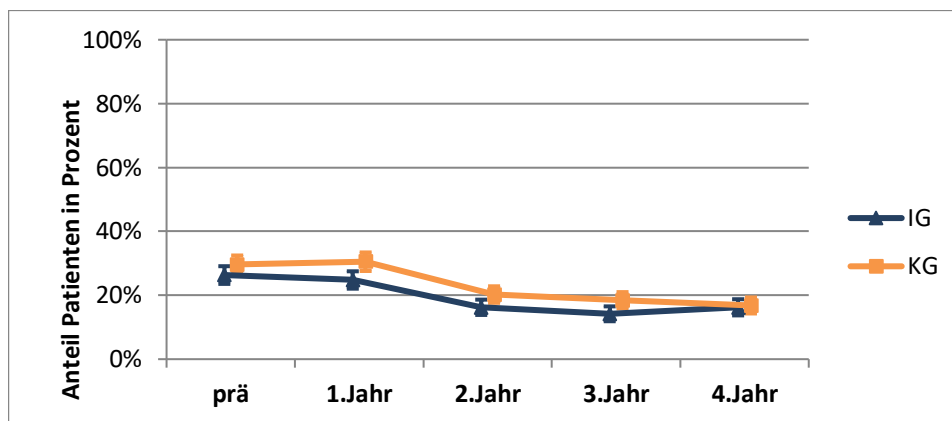
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

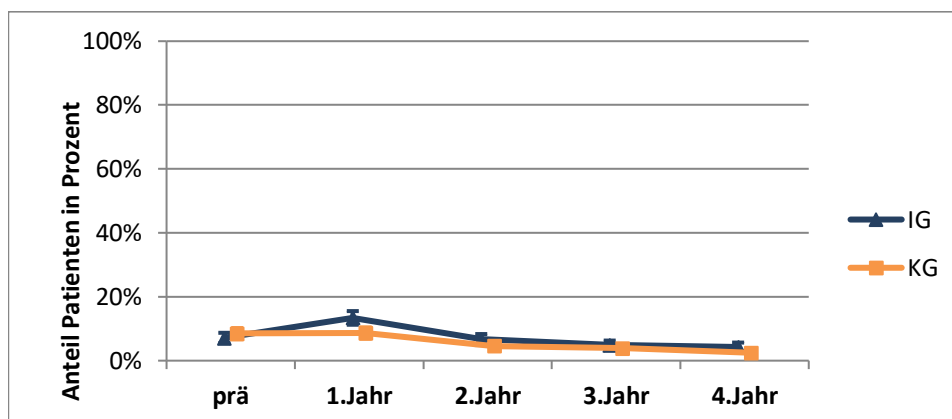
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

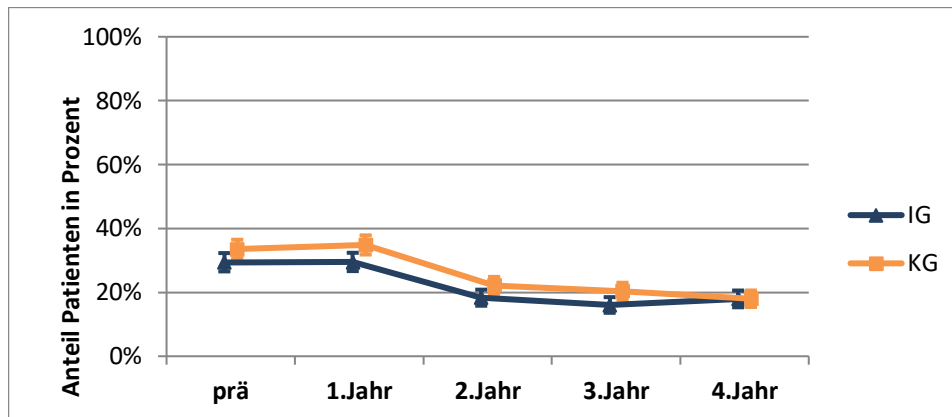
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



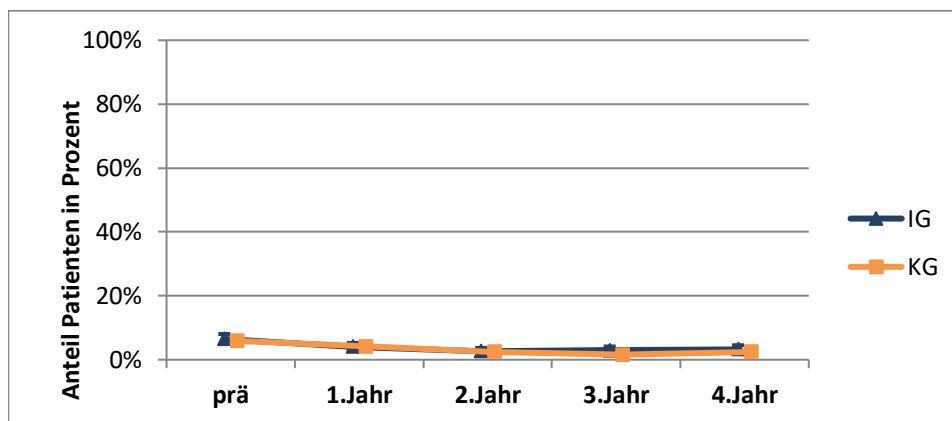
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



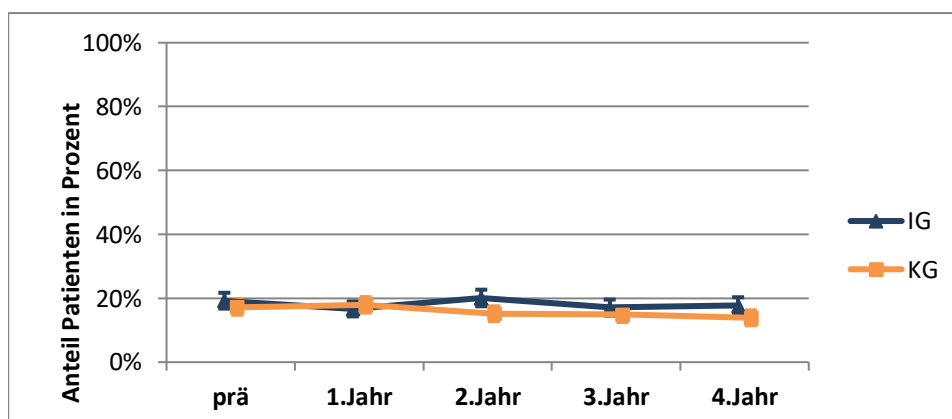
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

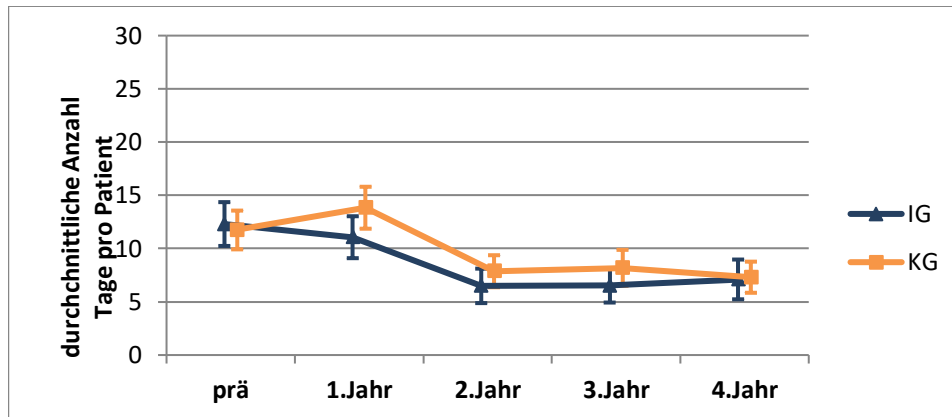


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

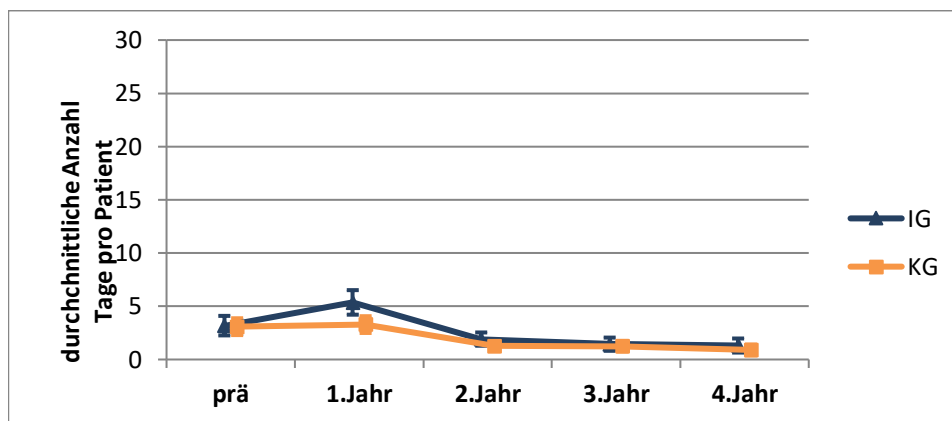


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

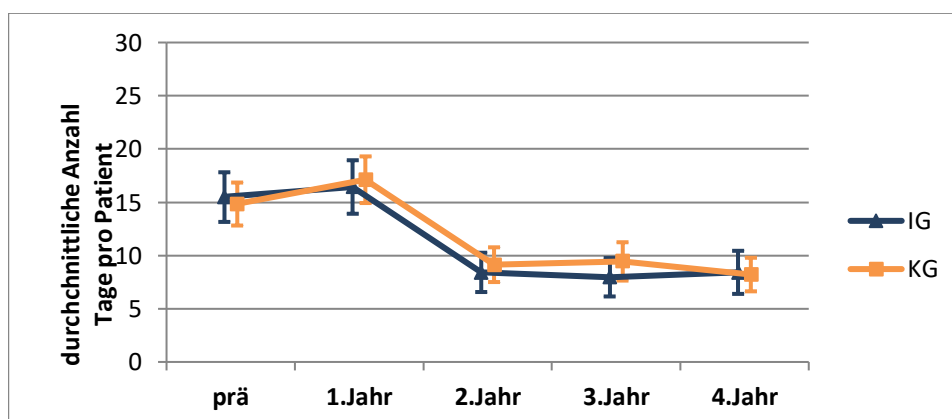
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



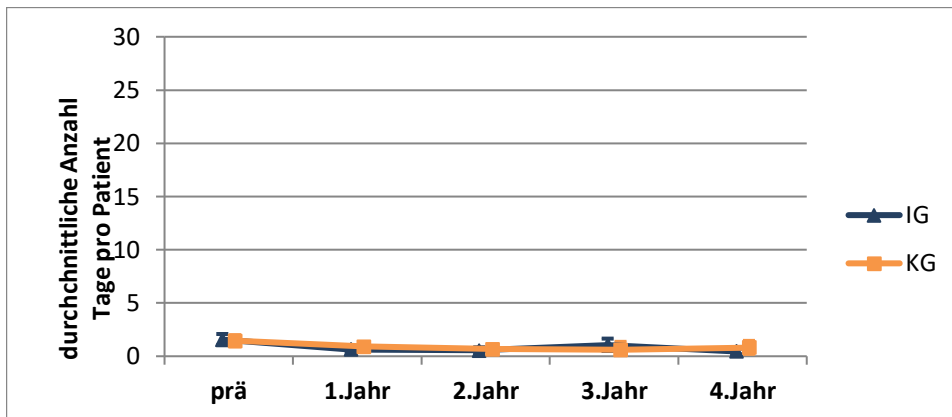
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

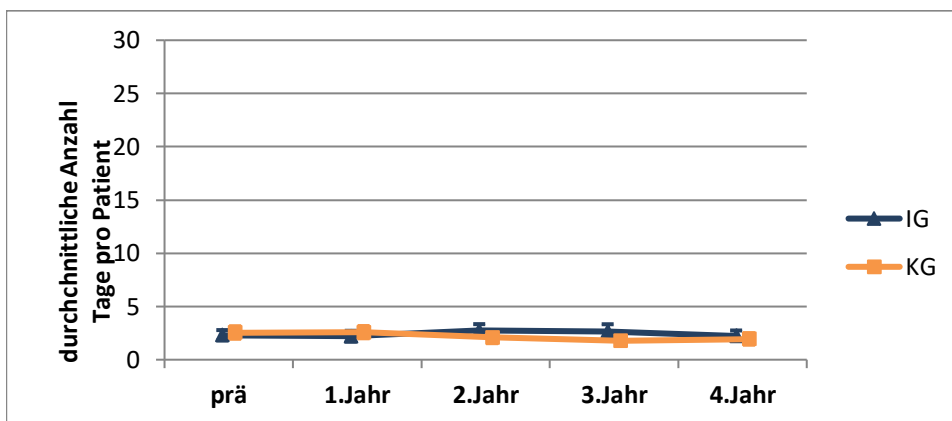


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,30*** 0,19...0,47	2,74 0,63...11,87	-7,84*** -10,48...-5,19	2,28** 0,88...3,68
DID Jahr 2	0,74 0,45...1,22	2,23 0,48...10,47	-1,80 -4,44...0,85	0,64 -0,76...2,04
DID Jahr 3	1,10 0,65...1,88	3,41 0,67...17,40	0,12 -2,53...2,76	0,53 -0,87...1,93
DID Jahr 4	0,91 0,53...1,57	3,18 0,59...17,02	-0,95 -3,59...1,70	0,43 -0,97...1,83
DID Jahr 1-4	—	—	-2,62* -4,78...-0,45	0,97 -0,17...2,10

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,86 0,62...1,17	2,07** 1,31...3,26	-3,32* -6,53...-0,12	1,99** 0,60...3,38
DID Jahr 2	0,88 0,63...1,24	1,80* 1,05...3,07	-2,01 -5,21...1,20	0,49 -0,90...1,88
DID Jahr 3	0,84 0,59...1,20	1,53 0,86...2,75	-2,24 -5,44...0,97	0,05 -1,35...1,44
DID Jahr 4	1,12 0,79...1,60	2,10* 1,09...4,03	-0,99 -4,20...2,21	0,22 -1,17...1,61
DID Jahr 1-4	—	—	-2,14 -4,68...0,40	0,69 -0,42...1,79

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	3.124	3.124	3.124	3.124
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	7,5 %	29,3 %	6,7 %	58,2 %
	0,2 %	19,5 %	0,4 %	12,0 %
	7,6 %	39,9 %	7,0 %	63,7 %
	1,9 %	3,9 %	1,2 %	3,6 %
	14,6 %	15,6 %	13,0 %	14,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,1	9,9	1,6	19,1
	0,1	8,0	0,1	5,3
	2,2	17,9	1,7	24,4
	0,3	1,1	0,2	1,1
	2,0	2,4	1,9	1,9

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

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

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

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

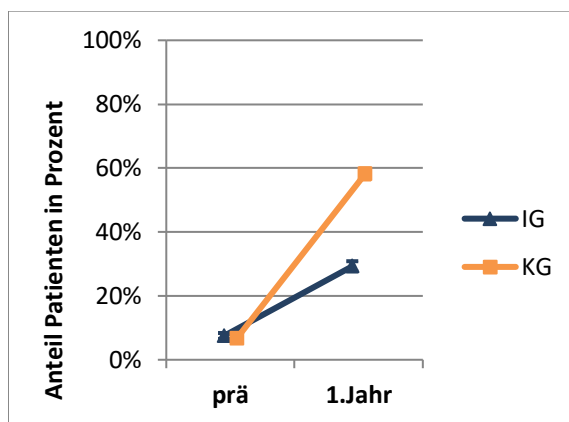
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

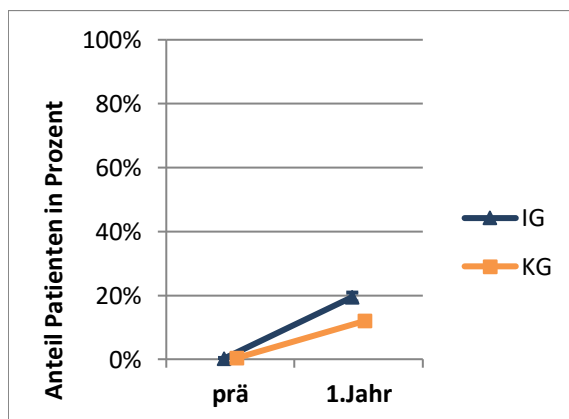
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

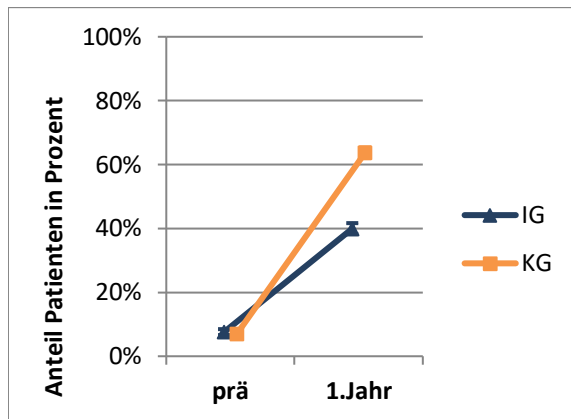
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



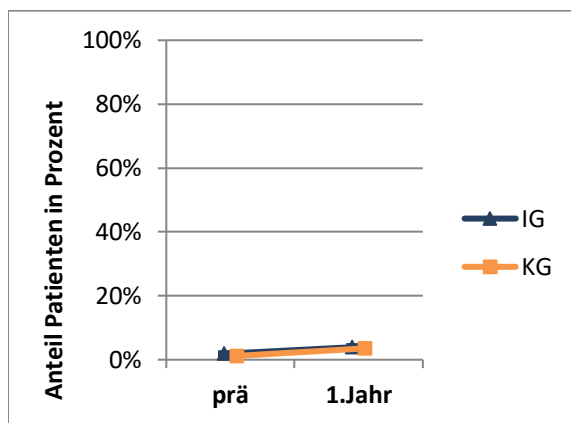
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



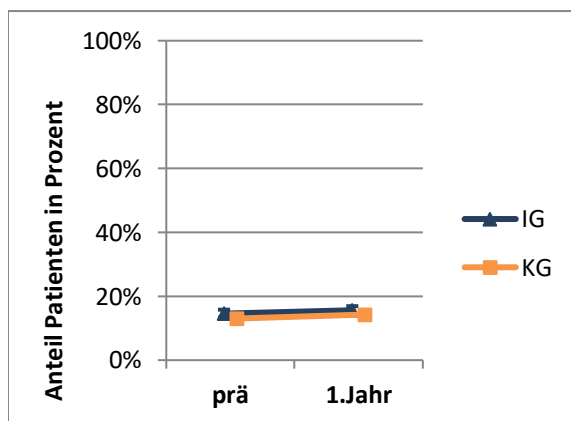
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

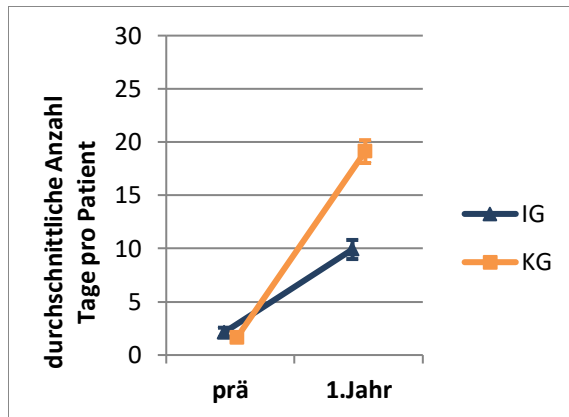


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

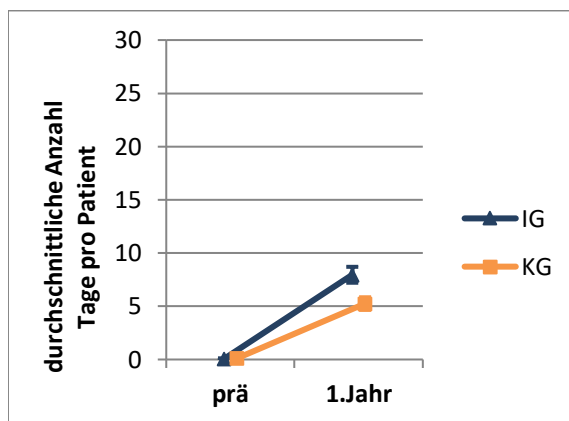


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

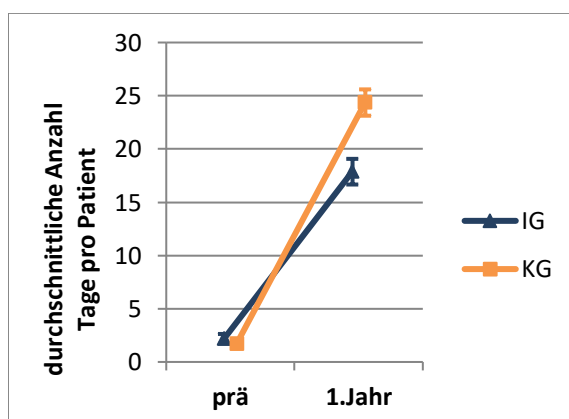
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



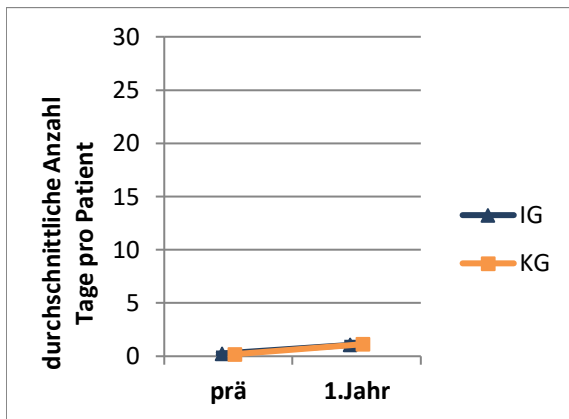
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



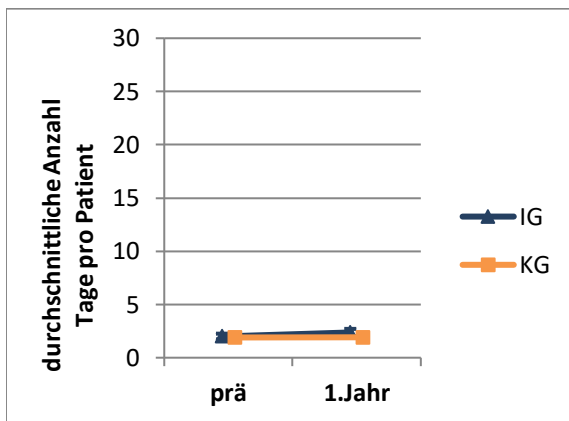
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



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

Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	7,8 %	30,0 %	9,4 %	6,7 %	58,4 %	12,2 %
	0,3 %	19,3 %	4,5 %	0,5 %	11,6 %	2,4 %
	8,0 %	40,2 %	11,8 %	7,0 %	63,5 %	13,3 %
	2,0 %	4,2 %	2,2 %	1,3 %	3,7 %	1,7 %
	15,0 %	15,6 %	12,1 %	13,5 %	15,0 %	10,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,3	9,9	3,4	1,5	19,2	4,9
	0,1	8,2	1,5	0,1	5,1	0,9
	2,3	18,0	4,9	1,6	24,2	5,7
	0,3	1,1	0,4	0,2	1,3	0,5
	2,1	2,3	1,5	1,9	2,1	1,3

- ¹ Es wird zwei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 2-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
- ² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
- ³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

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

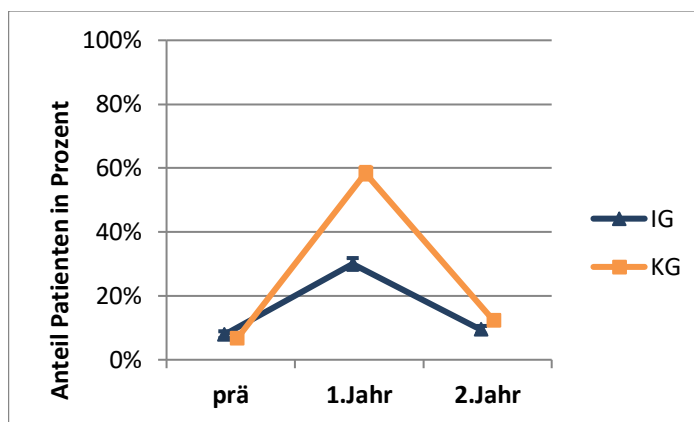
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

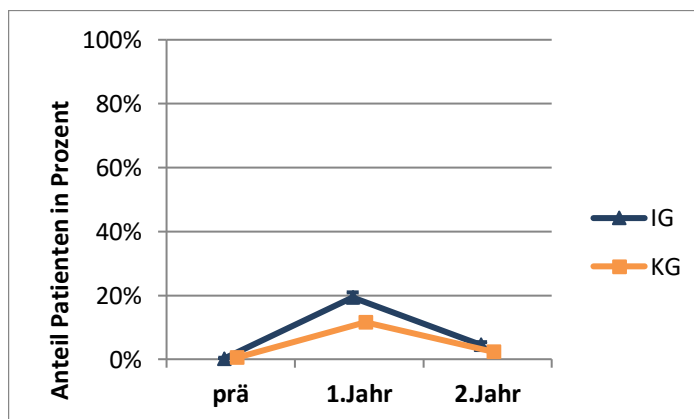
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

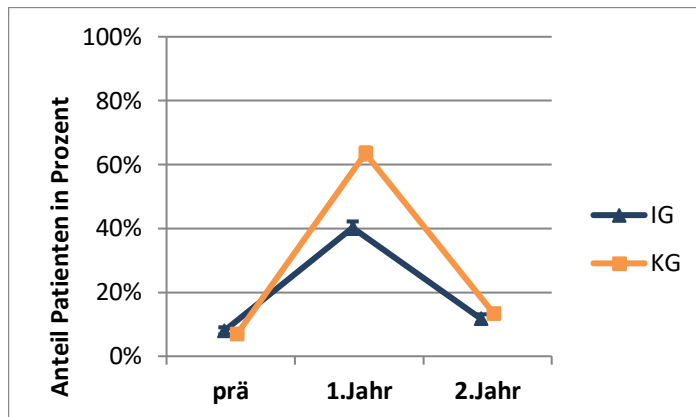
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



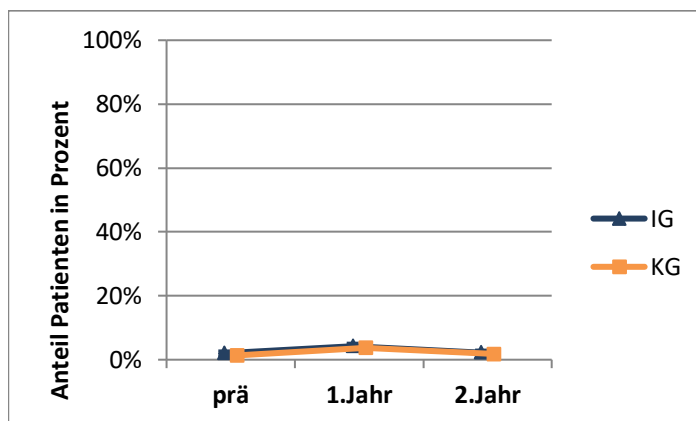
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



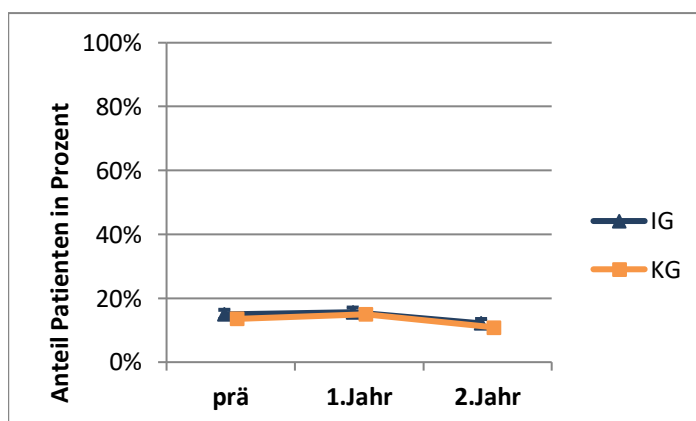
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

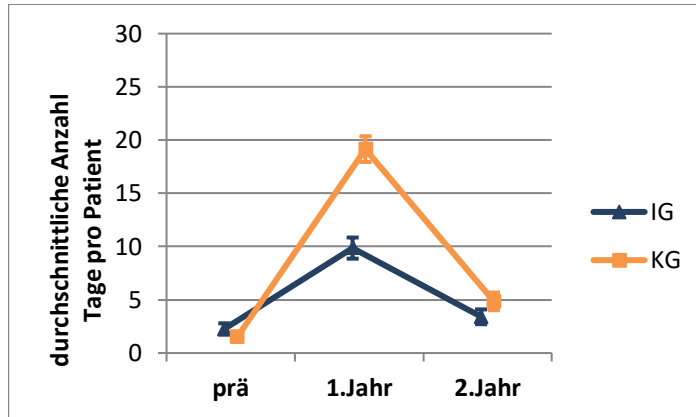


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

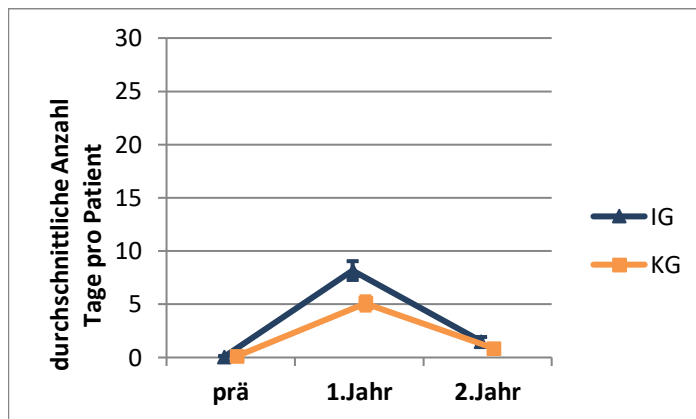


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

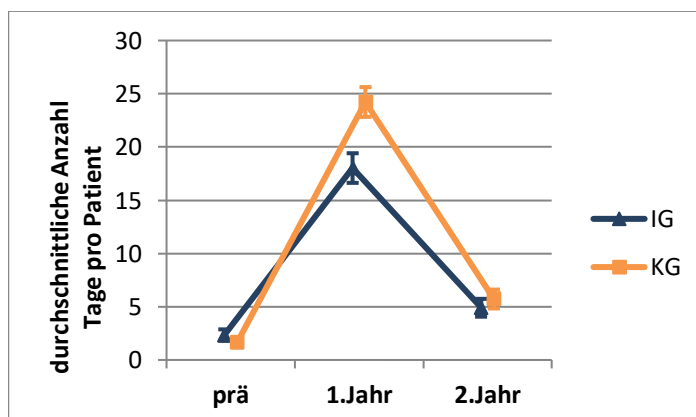
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



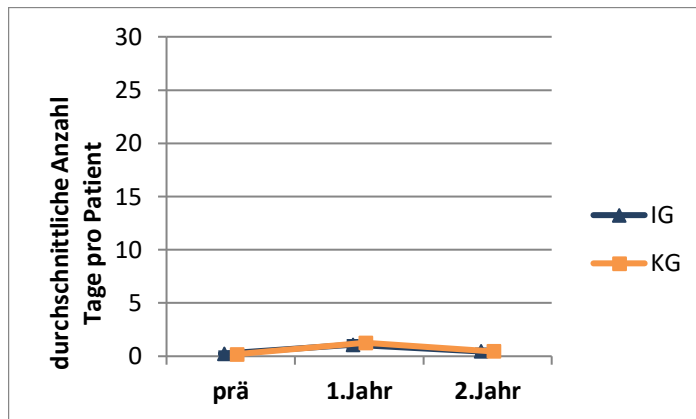
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

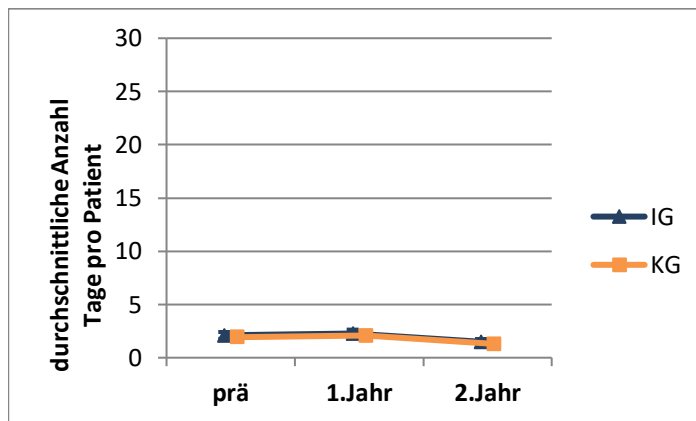


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,16*** 0,12...0,21	3,78** 1,40...10,24	-10,06*** -11,64...-8,49	3,15*** 2,17...4,13
DID Jahr 2	0,59** 0,43...0,81	3,90* 1,38...11,02	-2,16** -3,74...-0,59	0,65 -0,33...1,63

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

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

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

Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	8,2 %	32,4 %	10,1 %	9,2 %	6,8 %	59,4 %	13,0 %	9,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,3 %	19,7 %	4,3 %	2,8 %	0,6 %	11,7 %	2,5 %	1,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,3 %	42,8 %	12,5 %	10,4 %	7,2 %	64,4 %	14,1 %	10,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,9 %	3,8 %	2,1 %	1,5 %	1,2 %	3,4 %	1,7 %	1,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,9 %	15,0 %	12,5 %	9,7 %	14,3 %	15,9 %	10,8 %	10,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,4	10,5	3,6	3,1	1,6	19,5	5,1	3,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	8,3	1,5	1,0	0,2	4,9	0,8	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,4	18,7	5,1	4,2	1,8	24,4	5,8	3,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,9	0,4	0,4	0,2	1,3	0,5	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,2	2,1	1,6	1,3	2,1	2,0	1,3	1,3

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	25,0 %	26,4 %	15,9 %	14,7 %	29,2 %	33,5 %	20,9 %	19,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	6,6 %	14,9 %	6,9 %	5,7 %	7,9 %	9,5 %	4,4 %	3,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	27,9 %	32,0 %	18,2 %	17,0 %	32,8 %	38,3 %	22,6 %	21,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,6 %	4,5 %	3,3 %	3,6 %	6,6 %	4,3 %	2,4 %	1,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	18,4 %	17,1 %	18,9 %	17,0 %	17,6 %	18,4 %	15,1 %	15,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	11,5	11,8	6,9	6,7	11,3	14,9	8,1	8,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,9	5,8	2,0	1,6	3,0	3,6	1,2	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	14,4	17,6	8,9	8,3	14,3	18,5	9,3	9,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,8	0,9	0,7	1,1	1,5	1,0	0,6	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,3	2,2	2,5	2,6	2,6	2,7	2,1	1,8

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

² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.; ³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

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

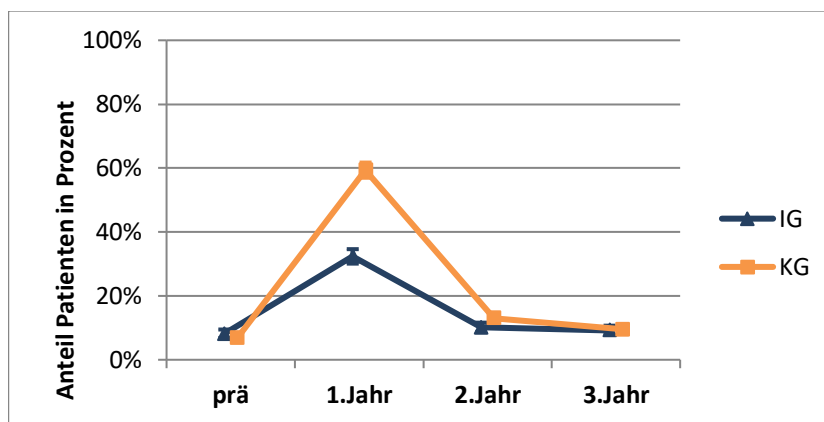
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

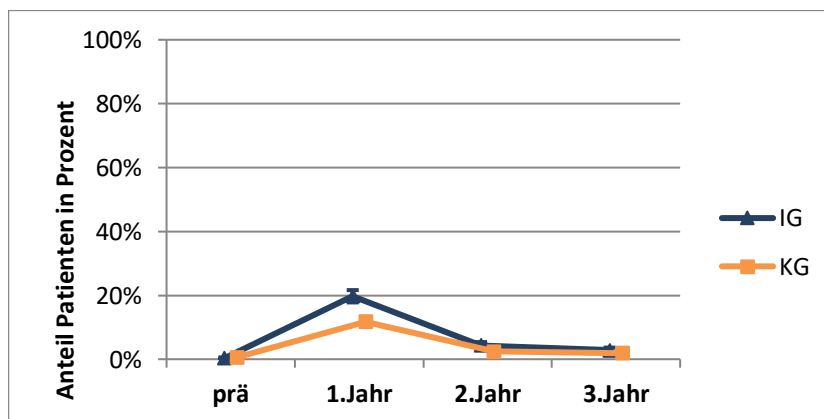
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

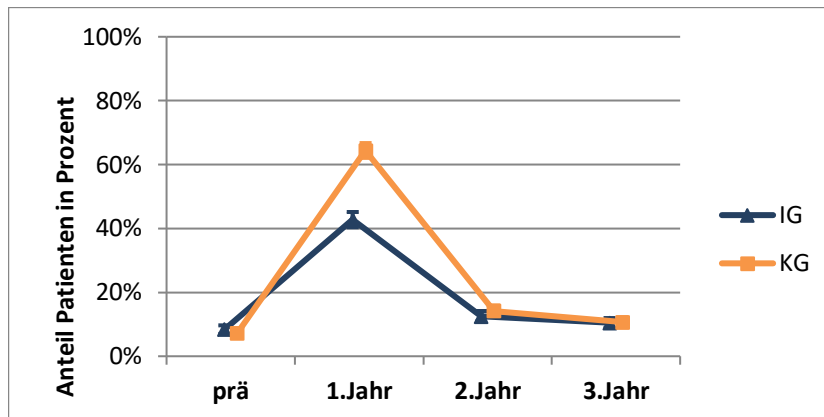
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



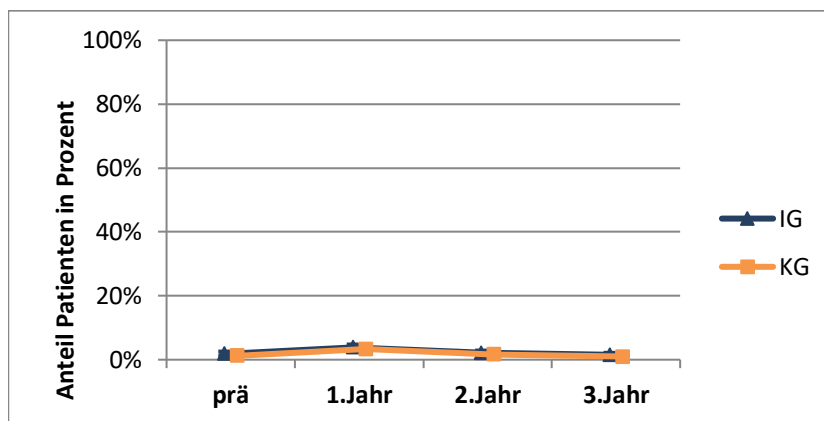
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



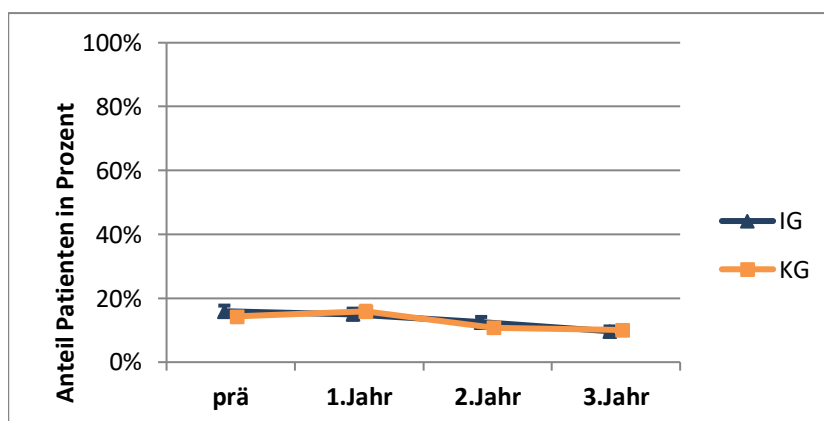
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

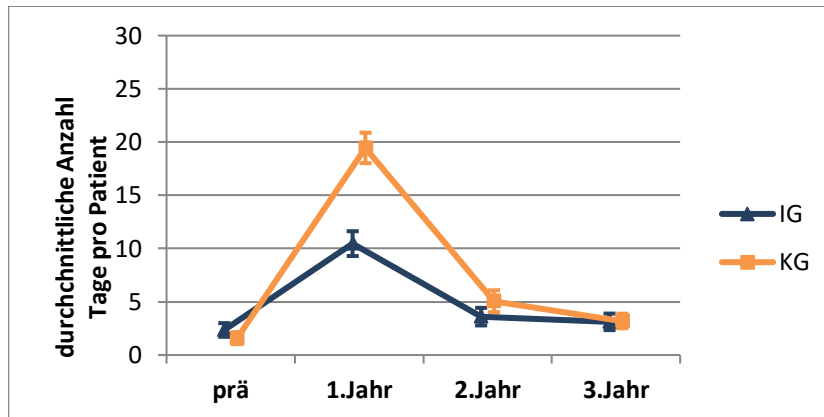


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

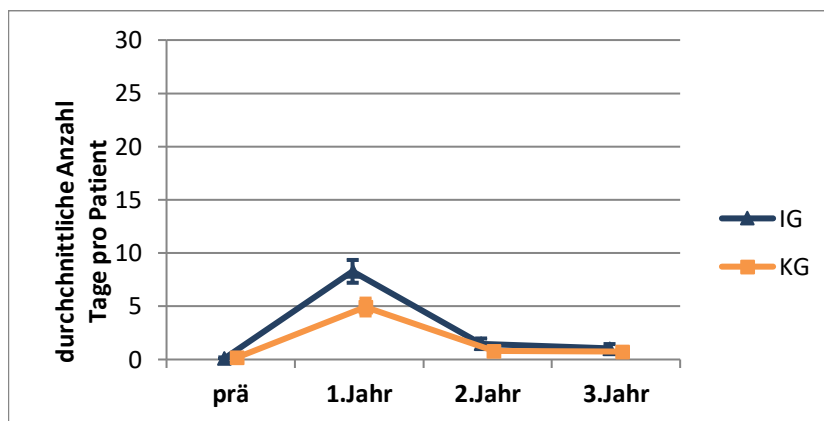


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

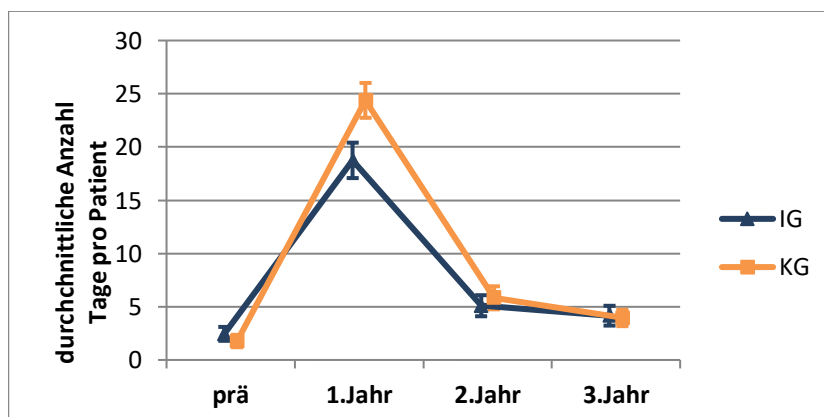
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



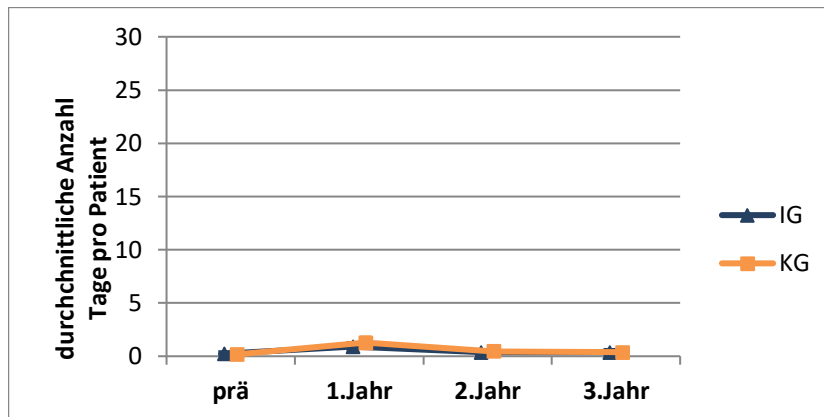
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



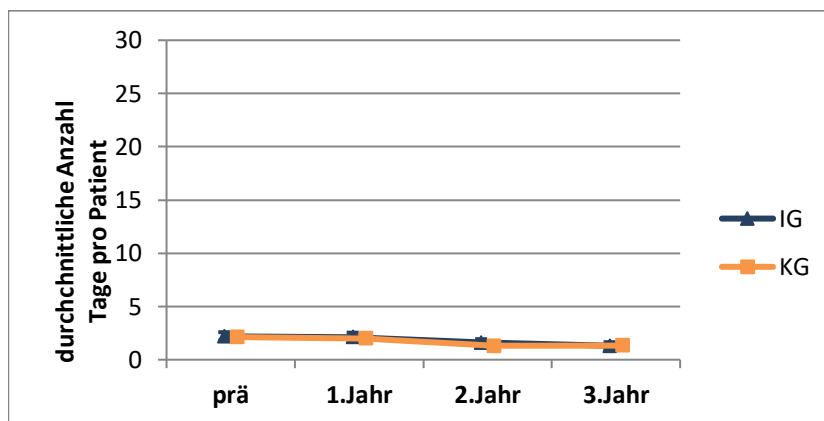
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



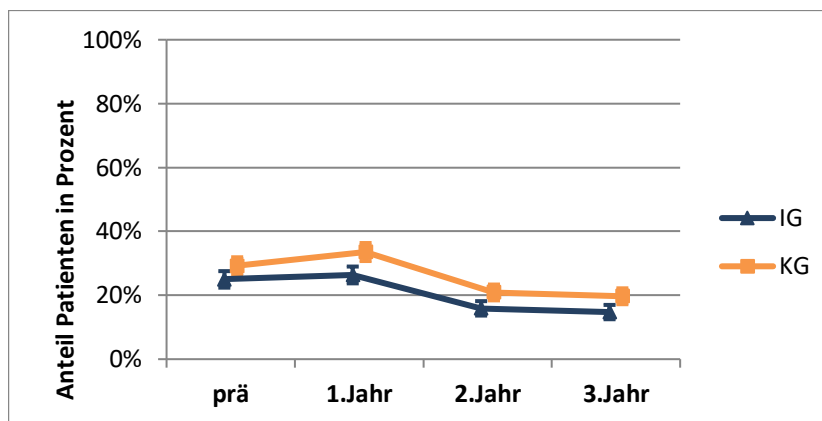
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

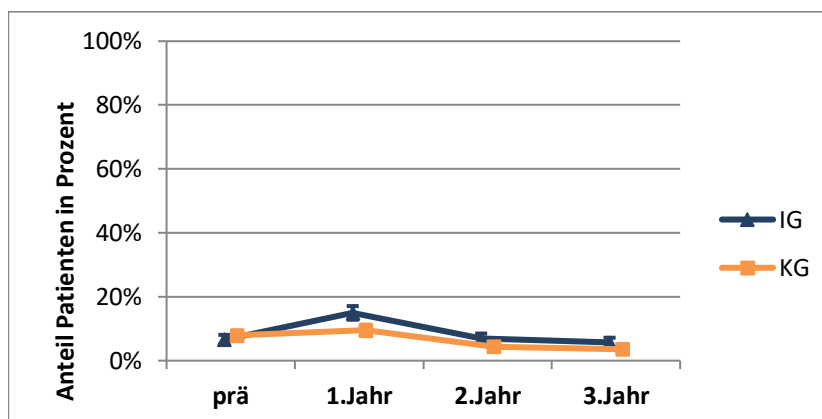
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

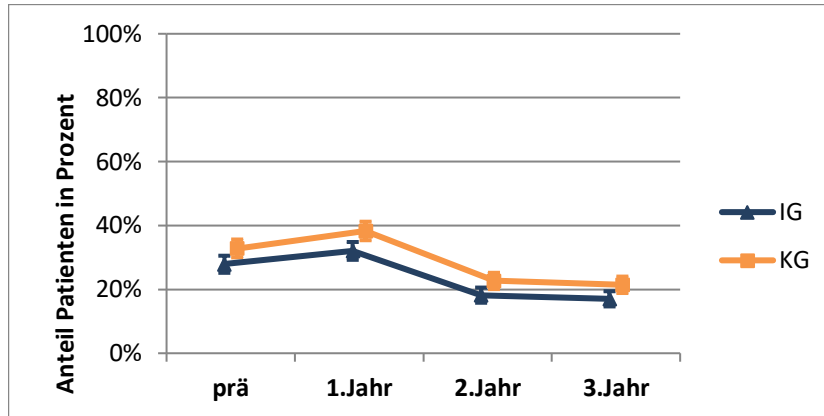
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



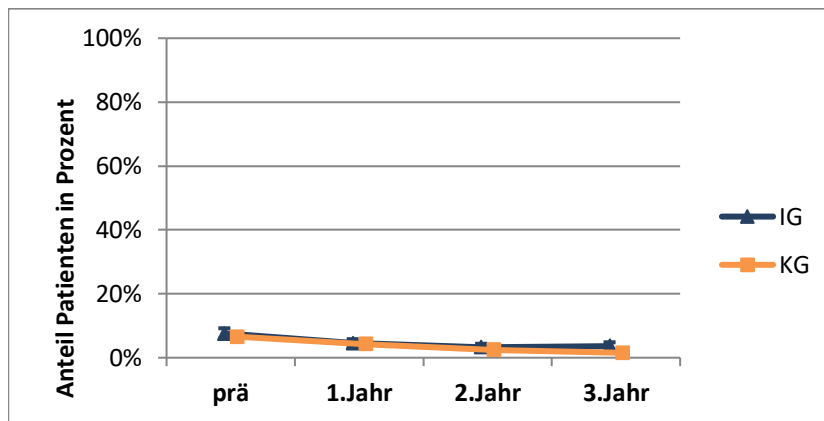
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



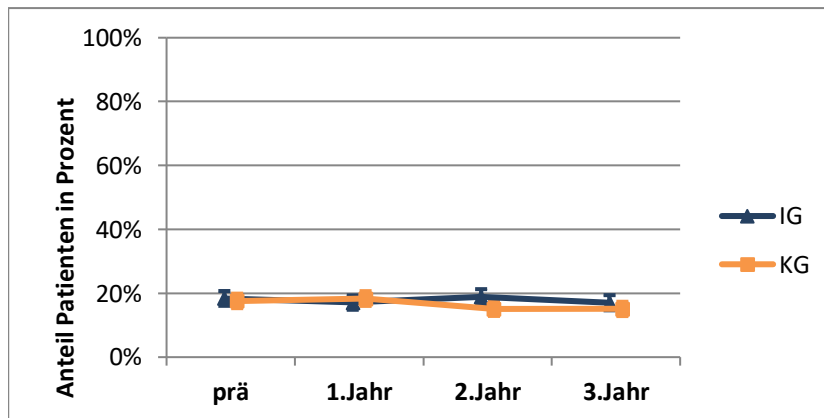
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

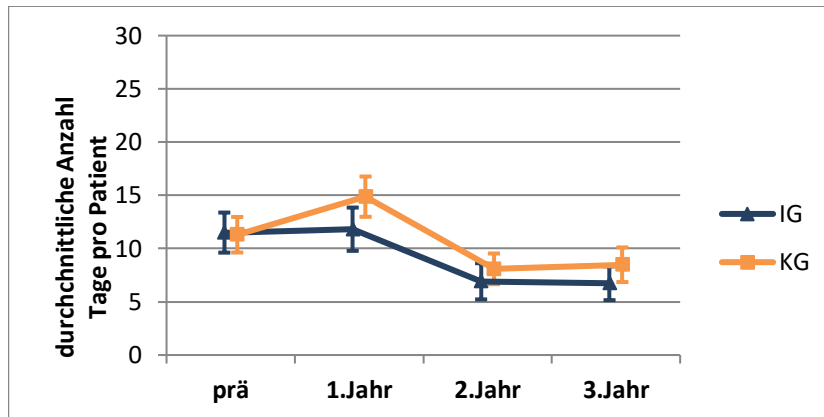


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

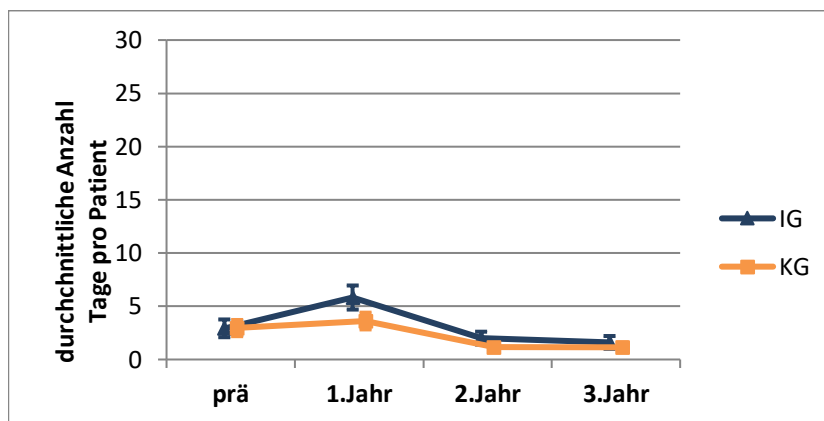


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

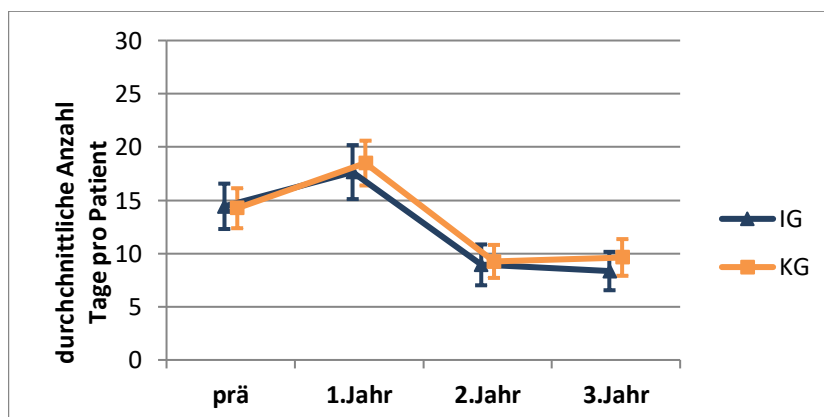
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



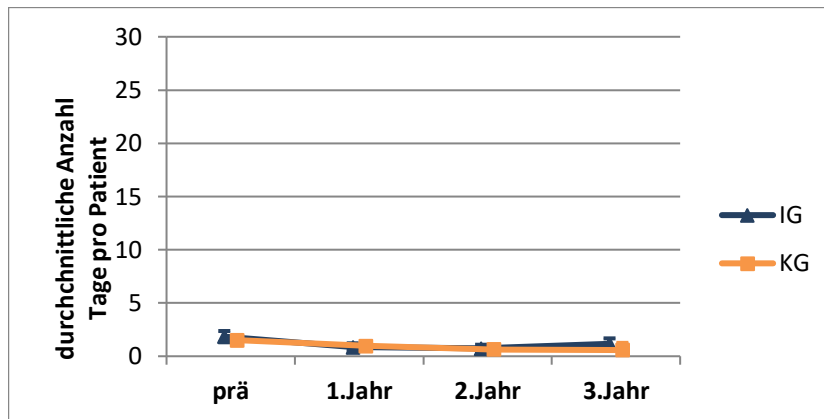
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



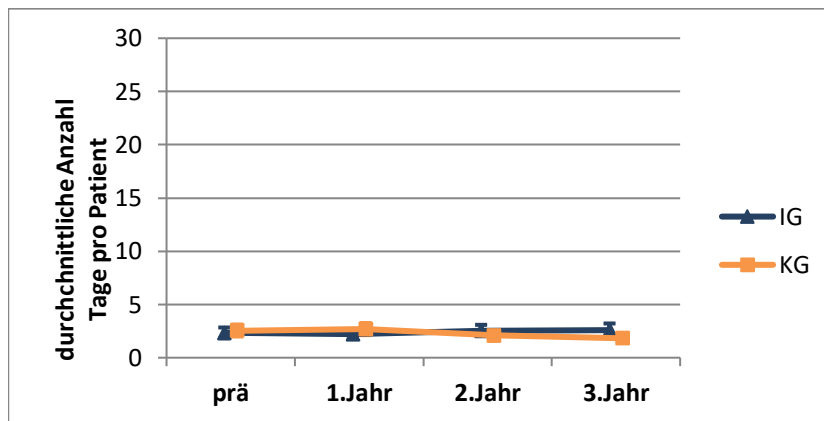
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall ein statistisch signifikant stärkerer Anstieg der durchschnittlichen **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (IG: +3,4; KG: +2,4 PIA-Kontakte). Dabei war dieser Unterschied statistisch signifikant (DiD = +1,0 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG stets geringer als in der KG (prä: -2,8; 1. Jahr: -2,0; 2. Jahr: -0,7; 3. Jahr: -1,2; 4. Jahr: -1,6 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied verringerte sich jedoch über die patientenindividuelle Zeit, so dass der Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten bzw. dritten Jahr danach in der IG eine statistisch signifikant größere Zunahme im Vergleich zur KG aufwies (DiD 2. Jahr = 2,0; DiD 3. Jahr = 1,6 PIA-Kontakte).

Das Muster der Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar, mit jeweils kleinem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Die Höhe der Inanspruchnahme war zwischen IG und KG vergleichbar (prä: +0,1; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,6; 4. Jahr: +0,0 Kontakte). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf mit vergleichbarer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,3; 1. Jahr: -0,5; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -0,3; 4. Jahr: +0,3 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im jeweiligen Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall waren analog zu den linikneuen Patienten nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1, ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +3,9 Kontakte; KG: +2,5 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG und der KG vergleichbar an (IG: +1,8 Kontakte; KG: +2,1 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = +1,2 PIA-Kontakte). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG auf ein vergleichbares Niveau.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an und sank danach wieder leicht (prä: +0,1; 1. Jahr: -0,2; 2. Jahr: -0,5 ambulante Kontakte). Dabei war das stärkere Absinken in der IG im zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD = -0,6).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wider. Die PIA-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG stärker als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und war zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekanntem Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe mit einem leichten Anstieg der PIA-Kontakte im ersten Jahr nach Referenzfall und danach einem Absinken der Kontakte in der IG und KG. Jedoch war die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG zu jedem Zeitpunkt geringer als in der KG. Dieser Unterschied verringerte sich aber über die Zeit (siehe auch Verlauf U1) (prä: -2,6; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -0,8 PIA-Kontakte).

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu den anderen Untersuchungen, zwischen IG und KG vergleichbar (und in der IG stets leicht geringer). Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hier auch ein paralleler Verlauf mit stets sehr leicht geringerer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,3; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,2 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
Alle Patienten (n)	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	777	777	720	701	684	781	781	738	716	698
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	756	762	705	675	648	765	774	716	688	679
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,5	1,8	1,8	1,5	0,3	2,7	1,7	1,6	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,5	4,0	3,1	2,3	2,5	2,4	4,3	3,4	2,9	2,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,0	12,2	10,9	11,3	11,0	7,8	9,1	8,2	8,0	8,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,6	0,9	0,8	0,9	0,8	0,5	0,8	0,7	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,4	0,6	0,7	0,8	0,0	0,5	0,5	0,3	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,5	5,0	5,5	6,2	6,1	5,8	6,9	7,3	7,6	8,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	971	971	911	866	819	969	969	929	884	850
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	944	933	868	829	790	957	955	911	862	820
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	5,8	8,7	7,6	6,9	5,7	8,6	10,7	8,3	8,1	7,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,7	1,9	1,7	2,0	2,5	2,0	2,3	2,3	2,3	2,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,0	14,8	13,8	13,0	12,9	10,8	12,2	12,1	12,1	11,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

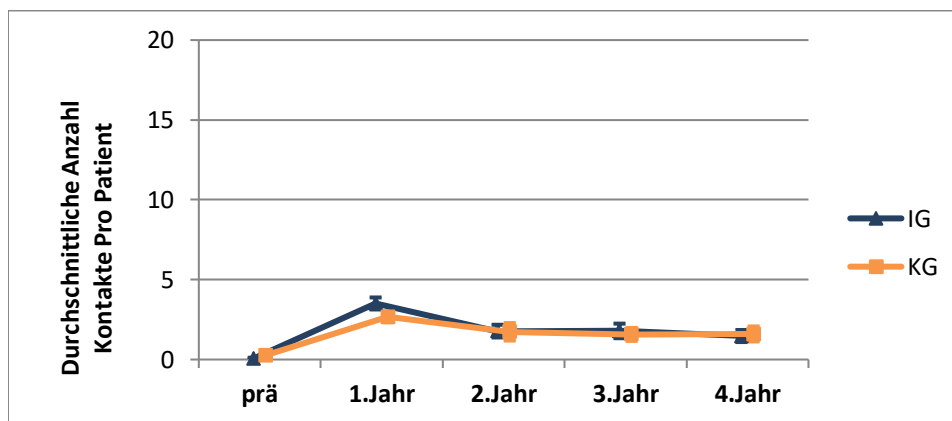
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

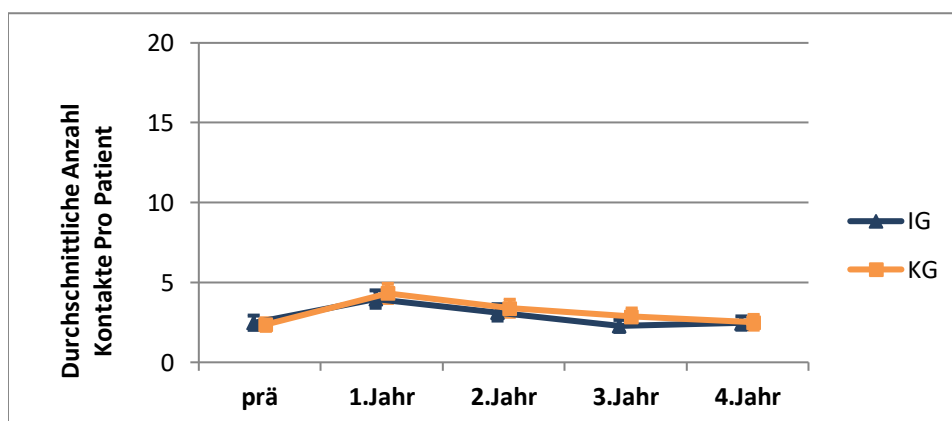
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

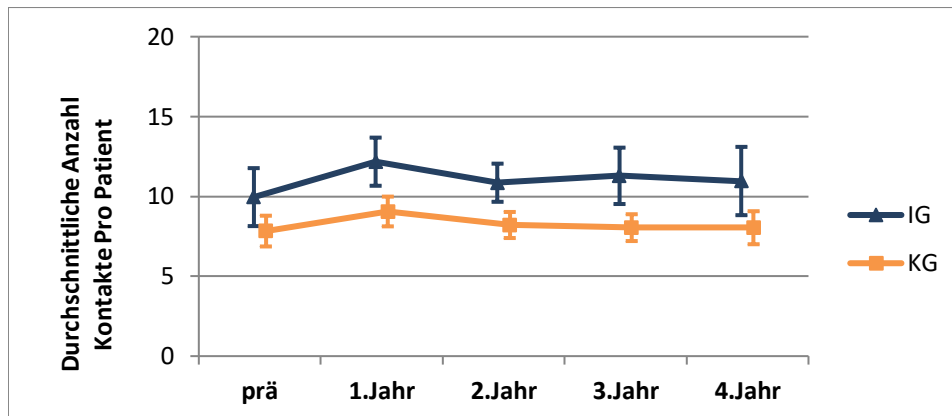
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

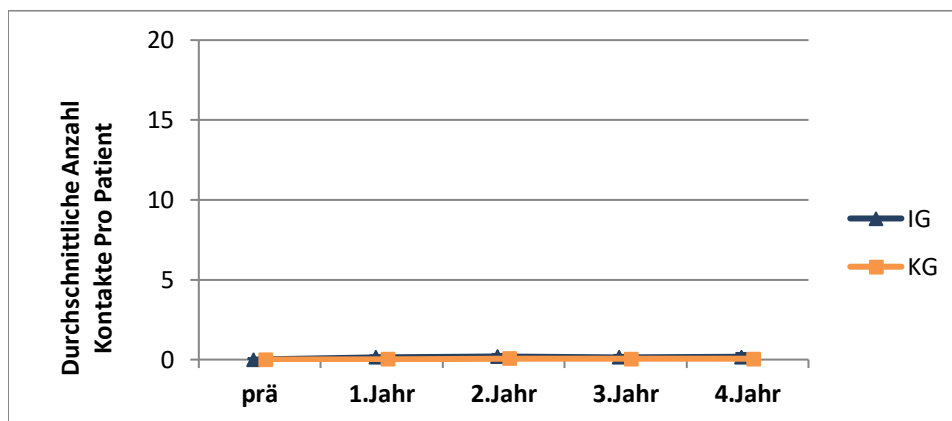


- bei anderen Vertragsärzten (E)

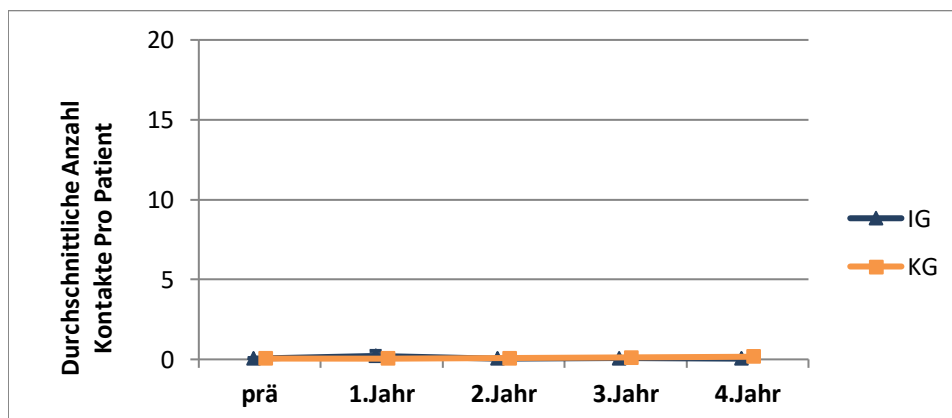


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

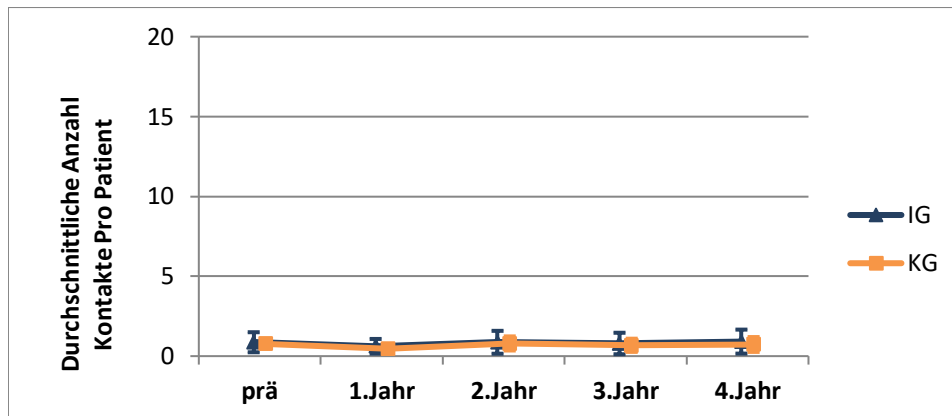
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

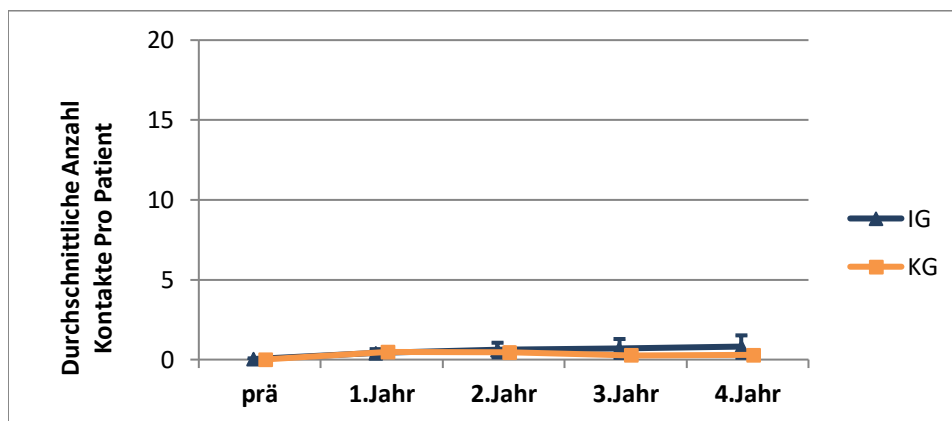


- bei anderen Vertragsärzten (F)

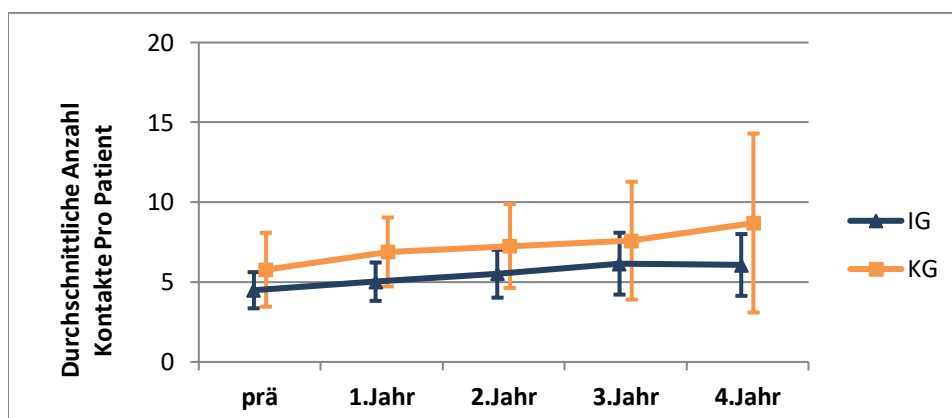


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



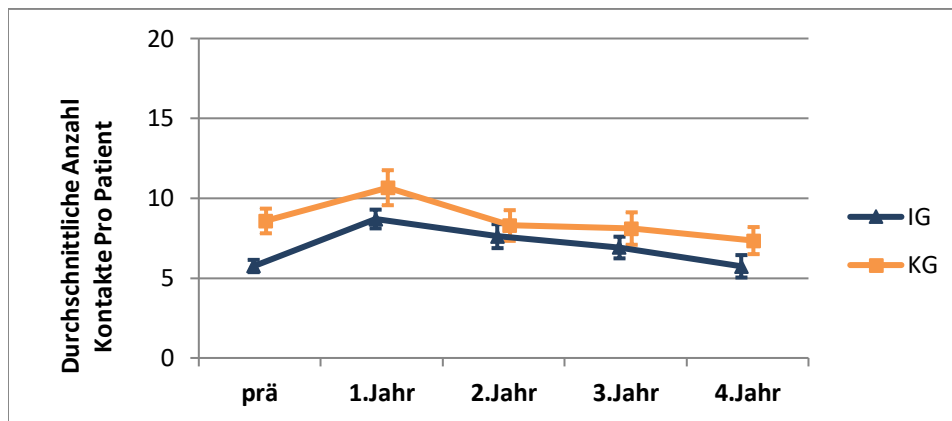
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

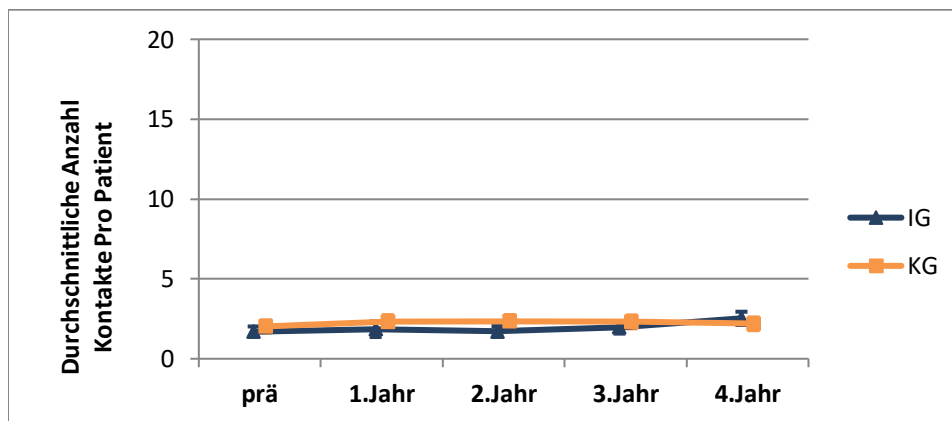
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

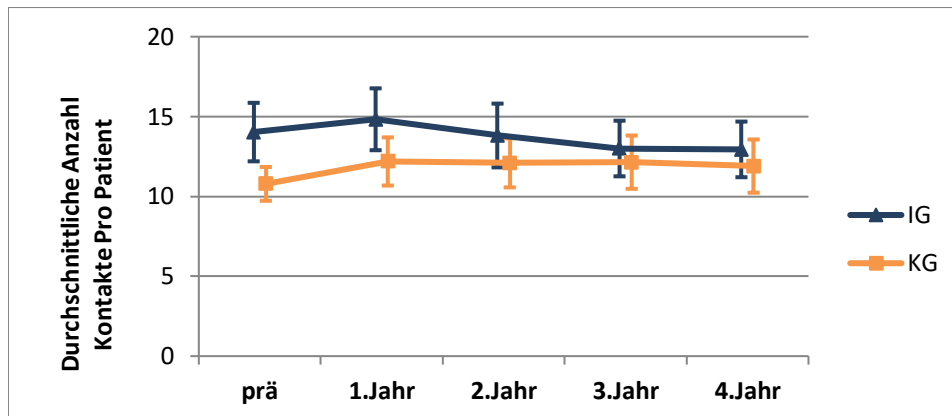
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

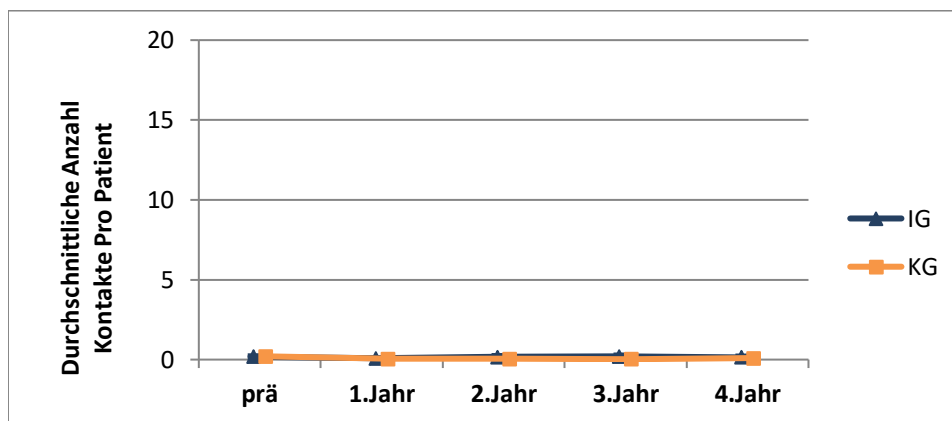


- bei anderen Vertragsärzten (E)

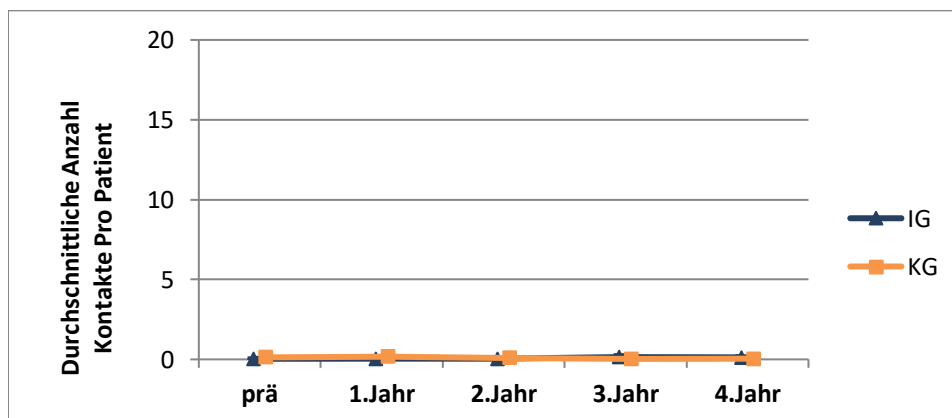


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

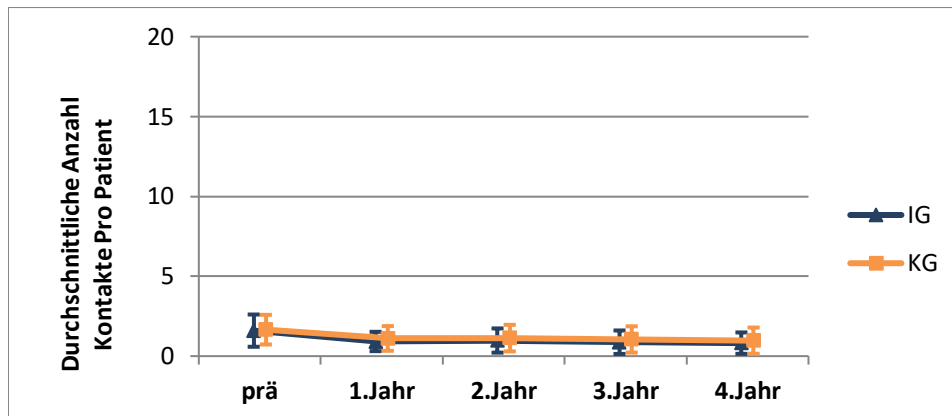
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

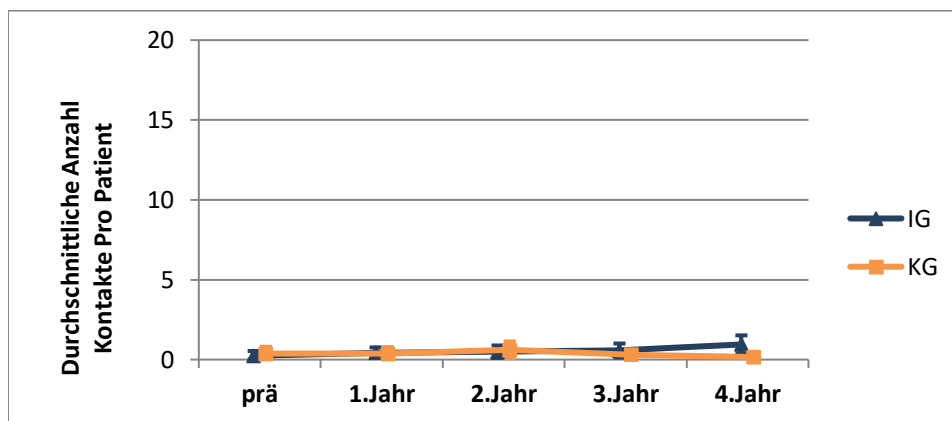


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

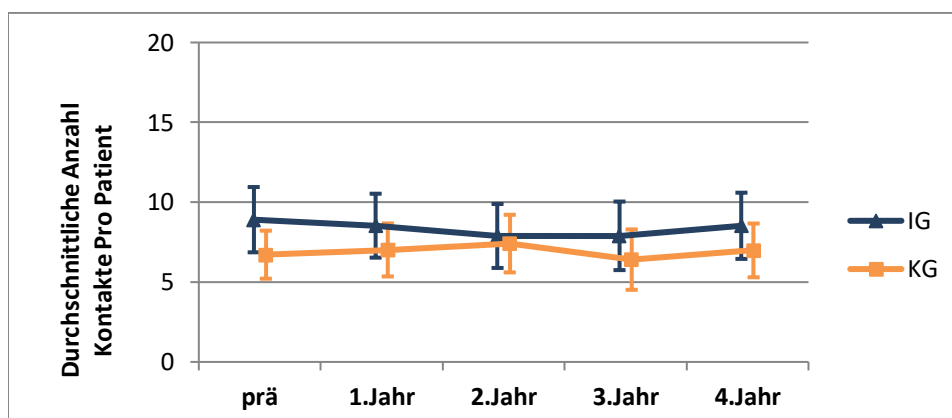


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,03** 0,32...1,74	-0,47 -1,36...0,42	0,99 -1,54...3,52
DID Jahr 2	0,21 -0,50...0,92	-0,41 -1,30...0,48	0,17 -2,36...2,70
DID Jahr 3	0,38 -0,33...1,09	-0,68 -1,57...0,21	0,68 -1,86...3,21
DID Jahr 4	0,07 -0,64...0,78	-0,19 -1,08...0,70	0,33 -2,20...2,87

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,86 -0,60...2,32	-0,14 -0,87...0,59	-0,60 -3,77...2,57
DID Jahr 2	2,02** 0,56...3,48	-0,31 -1,04...0,42	-1,88 -5,05...1,28
DID Jahr 3	1,59* 0,13...3,05	-0,03 -0,76...0,70	-2,76 -5,93...0,40
DID Jahr 4	1,21 -0,25...2,67	0,54 -0,19...1,27	-2,77 -5,94...0,40

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	3.124	3.124	3.124	3.124
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	3.120	3.122	3.120	3.122
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	3.040	3.060	3.055	3.076
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,0	0,2	2,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	4,0	2,0	4,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,0	12,0	7,3	8,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,0	0,7	0,8	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,5	0,1	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,3	5,6	4,7	5,6

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

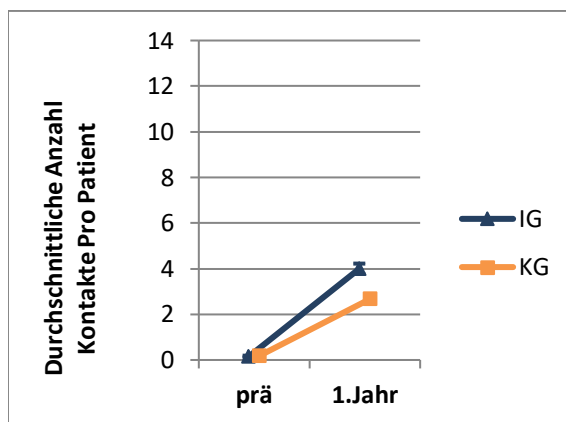
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

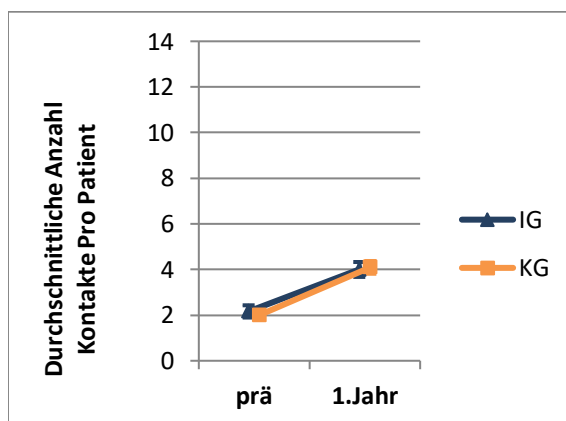
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

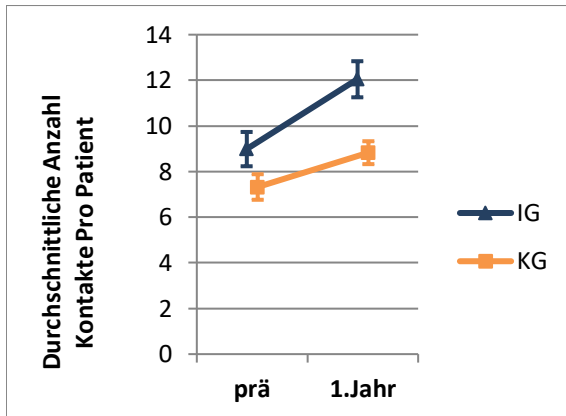
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

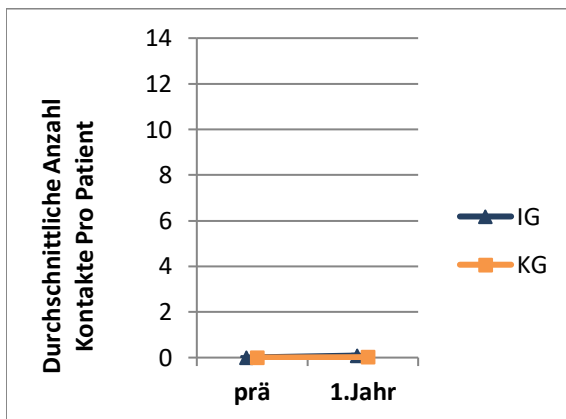


- bei anderen Vertragsärzten (E)

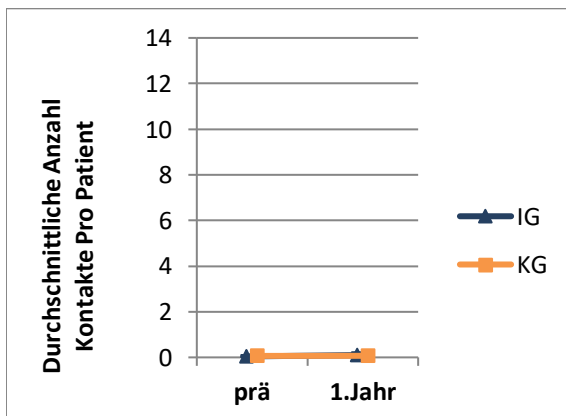


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

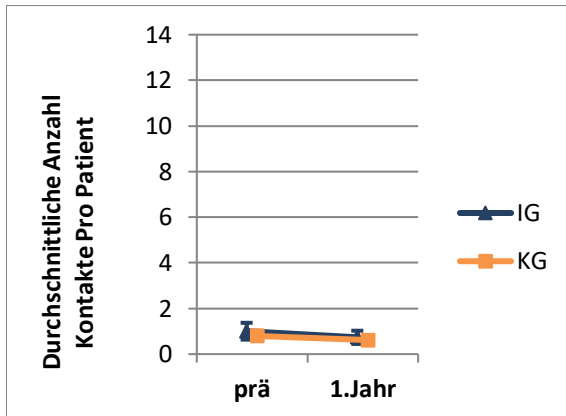
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

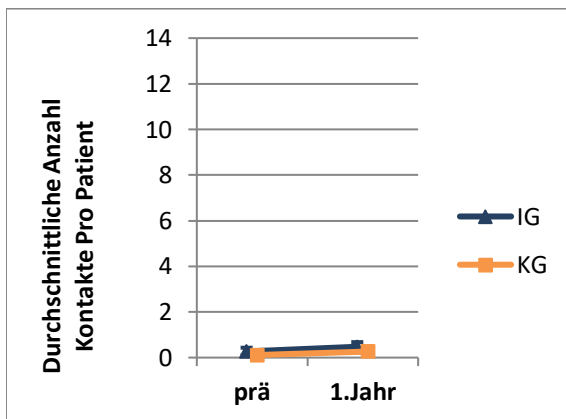


- bei anderen Vertragsärzten (F)

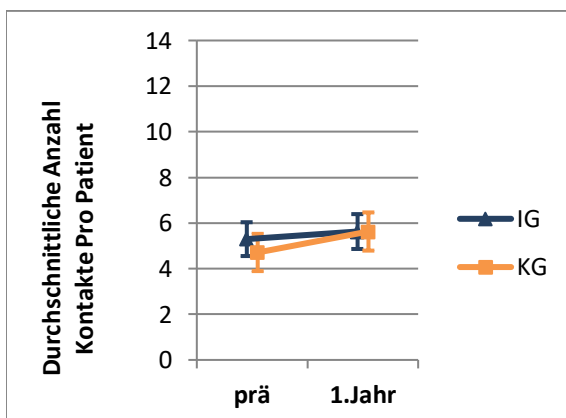


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	2.370	2.372	2.231	2.373	2.375	2.248
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.311	2.324	2.173	2.325	2.339	2.182
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,9	1,8	0,2	2,7	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	3,9	3,1	2,0	4,1	3,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,9	12,0	10,7	7,5	9,0	8,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,0	0,8	0,8	0,9	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,5	0,5	0,1	0,2	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,5	5,9	6,2	5,0	5,8	6,4

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

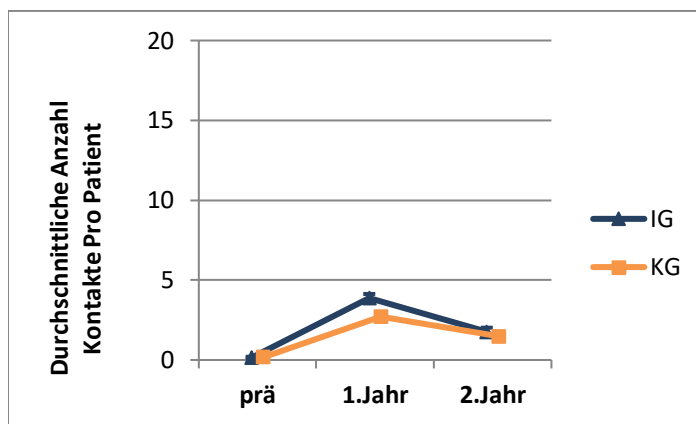
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

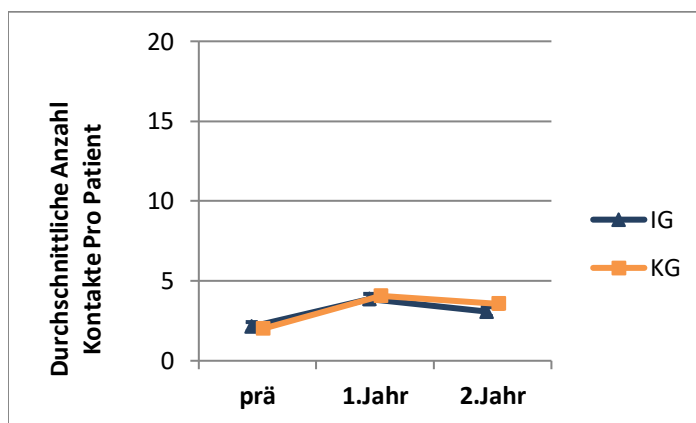
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

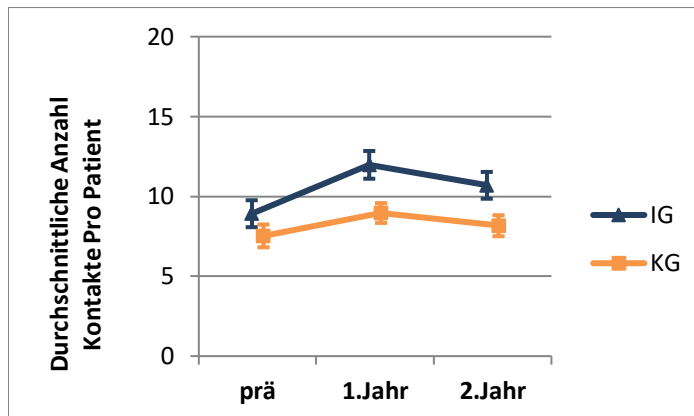
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

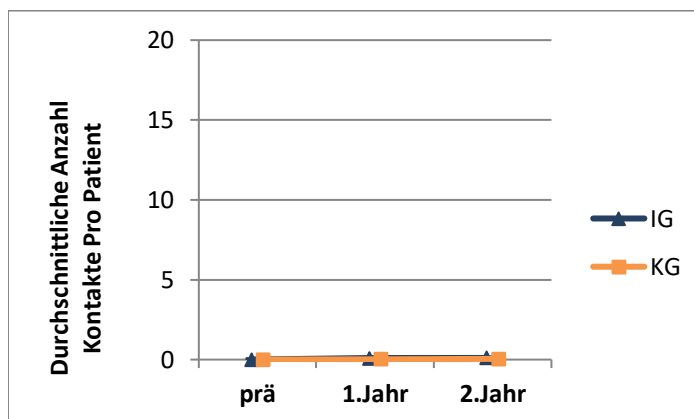


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

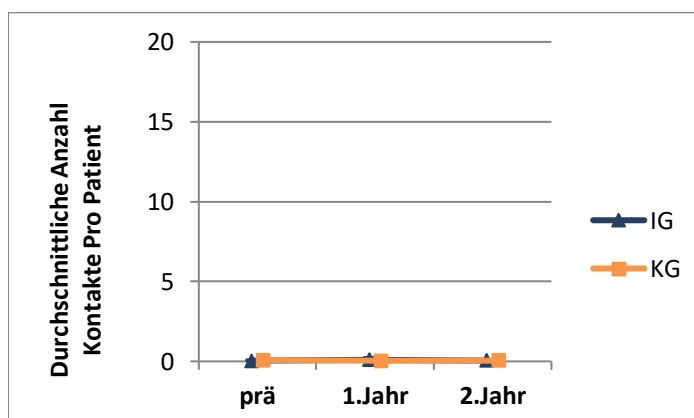


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

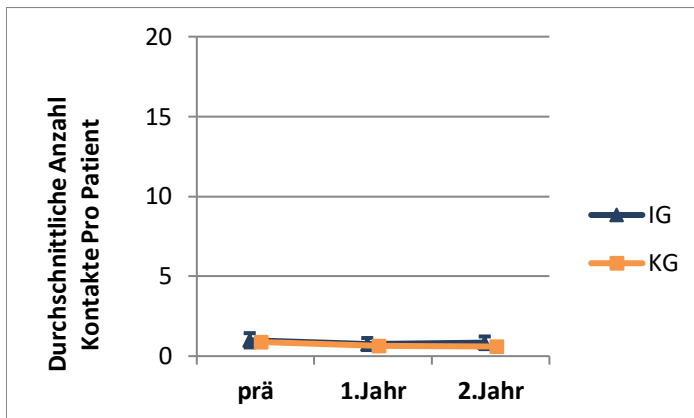
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

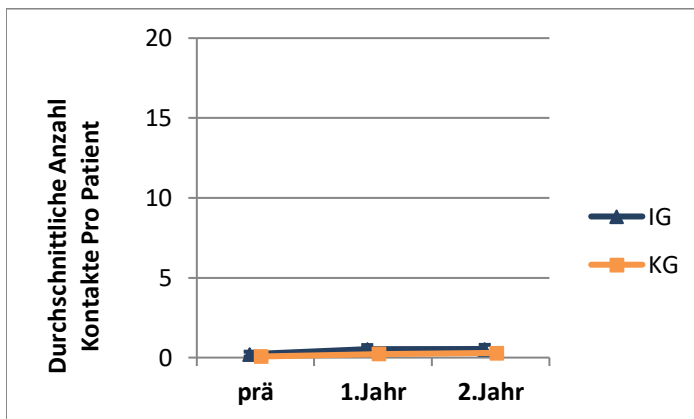


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

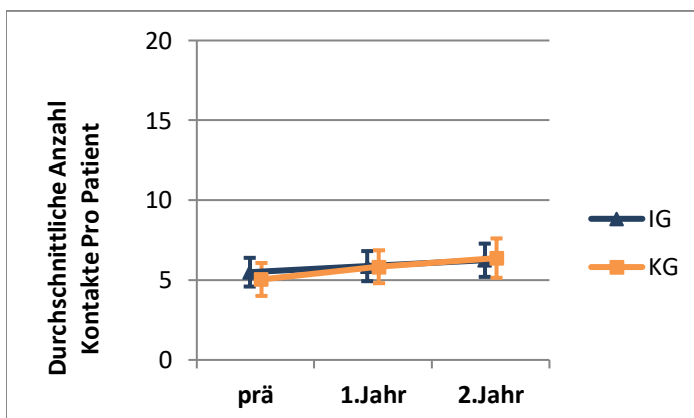


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,18*** 0,80...1,56	-0,32 -0,88...0,23	1,63* 0,17...3,09
DID Jahr 2	0,29 -0,09...0,67	-0,60* -1,16...-0,05	0,94 -0,52...2,40

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.640	1.642	1.543	1.498	1.637	1.639	1.549	1.499
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.594	1.604	1.505	1.443	1.606	1.614	1.500	1.435
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	3,7	1,7	1,4	0,2	2,6	1,5	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	3,8	3,0	2,5	2,1	4,2	3,6	3,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,1	11,6	10,4	9,9	7,6	8,9	8,2	7,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5	0,7	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,6	0,6	0,6	0,0	0,3	0,3	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,9	6,1	6,4	6,1	4,9	5,4	5,7	6,1

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.076	1.076	1.012	963	1.078	1.078	1.034	980
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.048	1.032	966	924	1.065	1.064	1.012	955
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	5,3	8,4	7,3	6,8	7,9	10,0	7,8	7,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,7	2,0	2,1	2,3	2,0	2,3	2,4	2,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,5	15,6	15,0	14,3	10,9	12,0	11,8	11,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,5	1,0	1,2	1,0	1,6	1,1	1,1	1,0

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

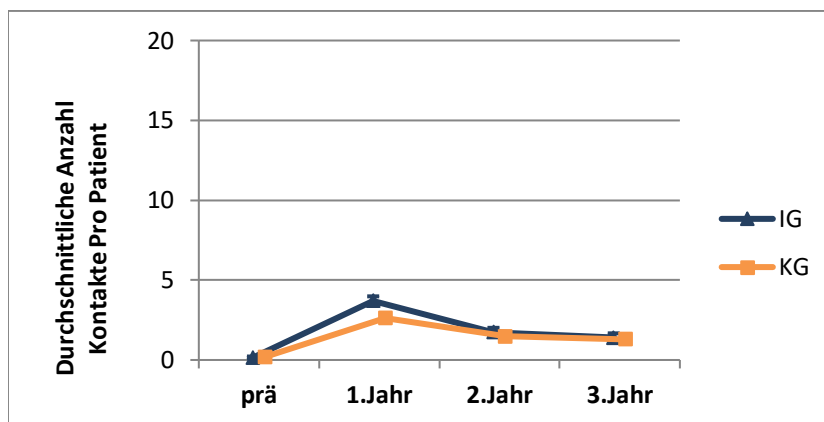
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

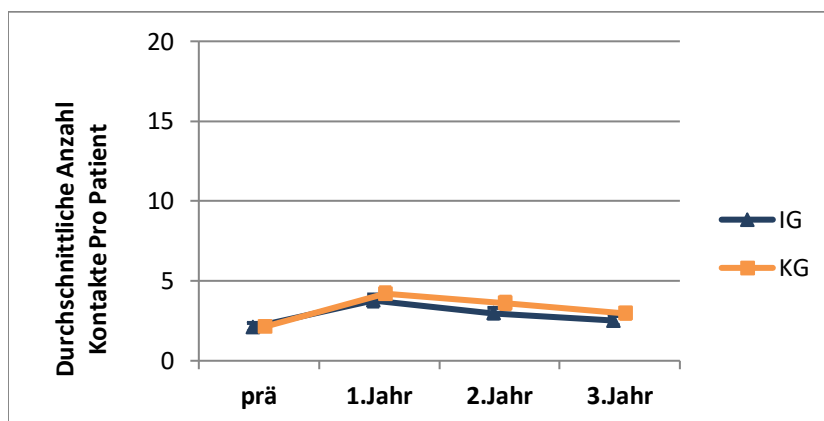
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

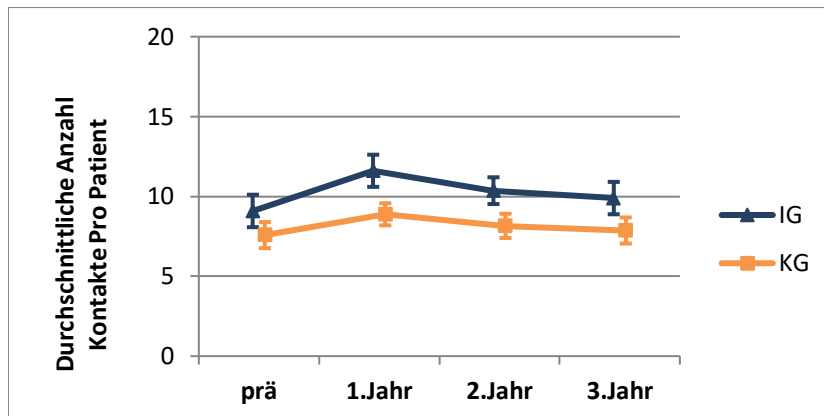
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

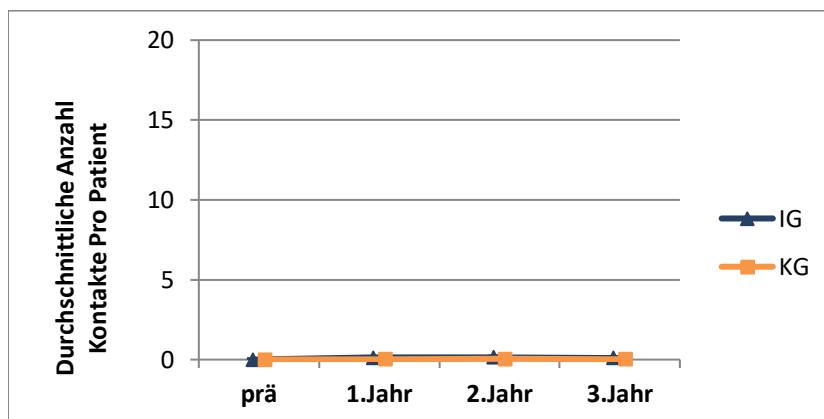


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

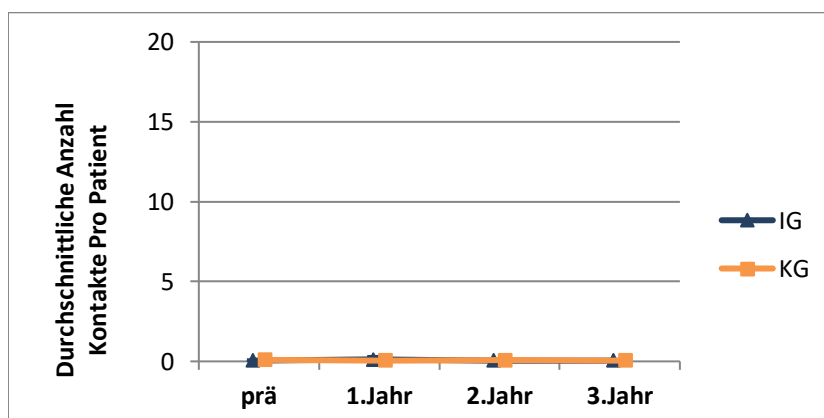


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

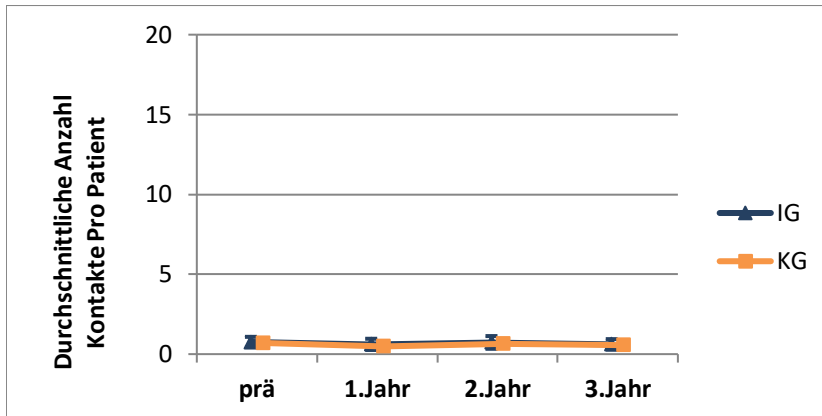
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

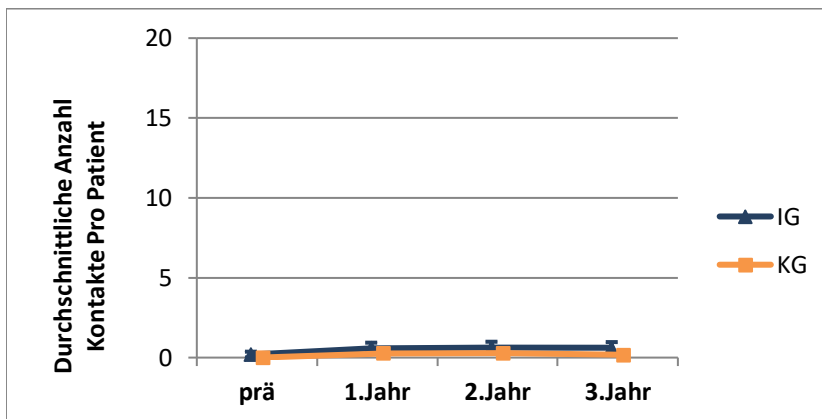


- bei anderen Vertragsärzten (F)

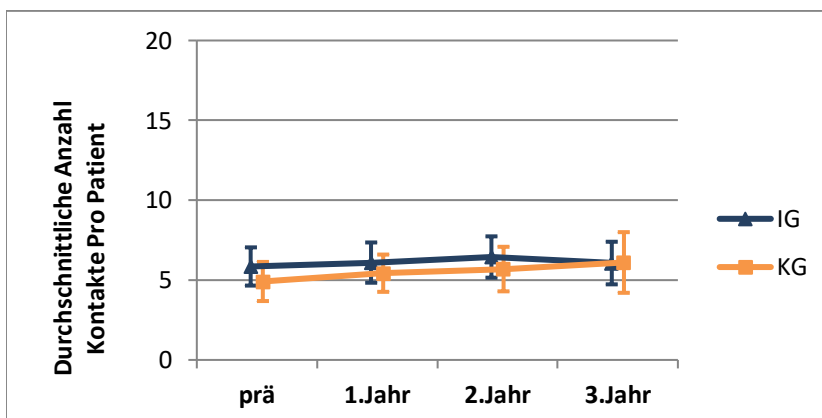


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



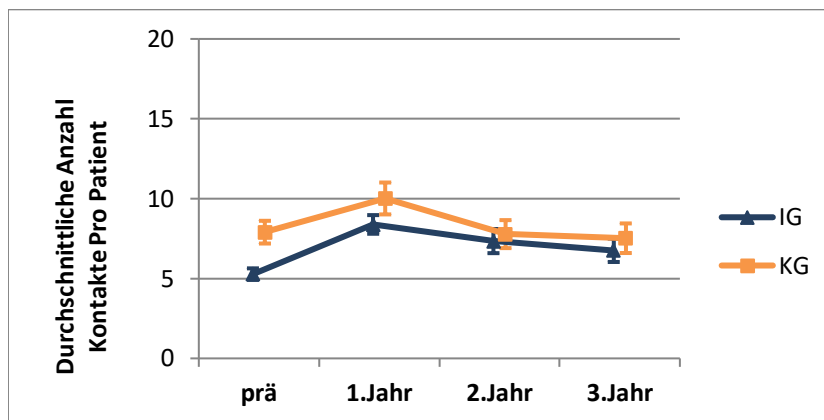
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

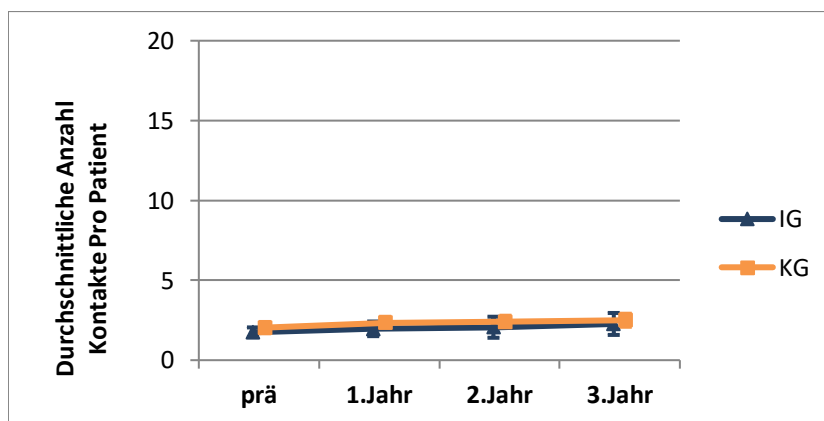
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

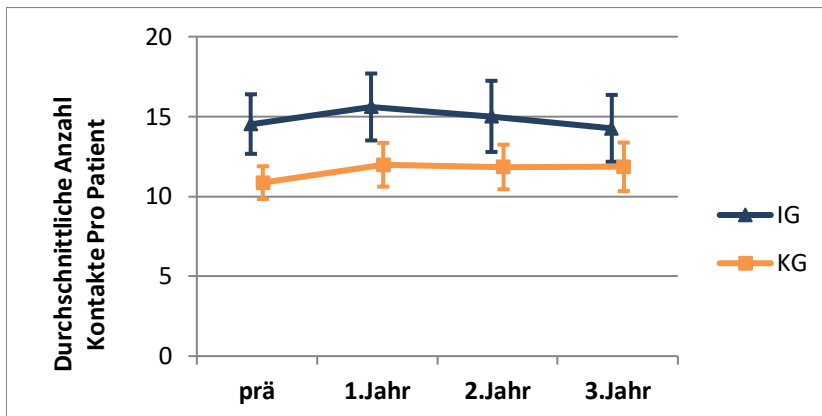
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

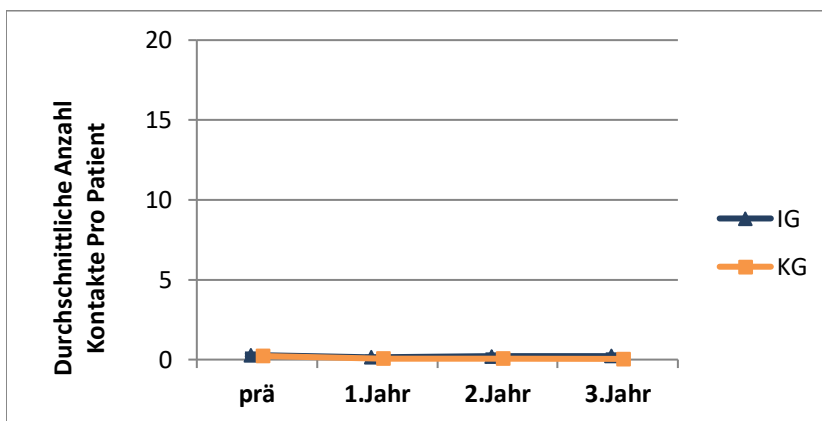


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

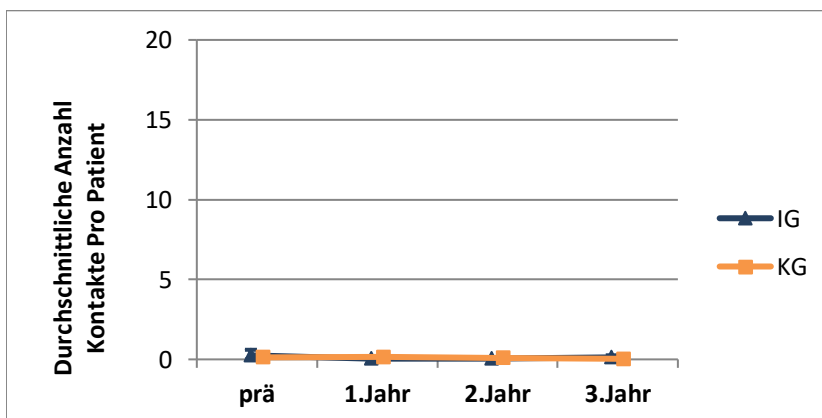


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

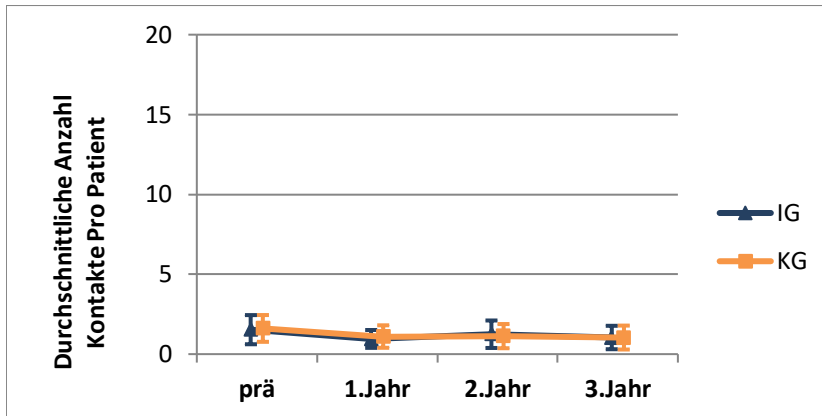
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

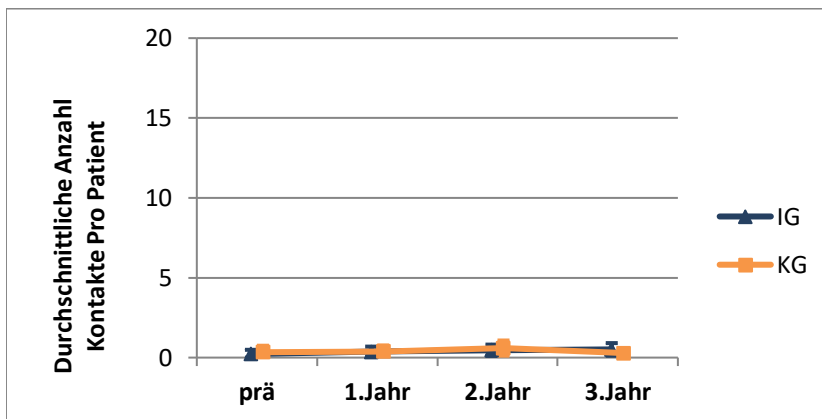


- bei anderen Vertragsärzten (F)

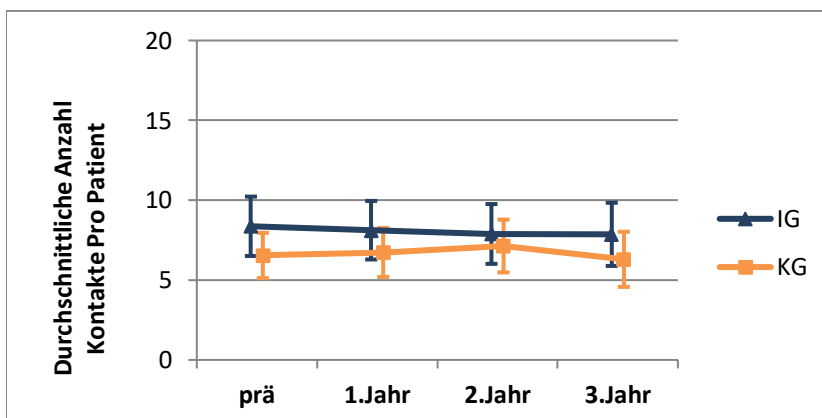


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten der IG stets eine größere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** verglichen mit der KG (außer 30 und 90 Tage und jeweils 3. Jahr nach Referenzfall). Dabei war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor bei 7 Tagen Nachbeobachtung statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 1,6). Auch bei den linikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG stets größer als in der KG. Dieser Unterschied war bei der Nachbeobachtung von 90 Tagen statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 1,7).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein größerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +11,9 %-Punkte; 30 Tage: +12,3 %-Punkte; 90 Tage: +11,9 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG stets größer als in der KG. Dieser Unterschied war für alle drei Jahre statistisch signifikant (Gruppenschätzer 7 Tage = 1,6; 30 Tage = 1,5; 90 Tage = 1,5).

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 im ersten Jahr nach Referenzfall stets größer. Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall waren diese Anteile zwischen IG und KG vergleichbar.

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG erneut stets eine größere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG auf (alle drei Nachbeobachtungszeiträume betreffend).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	489	132	129	98	695	170	108	96
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,0 %	22,0 %	20,2 %	26,5 %	4,7 %	10,0 %	15,7 %	14,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,0 %	9,1 %	4,7 %	9,2 %	11,8 %	10,6 %	13,0 %	15,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,3 %	30,3 %	31,8 %	26,5 %	42,3 %	38,2 %	45,4 %	35,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,6 %	15,2 %	16,3 %	11,2 %	10,1 %	8,8 %	8,3 %	4,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,1 %	1,5 %	0,8 %	4,1 %	3,7 %	4,7 %	0,0 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	3,0 %	5,4 %	2,0 %	3,6 %	4,7 %	4,6 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,3 %	31,8 %	24,0 %	37,8 %	19,0 %	23,5 %	28,7 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,6 %	39,4 %	43,4 %	45,9 %	41,4 %	44,7 %	33,3 %	39,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	273	68	74	47	340	96	58	65
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,1 %	20,6 %	23,0 %	21,3 %	3,5 %	10,4 %	19,0 %	18,5 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,1 %	16,2 %	6,8 %	8,5 %	19,1 %	15,6 %	15,5 %	16,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,8 %	38,2 %	31,1 %	17,0 %	40,6 %	41,7 %	46,6 %	32,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,0 %	10,3 %	8,1 %	6,4 %	12,1 %	11,5 %	12,1 %	3,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	1,5 %	0,0 %	2,1 %	4,4 %	4,2 %	0,0 %	6,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	5,9 %	5,4 %	2,1 %	5,0 %	7,3 %	6,9 %	1,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,6 %	36,8 %	28,4 %	31,9 %	25,3 %	27,1 %	34,5 %	38,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,9 %	38,2 %	47,3 %	55,3 %	37,9 %	38,5 %	29,3 %	38,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	105	23	26	21	137	59	40	38
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,4 %	26,1 %	30,8 %	19,0 %	3,6 %	11,9 %	22,5 %	23,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,9 %	21,7 %	7,7 %	14,3 %	24,8 %	18,6 %	15,0 %	10,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,1 %	60,9 %	50,0 %	19,0 %	40,9 %	44,1 %	52,5 %	39,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,7 %	8,7 %	11,5 %	4,8 %	16,8 %	13,6 %	15,0 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,1 %	5,1 %	0,0 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	13,0 %	7,7 %	0,0 %	5,8 %	10,2 %	10,0 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,4 %	43,5 %	38,5 %	33,3 %	32,1 %	30,5 %	37,5 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,2 %	26,1 %	19,2 %	57,1 %	29,9 %	32,2 %	27,5 %	39,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	450	115	108	82	632	141	100	89
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,6 %	29,6 %	37,0 %	42,7 %	10,6 %	15,6 %	21,0 %	18,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,2 %	15,7 %	13,9 %	14,6 %	20,6 %	24,8 %	26,0 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,6 %	59,1 %	59,3 %	46,3 %	69,1 %	60,3 %	63,0 %	57,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,7 %	27,8 %	26,9 %	20,7 %	25,8 %	26,2 %	24,0 %	22,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,8 %	3,5 %	5,6 %	12,2 %	10,3 %	7,8 %	5,0 %	10,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,1 %	18,3 %	14,8 %	11,0 %	8,2 %	9,2 %	5,0 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,0 %	47,0 %	47,2 %	56,1 %	36,2 %	42,6 %	51,0 %	46,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,0 %	14,8 %	21,3 %	22,0 %	16,0 %	16,3 %	18,0 %	15,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	246	60	62	40	305	80	52	60
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,0 %	26,7 %	48,4 %	45,0 %	9,8 %	16,3 %	21,2 %	21,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,6 %	26,7 %	17,7 %	17,5 %	32,5 %	30,0 %	36,5 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,6 %	65,0 %	58,1 %	37,5 %	70,8 %	65,0 %	67,3 %	55,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,0 %	23,3 %	22,6 %	20,0 %	30,2 %	27,5 %	36,5 %	23,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	3,3 %	6,5 %	12,5 %	13,8 %	7,5 %	3,8 %	13,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	16,3 %	25,0 %	14,5 %	12,5 %	9,8 %	10,0 %	9,6 %	10,0 %
	50,8 %	55,0 %	61,3 %	60,0 %	48,5 %	46,3 %	59,6 %	53,3 %
	13,4 %	15,0 %	19,4 %	15,0 %	10,2 %	11,3 %	13,5 %	15,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	95	21	23	17	120	47	36	34
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,8 %	28,6 %	56,5 %	47,1 %	9,2 %	12,8 %	25,0 %	23,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,6 %	28,6 %	13,0 %	23,5 %	40,8 %	36,2 %	38,9 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,3 %	85,7 %	60,9 %	35,3 %	72,5 %	68,1 %	77,8 %	64,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,3 %	33,3 %	26,1 %	11,8 %	35,0 %	36,2 %	41,7 %	29,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,4 %	0,0 %	13,0 %	11,8 %	11,7 %	8,5 %	5,6 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,6 %	38,1 %	17,4 %	0,0 %	8,3 %	10,6 %	13,9 %	17,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,4 %	52,4 %	69,6 %	64,7 %	53,3 %	46,8 %	66,7 %	52,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,9 %	14,3 %	8,7 %	17,6 %	7,5 %	12,8 %	8,3 %	11,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)		

	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	393	96	80	67	541	115	79	68
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,3 %	36,5 %	37,5 %	55,2 %	14,8 %	21,7 %	24,1 %	23,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,5 %	30,2 %	26,3 %	31,3 %	31,2 %	36,5 %	29,1 %	29,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,6 %	74,0 %	82,5 %	79,1 %	83,5 %	77,4 %	82,3 %	79,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	45,3 %	41,7 %	47,5 %	41,8 %	47,0 %	47,8 %	44,3 %	47,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,3 %	6,3 %	12,5 %	17,9 %	15,5 %	12,2 %	11,4 %	13,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,5 %	30,2 %	33,8 %	16,4 %	13,3 %	14,8 %	11,4 %	26,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,3 %	62,5 %	55,0 %	79,1 %	50,5 %	58,3 %	58,2 %	58,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,9 %	8,3 %	7,5 %	3,0 %	6,1 %	9,6 %	3,8 %	2,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	209	50	41	33	250	68	37	43
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,2 %	34,0 %	43,9 %	54,5 %	12,8 %	17,6 %	21,6 %	25,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	42,1 %	44,0 %	31,7 %	39,4 %	46,8 %	48,5 %	45,9 %	34,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,8 %	76,0 %	82,9 %	75,8 %	84,0 %	85,3 %	86,5 %	76,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,4 %	44,0 %	48,8 %	36,4 %	52,8 %	52,9 %	48,6 %	46,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,1 %	6,0 %	19,5 %	24,2 %	21,2 %	13,2 %	8,1 %	18,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	30,1 %	44,0 %	34,1 %	12,1 %	16,4 %	16,2 %	18,9 %	23,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,9 %	72,0 %	65,9 %	81,8 %	62,8 %	66,2 %	70,3 %	69,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,3 %	6,0 %	4,9 %	3,0 %	3,6 %	2,9 %	0,0 %	2,3 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	81	19	17	16	90	37	24	24
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,0 %	36,8 %	47,1 %	56,3 %	15,6 %	13,5 %	29,2 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	54,3 %	42,1 %	23,5 %	43,8 %	57,8 %	56,8 %	54,2 %	41,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,0 %	89,5 %	88,2 %	75,0 %	87,8 %	86,5 %	87,5 %	79,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,1 %	42,1 %	52,9 %	31,3 %	56,7 %	62,2 %	54,2 %	58,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,3 %	0,0 %	23,5 %	25,0 %	16,7 %	10,8 %	8,3 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,2 %	52,6 %	35,3 %	6,3 %	17,8 %	18,9 %	20,8 %	29,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,4 %	68,4 %	64,7 %	87,5 %	68,9 %	67,6 %	87,5 %	70,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,2 %	5,3 %	5,9 %	6,3 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	471	251	209	234	584	330	311	279
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,9 %	33,5 %	35,9 %	35,5 %	16,6 %	21,5 %	28,6 %	27,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,2 %	3,6 %	4,8 %	5,1 %	9,4 %	9,1 %	8,7 %	8,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	30,1 %	28,3 %	30,1 %	27,4 %	33,7 %	32,4 %	28,0 %	32,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,6 %	9,2 %	11,0 %	6,4 %	9,9 %	8,5 %	12,5 %	9,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,9 %	2,0 %	1,9 %	2,1 %	2,1 %	0,6 %	2,9 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	2,8 %	6,2 %	3,8 %	2,2 %	3,3 %	3,2 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,7 %	37,8 %	41,6 %	40,2 %	26,5 %	30,9 %	36,7 %	35,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,8 %	43,0 %	35,4 %	39,7 %	43,2 %	40,3 %	41,2 %	39,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	353	186	159	173	402	229	246	216
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,4 %	33,3 %	33,3 %	34,7 %	20,1 %	27,5 %	32,5 %	31,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,9 %	3,8 %	6,3 %	6,4 %	11,7 %	9,6 %	10,2 %	8,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	30,3 %	30,6 %	32,7 %	25,4 %	35,8 %	31,4 %	28,9 %	31,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,9 %	8,1 %	13,2 %	6,4 %	10,9 %	8,7 %	14,6 %	9,3 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	2,7 %	2,5 %	2,9 %	2,7 %	0,9 %	3,7 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	2,7 %	5,0 %	4,0 %	2,5 %	2,6 %	3,3 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,1 %	38,2 %	40,9 %	40,5 %	32,6 %	37,6 %	41,9 %	40,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,3 %	39,2 %	34,6 %	41,0 %	37,1 %	36,7 %	37,8 %	36,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	230	143	113	128	227	149	174	149
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,2 %	35,0 %	33,6 %	39,1 %	23,3 %	30,2 %	37,4 %	39,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,4 %	4,9 %	6,2 %	5,5 %	11,5 %	10,1 %	8,0 %	8,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	31,7 %	30,8 %	37,2 %	27,3 %	36,6 %	33,6 %	24,7 %	28,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,6 %	8,4 %	12,4 %	4,7 %	11,5 %	7,4 %	15,5 %	10,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,5 %	2,8 %	2,7 %	3,1 %	2,6 %	1,3 %	4,0 %	6,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	0,7 %	3,5 %	2,3 %	3,5 %	2,7 %	2,9 %	4,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,5 %	41,3 %	41,6 %	43,8 %	35,2 %	40,9 %	45,4 %	48,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,3 %	37,1 %	31,9 %	38,3 %	34,4 %	32,9 %	38,5 %	32,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		

	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	412	224	185	202	516	287	269	238
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	45,1 %	54,9 %	57,3 %	54,0 %	28,9 %	38,0 %	43,5 %	42,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,1 %	9,8 %	8,6 %	10,9 %	17,4 %	19,5 %	17,5 %	20,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,2 %	49,1 %	55,1 %	57,4 %	61,6 %	55,4 %	57,2 %	61,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,5 %	23,7 %	28,1 %	21,3 %	28,3 %	26,8 %	32,0 %	24,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,1 %	5,4 %	5,9 %	5,4 %	6,6 %	4,2 %	5,6 %	7,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,8 %	10,7 %	9,2 %	8,9 %	7,6 %	8,7 %	8,6 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,0 %	63,8 %	65,4 %	62,9 %	47,9 %	56,1 %	58,4 %	60,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,2 %	17,0 %	14,1 %	12,9 %	17,1 %	15,3 %	13,4 %	11,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	314	169	150	150	358	199	209	181
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	47,8 %	58,6 %	57,3 %	56,0 %	34,1 %	46,7 %	49,8 %	50,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,2 %	10,7 %	9,3 %	13,3 %	21,8 %	22,1 %	20,1 %	22,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,9 %	53,3 %	57,3 %	58,7 %	64,0 %	54,3 %	60,3 %	59,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,4 %	23,7 %	27,3 %	19,3 %	31,0 %	27,6 %	35,4 %	26,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,4 %	6,5 %	6,7 %	6,7 %	7,8 %	5,5 %	7,2 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,3 %	9,5 %	8,7 %	10,0 %	8,4 %	6,5 %	9,1 %	9,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,1 %	68,0 %	66,7 %	66,7 %	58,4 %	67,8 %	67,0 %	68,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,2 %	14,2 %	13,3 %	10,7 %	11,5 %	11,1 %	8,6 %	9,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	206	131	107	116	199	129	144	120
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	49,5 %	60,3 %	60,7 %	62,1 %	40,7 %	51,9 %	57,6 %	64,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,5 %	11,5 %	9,3 %	12,1 %	23,6 %	23,3 %	19,4 %	21,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,5 %	54,2 %	56,1 %	59,5 %	64,3 %	57,4 %	57,6 %	61,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,8 %	22,1 %	26,2 %	18,1 %	32,7 %	26,4 %	38,2 %	25,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,3 %	6,1 %	8,4 %	7,8 %	6,0 %	4,7 %	8,3 %	10,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,1 %	6,9 %	6,5 %	9,5 %	12,1 %	7,8 %	8,3 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,6 %	71,0 %	70,1 %	70,7 %	64,3 %	74,4 %	75,7 %	80,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,0 %	13,7 %	12,1 %	9,5 %	8,0 %	10,1 %	6,9 %	2,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

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

Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	326	175	143	144	404	216	192	169
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	58,6 %	62,9 %	65,7 %	62,5 %	36,1 %	40,7 %	50,0 %	53,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,9 %	17,1 %	15,4 %	26,4 %	27,0 %	29,2 %	26,6 %	29,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,0 %	74,3 %	73,4 %	73,6 %	79,2 %	75,0 %	78,1 %	84,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,5 %	40,0 %	45,5 %	50,7 %	49,8 %	48,1 %	54,7 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,4 %	8,6 %	9,1 %	5,6 %	9,4 %	5,6 %	9,4 %	11,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,6 %	18,9 %	19,6 %	24,3 %	14,6 %	17,1 %	14,6 %	16,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,8 %	77,1 %	77,6 %	76,4 %	62,4 %	67,1 %	71,9 %	73,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	4,0 %	5,6 %	5,6 %	7,2 %	9,7 %	4,2 %	4,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	248	135	117	115	287	150	150	128
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	62,5 %	65,2 %	65,8 %	67,0 %	40,4 %	51,3 %	56,7 %	60,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,4 %	20,0 %	17,1 %	27,8 %	32,1 %	33,3 %	29,3 %	32,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,2 %	76,3 %	74,4 %	73,9 %	80,5 %	76,0 %	80,0 %	85,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,4 %	38,5 %	45,3 %	48,7 %	53,0 %	50,7 %	58,7 %	46,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,7 %	9,6 %	10,3 %	5,2 %	10,8 %	6,7 %	11,3 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,6 %	17,8 %	18,8 %	22,6 %	16,0 %	17,3 %	16,0 %	18,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,9 %	82,2 %	79,5 %	81,7 %	72,1 %	81,3 %	80,7 %	82,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	3,0 %	5,1 %	6,1 %	3,8 %	7,3 %	2,7 %	1,6 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	163	103	87	91	153	103	102	85
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	67,5 %	67,0 %	72,4 %	73,6 %	49,0 %	55,3 %	64,7 %	72,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,8 %	20,4 %	17,2 %	28,6 %	33,3 %	35,0 %	25,5 %	29,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,3 %	72,8 %	73,6 %	72,5 %	81,0 %	78,6 %	77,5 %	88,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,9 %	38,8 %	44,8 %	47,3 %	52,3 %	52,4 %	61,8 %	44,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,4 %	9,7 %	11,5 %	4,4 %	9,2 %	5,8 %	11,8 %	15,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,2 %	18,4 %	19,5 %	23,1 %	18,3 %	19,4 %	16,7 %	17,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,9 %	84,5 %	86,2 %	86,8 %	79,7 %	84,5 %	85,3 %	92,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,2 %	3,9 %	3,4 %	5,5 %	2,6 %	6,8 %	2,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

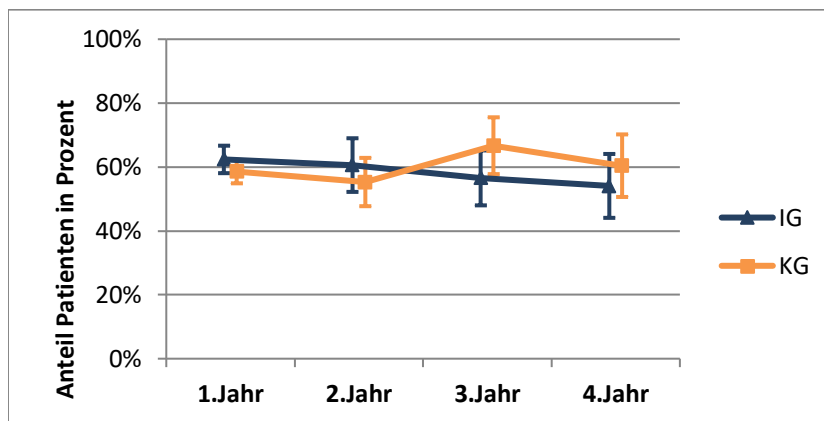
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

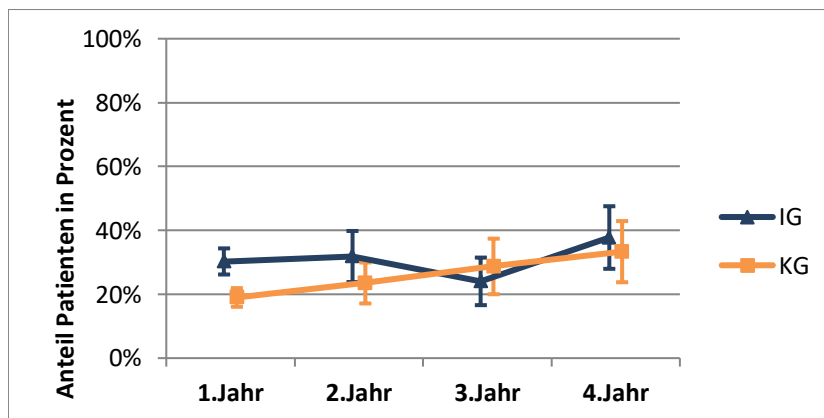
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



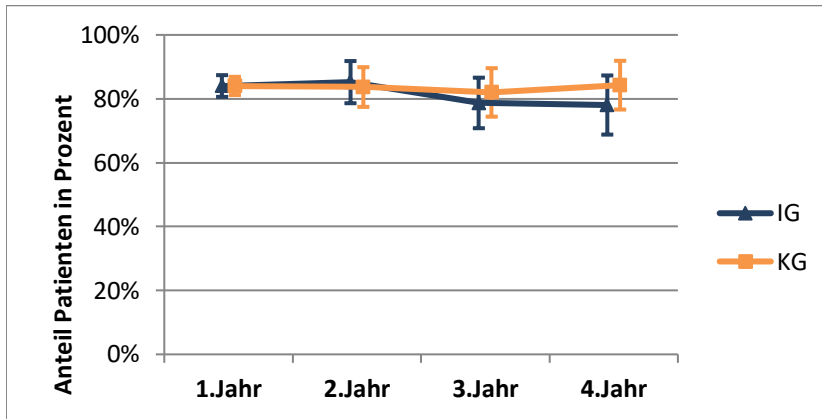
- Alle (psychiatrischer Sektor)



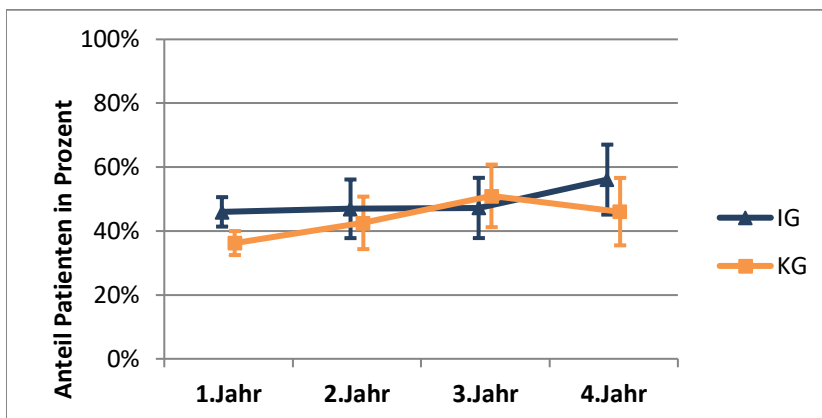
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



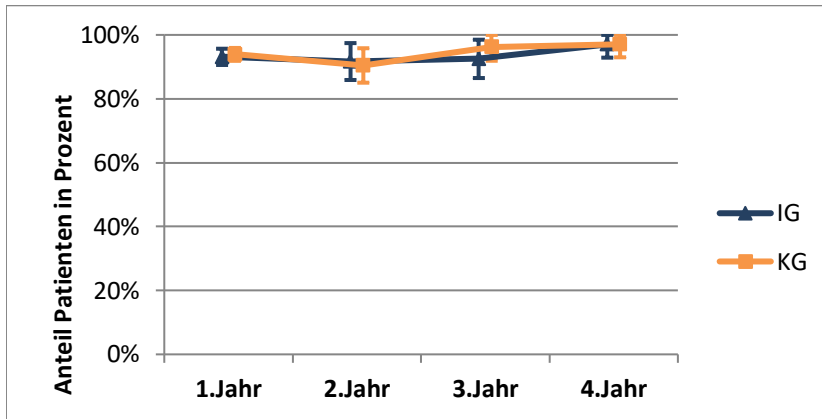
- Alle (psychiatrischer Sektor)



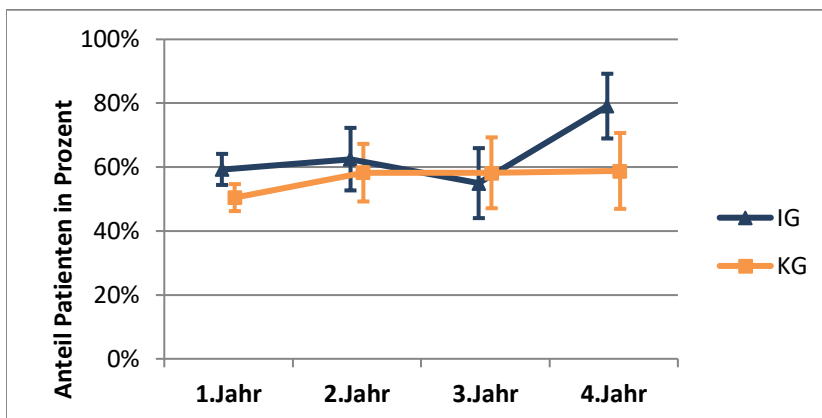
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

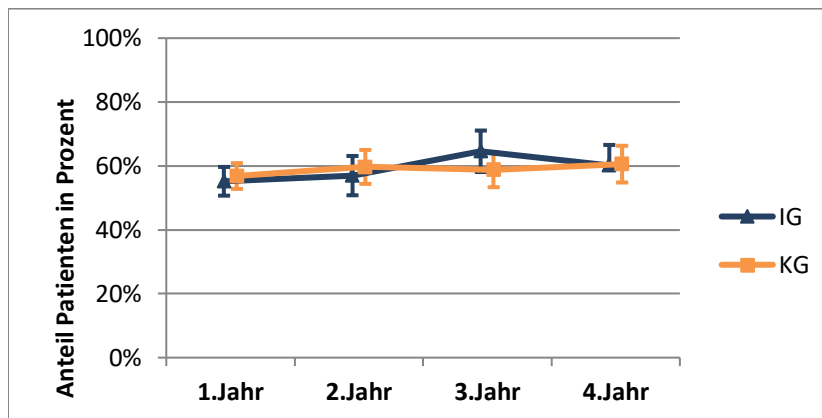
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

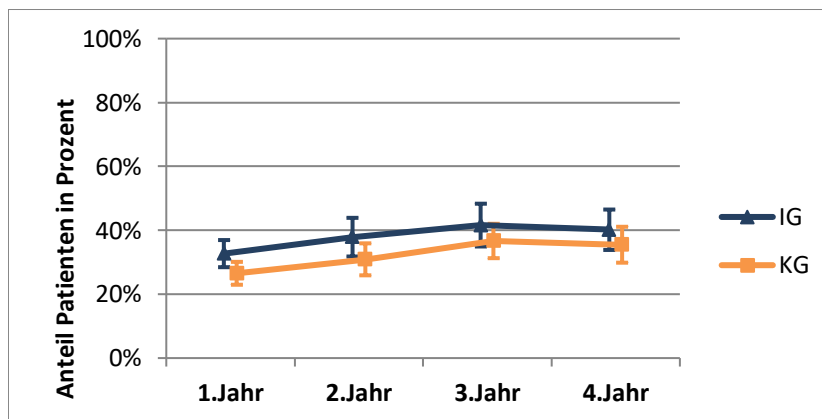
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



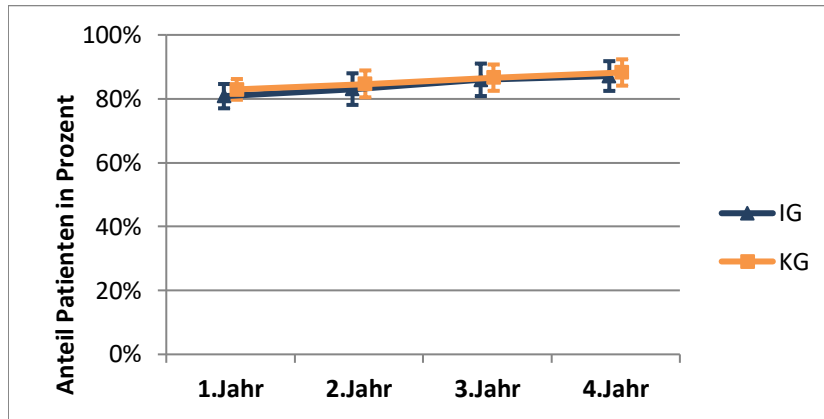
- Alle (psychiatrischer Sektor)



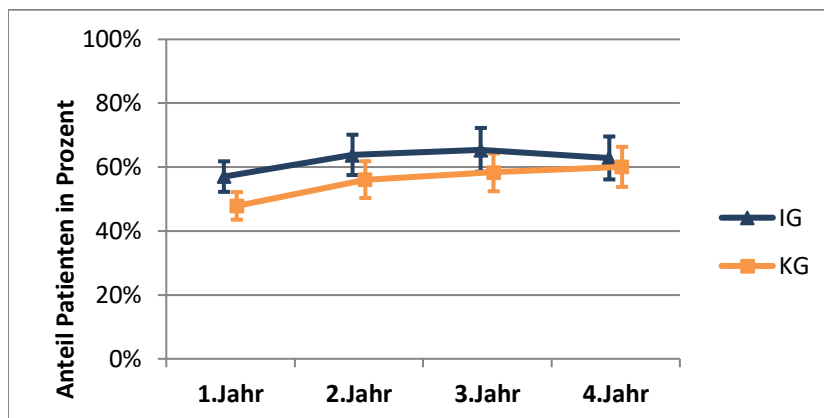
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



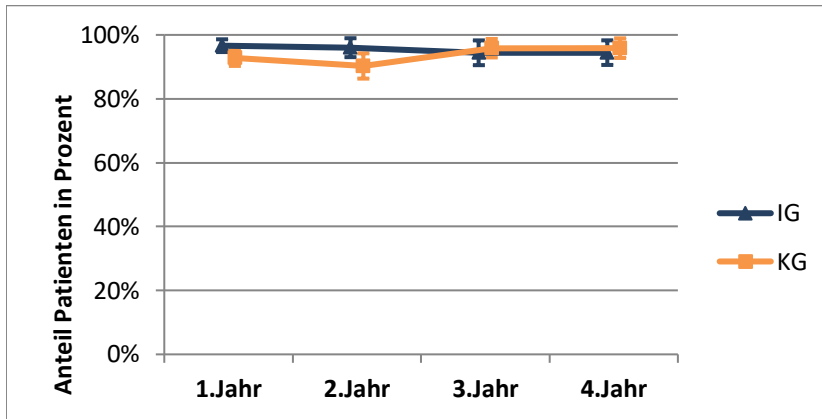
- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

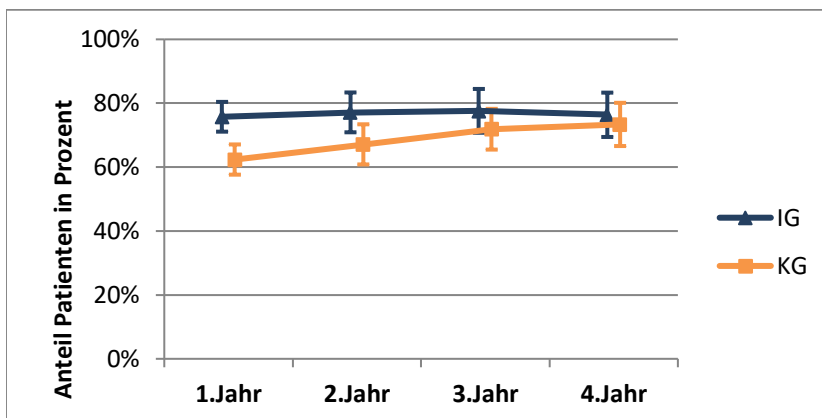


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,56** 1,17...2,10	1,28 0,98...1,69	1,28 0,96...1,72
Gruppe Jahr 2	2,08* 1,13...3,81	1,36 0,77...2,41	1,55 0,79...3,02
Gruppe Jahr 3	0,61 0,30...1,21	0,87 0,43...1,77	0,97 0,44...2,15
Gruppe Jahr 4	1,19 0,59...2,41	1,76 0,84...3,68	2,56* 1,05...6,24

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,20 0,90...1,60	1,24 0,93...1,67	1,68** 1,16...2,43
Gruppe Jahr 2	1,25 0,86...1,81	1,09 0,73...1,63	1,51 0,89...2,55
Gruppe Jahr 3	1,16 0,79...1,70	1,10 0,71...1,73	1,14 0,61...2,12
Gruppe Jahr 4	1,21 0,82...1,78	0,92 0,59...1,42	0,67 0,35...1,28

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.659	2.577
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	21,0 %	5,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,0 %	11,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,9 %	41,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,5 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,7 %	20,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,2 %	41,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	820	1.243
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	21,6 %	6,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,2 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,7 %	40,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,5 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,5 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,0 %	27,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,9 %	38,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	374	506
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	23,0 %	7,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,8 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,9 %	38,7 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,9 %	14,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,7 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,3 %	34,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,4 %	33,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.540	2.397
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	32,4 %	11,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,8 %	21,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	61,9 %	65,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,2 %	27,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	10,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,1 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,7 %	38,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,9 %	17,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	753	1.144
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	34,8 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,6 %	32,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,6 %	66,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,4 %	30,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,1 %	13,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,2 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,6 %	50,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,6 %	12,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	340	453

Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	35,9 %	11,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,7 %	41,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,3 %	67,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,9 %	33,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,1 %	11,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,1 %	8,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,0 %	56,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,7 %	9,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.368	2.146
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	37,1 %	15,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,9 %	30,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,1 %	81,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,3 %	49,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,5 %	16,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,0 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,6 %	50,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,1 %	7,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	655	996
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	39,7 %	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	47,3 %	44,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,4 %	82,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,7 %	53,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,8 %	19,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	29,6 %	16,0 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,0 %	63,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,1 %	4,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	291	373
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	41,9 %	15,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	58,8 %	55,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,8 %	85,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,1 %	54,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,2 %	16,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,4 %	17,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,1 %	70,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,4 %	2,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

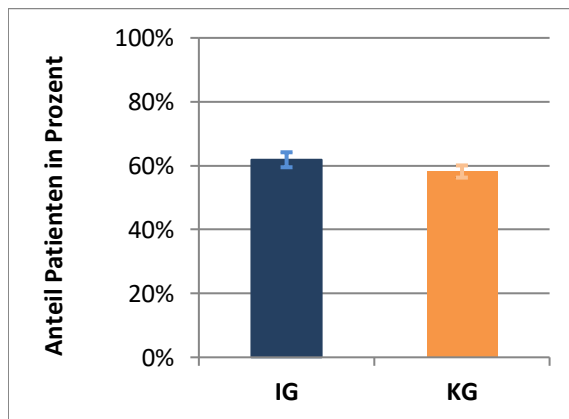
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

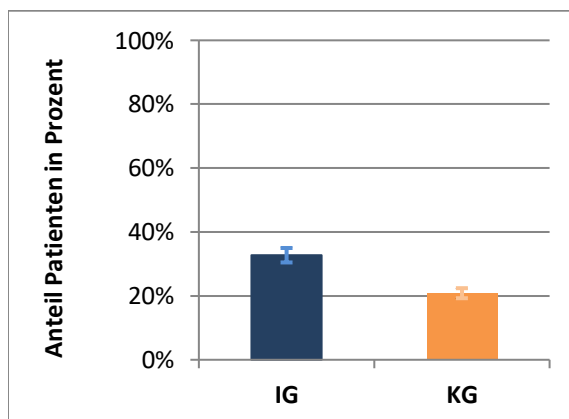
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

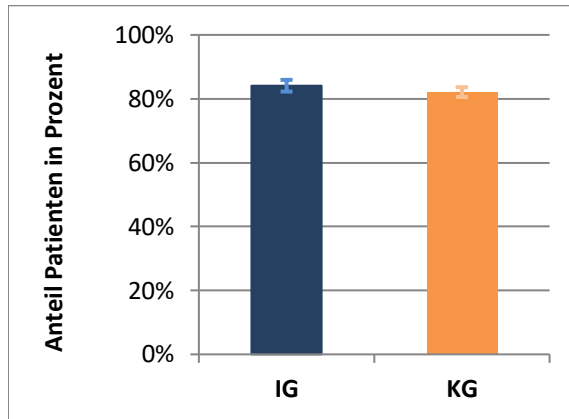
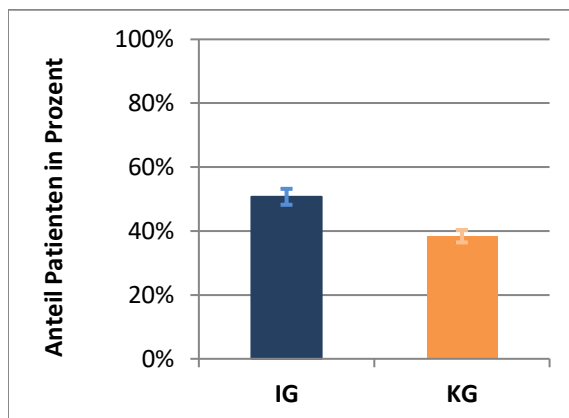
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

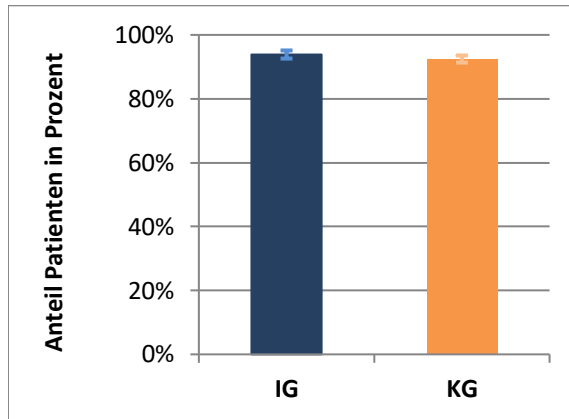
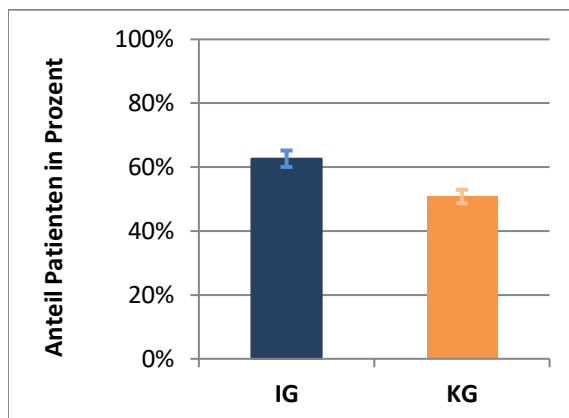
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.279	370	1.963	430
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,8 %	25,1 %	5,4 %	9,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,7 %	8,1 %	12,1 %	10,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,4 %	29,5 %	41,6 %	34,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,8 %	13,2 %	10,2 %	7,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	1,6 %	4,4 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	5,1 %	3,0 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,2 %	33,5 %	20,6 %	24,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,3 %	40,0 %	41,6 %	47,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	636	167	932	242
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,4 %	26,3 %	4,9 %	9,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	14,4 %	18,5 %	15,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,8 %	34,7 %	40,5 %	37,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,0 %	13,8 %	12,2 %	10,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,0 %	2,4 %	5,4 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	6,6 %	4,3 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,5 %	41,3 %	27,5 %	29,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,8 %	32,3 %	38,1 %	40,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	268	60	369	130
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,5 %	35,0 %	5,7 %	11,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,5 %	16,7 %	23,6 %	19,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,3 %	51,7 %	40,7 %	40,0 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,2 %	6,7 %	14,4 %	13,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,4 %	0,0 %	5,4 %	6,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	8,3 %	4,9 %	6,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,0 %	48,3 %	33,6 %	33,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,0 %	25,0 %	32,2 %	35,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.185	327	1.823	365
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	30,1 %	35,2 %	11,5 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,3 %	15,3 %	21,8 %	25,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	60,8 %	56,9 %	65,4 %	55,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,5 %	27,5 %	27,5 %	26,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,3 %	5,2 %	10,4 %	13,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,7 %	18,0 %	7,5 %	8,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,7 %	50,2 %	38,2 %	46,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,5 %	17,4 %	17,7 %	21,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	582	155	857	208
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	31,8 %	34,8 %	11,8 %	18,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,6 %	23,9 %	32,9 %	31,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	62,5 %	60,6 %	67,9 %	61,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,3 %	27,1 %	31,5 %	30,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,3 %	5,8 %	13,8 %	14,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	22,6 %	9,1 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,1 %	59,4 %	51,0 %	54,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,7 %	12,9 %	11,7 %	13,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	247	55	330	109
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,4 %	45,5 %	10,9 %	18,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	36,0 %	23,6 %	41,8 %	35,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,4 %	74,5 %	70,0 %	66,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,3 %	27,3 %	34,2 %	32,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,9 %	1,8 %	13,3 %	11,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,1 %	23,6 %	9,1 %	11,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,5 %	65,5 %	57,6 %	56,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,7 %	9,1 %	7,6 %	13,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.052	270	1.628	298
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,1 %	41,9 %	15,8 %	20,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,9 %	31,5 %	30,8 %	36,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,2 %	76,3 %	81,1 %	76,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,9 %	47,8 %	48,2 %	46,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,3 %	10,0 %	15,0 %	18,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,9 %	28,9 %	13,5 %	18,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,4 %	65,6 %	50,3 %	59,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,6 %	7,0 %	7,6 %	9,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	506	127	742	169
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,2 %	44,1 %	16,0 %	21,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	45,1 %	44,9 %	45,0 %	47,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	81,2 %	76,4 %	83,7 %	83,4 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	72,9 %	78,0 %	63,9 %	71,0 %
	4,0 %	3,9 %	3,6 %	3,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	212	50	270	82
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 1 Kontakt (A-F) <ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	38,7 %	50,0 %	16,7 %	18,3 %
	55,7 %	48,0 %	56,3 %	61,0 %
	83,0 %	84,0 %	86,3 %	86,6 %
	58,5 %	48,0 %	53,0 %	52,4 %
	17,9 %	10,0 %	17,8 %	15,9 %
	25,5 %	38,0 %	17,0 %	17,1 %
	78,3 %	82,0 %	71,9 %	78,0 %
	3,3 %	4,0 %	2,6 %	2,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

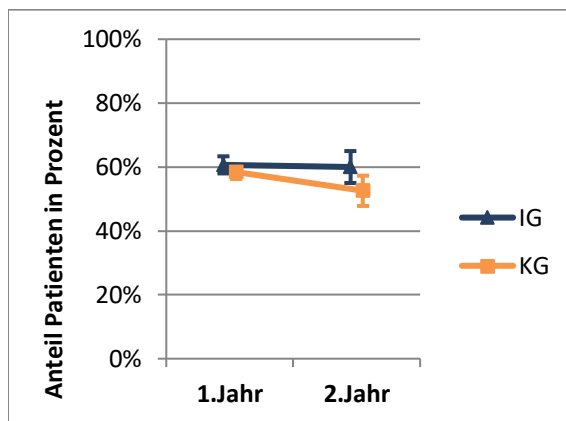
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

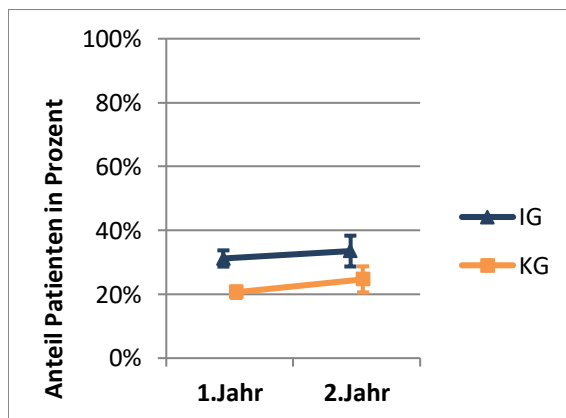
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



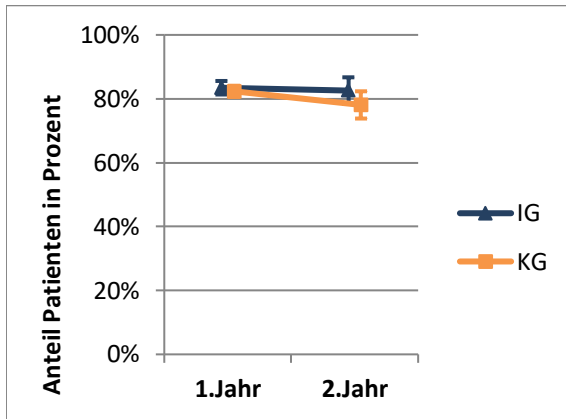
- Alle (psychiatrischer Sektor)



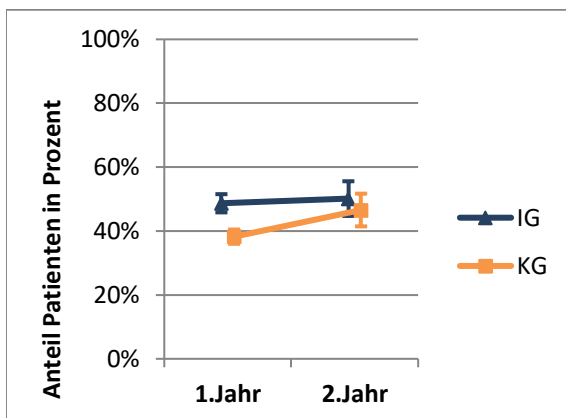
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



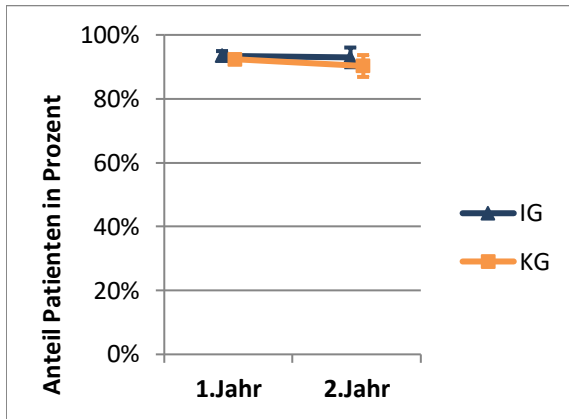
- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

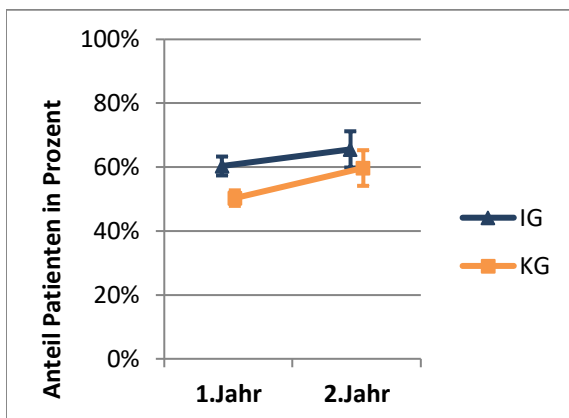


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,61*** 1,35...1,93	1,50*** 1,26...1,77	1,51*** 1,26...1,81
Gruppe Jahr 2	1,90*** 1,32...2,71	1,39 0,97...1,98	1,76* 1,15...2,71

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

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

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

Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	943	286	231	1.386	315	228
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,3 %	21,7 %	18,2 %	4,9 %	9,8 %	14,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,5 %	6,6 %	5,2 %	12,1 %	10,8 %	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,6 %	30,8 %	28,1 %	41,3 %	35,2 %	39,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,6 %	11,9 %	12,1 %	10,8 %	8,3 %	7,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,3 %	1,0 %	3,0 %	4,4 %	5,1 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	3,8 %	6,5 %	3,3 %	3,8 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	29,0 %	25,1 %	20,0 %	24,1 %	28,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,9 %	44,4 %	46,8 %	41,7 %	47,0 %	37,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	476	129	109	682	192	133
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						

• PIA (A)	17,6 %	24,0 %	19,3 %	4,1 %	9,4 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,6 %	12,4 %	6,4 %	18,6 %	15,1 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,6 %	37,2 %	26,6 %	39,4 %	39,1 %	37,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,8 %	11,6 %	8,3 %	13,0 %	10,9 %	10,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	1,6 %	4,6 %	5,0 %	5,7 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	5,4 %	5,5 %	4,5 %	5,2 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,9 %	37,2 %	29,4 %	26,2 %	28,1 %	33,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,2 %	38,0 %	50,5 %	38,9 %	40,6 %	36,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	198	43	43	277	110	80
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	19,2 %	37,2 %	23,3 %	5,4 %	11,8 %	16,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,8 %	14,0 %	9,3 %	24,5 %	19,1 %	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,4 %	51,2 %	39,5 %	39,4 %	40,0 %	43,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,1 %	9,3 %	11,6 %	14,1 %	13,6 %	11,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,0 %	0,0 %	9,3 %	5,1 %	5,5 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	11,6 %	9,3 %	5,1 %	6,4 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,4 %	48,8 %	41,9 %	33,9 %	33,6 %	35,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,3 %	27,9 %	25,6 %	33,2 %	35,5 %	35,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

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

Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	876	249	193	1.286	268	207
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	29,0 %	30,9 %	32,1 %	11,0 %	17,9 %	19,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,7 %	13,3 %	16,6 %	21,9 %	26,9 %	24,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	61,5 %	58,2 %	52,8 %	65,9 %	57,1 %	58,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,8 %	23,3 %	24,4 %	27,7 %	25,4 %	23,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	3,6 %	7,3 %	10,5 %	9,3 %	8,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,6 %	15,7 %	12,4 %	7,6 %	8,6 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,5 %	44,6 %	46,6 %	37,9 %	47,0 %	47,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,9 %	18,9 %	22,3 %	17,9 %	19,0 %	19,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	441	119	95	621	163	118
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	29,5 %	31,9 %	38,9 %	10,6 %	18,4 %	16,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,8 %	21,0 %	23,2 %	33,2 %	33,1 %	33,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,1 %	61,3 %	52,6 %	67,0 %	63,2 %	61,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,9 %	22,7 %	23,2 %	31,4 %	27,0 %	32,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,1 %	5,0 %	10,5 %	13,7 %	11,0 %	8,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,0 %	21,0 %	12,6 %	9,5 %	8,6 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,6 %	54,6 %	58,9 %	49,9 %	54,0 %	53,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,9 %	14,3 %	20,0 %	12,6 %	12,3 %	16,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	185	40	39	243	93	69
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	28,6 %	45,0 %	41,0 %	11,1 %	20,4 %	20,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,3 %	20,0 %	28,2 %	42,8 %	36,6 %	40,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,6 %	75,0 %	53,8 %	67,5 %	65,6 %	71,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,7 %	30,0 %	25,6 %	32,9 %	31,2 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,3 %	2,5 %	20,5 %	12,8 %	9,7 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,5 %	32,5 %	15,4 %	9,1 %	8,6 %	10,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,1 %	62,5 %	71,8 %	58,4 %	58,1 %	62,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,4 %	10,0 %	10,3 %	8,6 %	12,9 %	14,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	779	204	143	1.139	218	168

Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,2 %	38,7 %	35,7 %	15,4 %	21,1 %	25,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,0 %	29,9 %	30,8 %	31,7 %	39,9 %	33,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,5 %	76,5 %	79,0 %	81,8 %	75,2 %	78,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	46,7 %	44,1 %	44,1 %	48,2 %	45,9 %	44,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,0 %	8,3 %	14,0 %	15,2 %	13,3 %	13,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,6 %	27,0 %	28,0 %	13,4 %	17,4 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,9 %	60,8 %	59,4 %	50,6 %	60,6 %	60,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,4 %	7,8 %	6,3 %	7,6 %	10,6 %	5,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	383	98	69	529	132	90
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,4 %	43,9 %	37,7 %	15,1 %	20,5 %	21,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,3 %	40,8 %	40,6 %	46,5 %	52,3 %	48,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,5 %	77,6 %	82,6 %	83,7 %	84,8 %	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,0 %	46,9 %	47,8 %	53,5 %	48,5 %	48,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,5 %	9,2 %	20,3 %	19,7 %	15,9 %	14,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,5 %	34,7 %	27,5 %	16,3 %	17,4 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,5 %	72,4 %	68,1 %	63,5 %	71,2 %	68,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,4 %	4,1 %	5,8 %	4,2 %	3,0 %	2,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	158	37	32	193	70	48
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						

• PIA (A)	32,9 %	51,4 %	40,6 %	18,1 %	20,0 %	29,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,0 %	45,9 %	50,0 %	57,5 %	64,3 %	60,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,9 %	86,5 %	84,4 %	85,0 %	87,1 %	87,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,6 %	48,6 %	50,0 %	52,3 %	50,0 %	52,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,4 %	8,1 %	25,0 %	16,6 %	12,9 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,3 %	43,2 %	28,1 %	15,5 %	15,7 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,2 %	78,4 %	75,0 %	72,5 %	80,0 %	83,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	2,7 %	3,1 %	3,6 %	1,4 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	541	273	241	717	379	364
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,8 %	33,3 %	36,1 %	15,8 %	21,1 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,2 %	4,8 %	4,1 %	10,3 %	9,0 %	8,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,7 %	29,3 %	28,2 %	34,2 %	32,2 %	26,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,2 %	9,2 %	10,4 %	10,0 %	9,5 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	1,8 %	1,7 %	2,0 %	0,8 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	2,9 %	5,8 %	2,2 %	3,4 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,5 %	38,1 %	41,1 %	26,8 %	30,1 %	34,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	45,8 %	42,5 %	38,2 %	42,4 %	40,1 %	44,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	405	202	186	504	266	282
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	23,0 %	34,2 %	34,9 %	18,8 %	26,3 %	29,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,4 %	5,4 %	5,4 %	12,9 %	9,8 %	10,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	29,1 %	31,2 %	30,6 %	36,1 %	30,5 %	27,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,6 %	8,4 %	12,4 %	10,9 %	9,8 %	14,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	2,5 %	2,5 %	2,2 %	2,6 %	1,1 %	3,9 %
	6,2 %	3,0 %	4,8 %	2,6 %	3,0 %	2,8 %
	33,1 %	39,6 %	41,4 %	32,7 %	36,1 %	39,4 %
	44,0 %	38,6 %	36,6 %	36,3 %	37,2 %	40,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	265	153	133	281	166	187
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	23,8 %	36,6 %	36,1 %	20,6 %	28,9 %	35,3 %
	9,1 %	7,2 %	5,3 %	12,8 %	9,6 %	9,1 %
	30,2 %	30,7 %	34,6 %	37,0 %	33,1 %	24,6 %
	9,4 %	9,2 %	11,3 %	12,1 %	10,2 %	16,6 %
	3,4 %	2,6 %	2,3 %	2,1 %	1,8 %	3,7 %
	4,5 %	0,7 %	3,8 %	2,8 %	3,6 %	2,7 %
	33,6 %	43,8 %	42,9 %	33,8 %	39,2 %	44,4 %
	42,3 %	35,9 %	33,8 %	34,2 %	32,5 %	39,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		

	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	478	244	213	637	331	313
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	42,7 %	54,1 %	54,5 %	27,2 %	37,8 %	39,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,6 %	10,7 %	8,9 %	18,4 %	18,7 %	17,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,3 %	50,4 %	53,5 %	60,4 %	54,1 %	55,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,2 %	23,8 %	26,8 %	28,4 %	27,8 %	31,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,2 %	5,3 %	6,1 %	5,8 %	3,9 %	5,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,4 %	10,2 %	9,4 %	8,3 %	8,5 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,0 %	62,7 %	62,0 %	46,6 %	54,7 %	55,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,9 %	16,4 %	16,0 %	17,0 %	16,6 %	16,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	363	183	173	450	231	237
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	44,6 %	58,5 %	54,9 %	32,0 %	45,9 %	46,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,4 %	12,0 %	9,2 %	22,9 %	21,6 %	20,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,4 %	53,6 %	55,5 %	62,2 %	52,4 %	59,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,8 %	23,5 %	25,4 %	31,1 %	28,1 %	35,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,6 %	6,6 %	6,9 %	6,9 %	5,2 %	7,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,5 %	9,3 %	9,2 %	9,6 %	6,9 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,0 %	67,8 %	63,0 %	56,7 %	65,8 %	64,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,2 %	14,2 %	15,0 %	11,6 %	13,4 %	9,7 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	238	140	124	249	145	157
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	45,8 %	61,4 %	58,9 %	36,5 %	52,4 %	54,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,1 %	13,6 %	9,7 %	25,3 %	22,8 %	21,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,5 %	54,3 %	54,8 %	63,9 %	57,2 %	56,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,1 %	22,1 %	24,2 %	34,1 %	30,3 %	39,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,7 %	6,4 %	8,9 %	5,2 %	4,8 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,6 %	6,4 %	8,1 %	12,9 %	9,0 %	8,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,1 %	72,1 %	66,9 %	61,4 %	74,5 %	74,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,8 %	12,9 %	12,9 %	8,0 %	9,7 %	6,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

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

Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	384	192	162	493	244	221
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	54,9 %	62,0 %	63,0 %	33,5 %	41,0 %	46,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	18,2 %	16,7 %	28,6 %	28,3 %	26,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,8 %	75,0 %	73,5 %	78,9 %	75,4 %	77,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,7 %	40,1 %	43,8 %	50,3 %	47,1 %	53,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,4 %	8,3 %	9,3 %	8,3 %	5,7 %	9,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,8 %	18,8 %	18,5 %	14,8 %	17,2 %	14,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,7 %	76,6 %	74,7 %	60,4 %	66,0 %	68,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,2 %	4,7 %	5,6 %	6,7 %	9,4 %	5,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	290	148	131	352	169	169
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	58,3 %	64,2 %	63,4 %	37,5 %	51,5 %	53,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,0 %	20,9 %	18,3 %	34,4 %	32,5 %	30,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,9 %	76,4 %	74,0 %	79,8 %	76,3 %	79,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,0 %	37,8 %	42,0 %	53,1 %	49,1 %	57,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,1 %	9,5 %	10,7 %	9,7 %	7,1 %	11,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,9 %	17,6 %	17,6 %	16,5 %	17,8 %	16,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	79,7 %	81,1 %	77,1 %	70,2 %	79,9 %	79,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	4,1 %	5,3 %	3,4 %	7,1 %	3,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	189	111	97	188	113	111
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	61,9 %	67,6 %	70,1 %	42,6 %	54,9 %	61,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,7 %	22,5 %	19,6 %	36,7 %	33,6 %	27,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,3 %	73,9 %	73,2 %	81,4 %	80,5 %	77,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,7 %	37,8 %	40,2 %	54,3 %	54,0 %	61,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,6 %	9,9 %	12,4 %	8,0 %	6,2 %	11,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,8 %	18,0 %	18,6 %	19,1 %	20,4 %	16,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	83,6 %	85,6 %	84,5 %	76,1 %	83,2 %	83,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	3,6 %	4,1 %	2,7 %	6,2 %	1,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

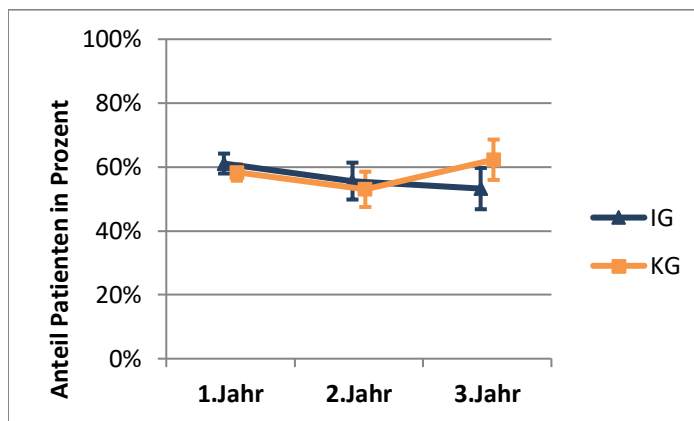
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

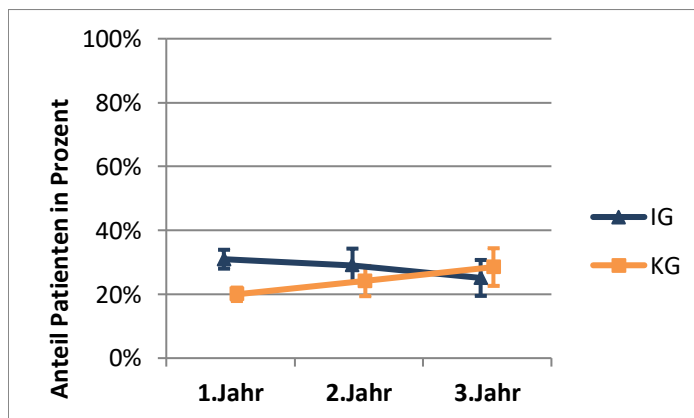
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



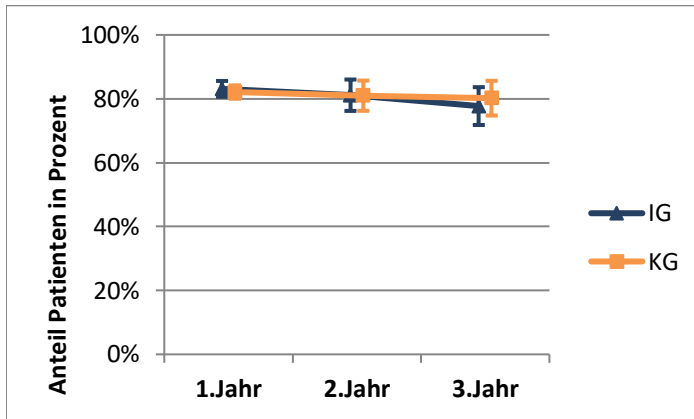
- Alle (psychiatrischer Sektor)



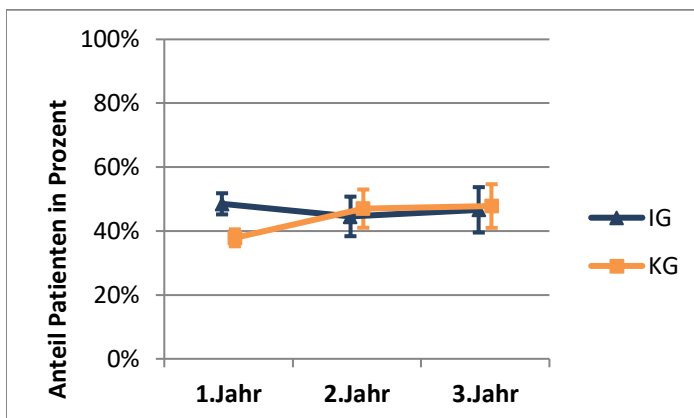
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



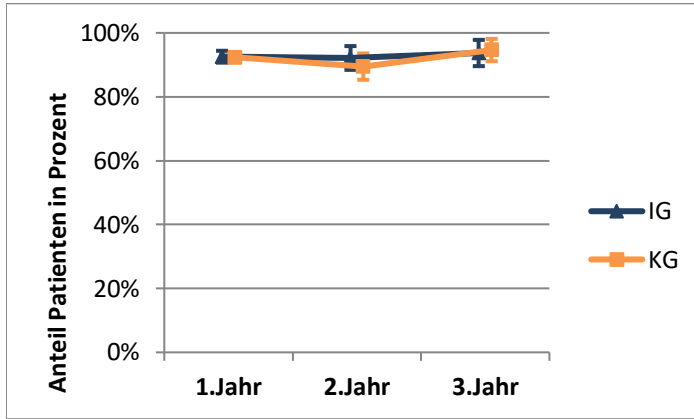
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



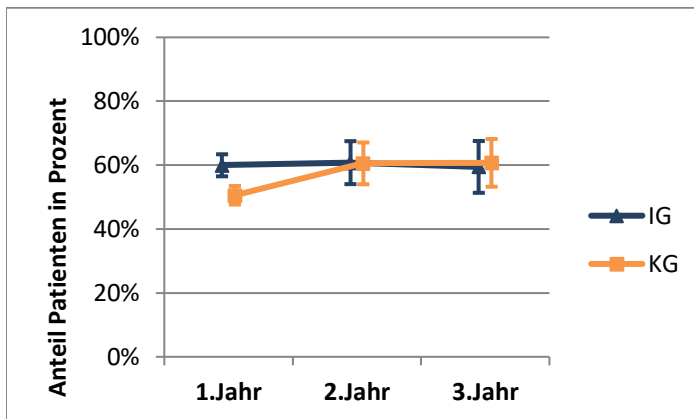
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

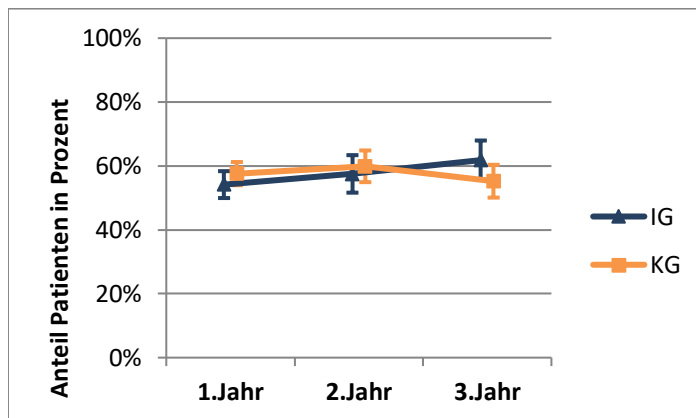
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

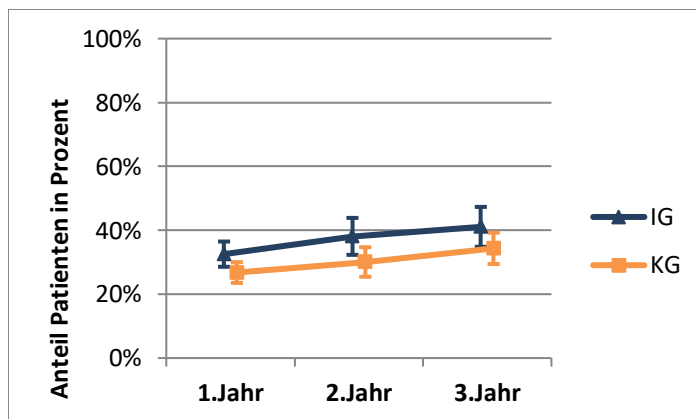
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



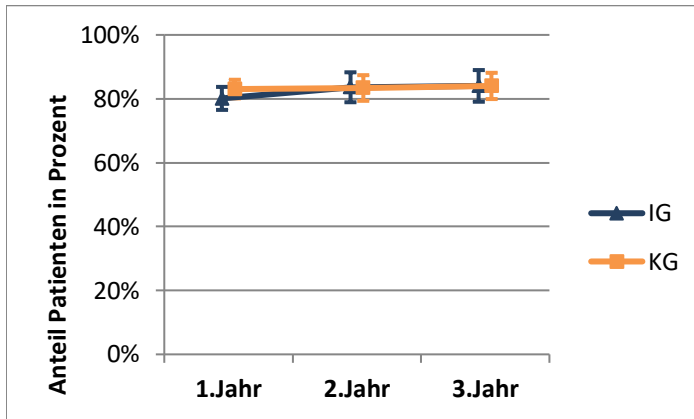
- Alle (psychiatrischer Sektor)



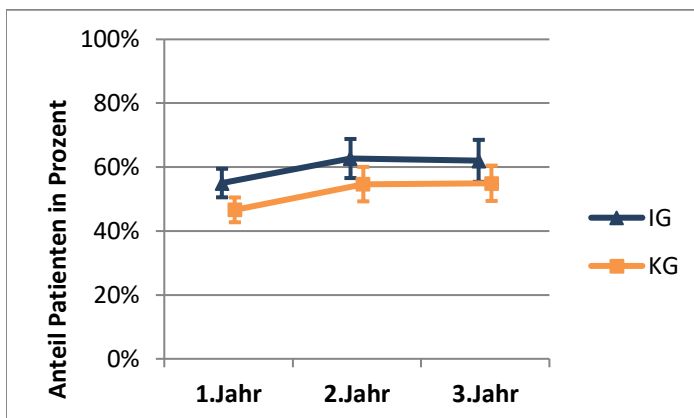
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



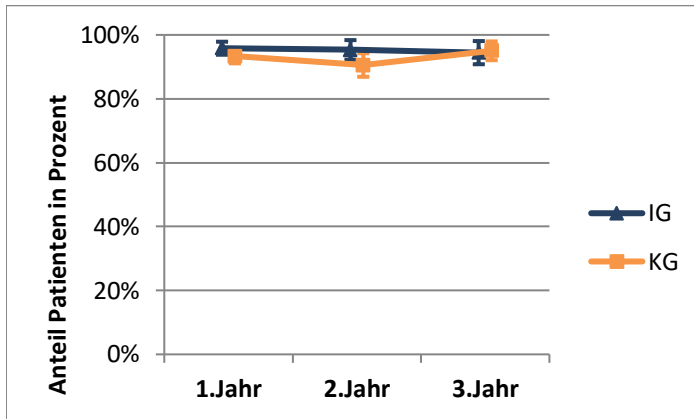
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



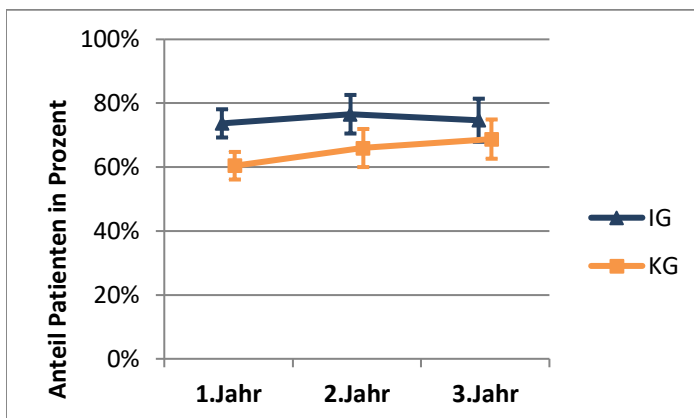
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, wies ein geringerer **Anteil an Patienten** der IG nach Modellstart **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Die durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen pro Patient war für 90 und 180 Tage Nachbeobachtung in der IG jeweils statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD 90 Tage = -0,2; DiD 180 Tage = -0,1 Abbrüche). Auch wies die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG einen statistisch signifikant geringeren Anstieg im Vergleich zur KG auf (90 Tage: DiD = -46,3 Tage; 180 Tage: DiD = -43,4 Tage).

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	2.161	2.161	2.178	2.178	2.161	2.161	2.178	2.178
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	132	455	126	666	132	455	126	666
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	50	195	41	244	50	193	41	240
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	32	71	21	107	32	71	21	107
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	49	190	56	243	49	190	56	243
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	22	81	26	97	22	81	26	95
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	17	32	14	53	17	32	14	53

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)	1.425	2.161	1.429	2.178	1.425	2.161	1.429	2.178
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA1)	23,2 %	26,8 %	21,4 %	30,5 %	12,2 %	20,2 %	14,3 %	26,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	16,1 %	21,1 %	10,0 %	25,5 %	9,7 %	13,7 %	6,7 %	18,9 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	6,7 %	5,6 %	4,2 %	16,4 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %	9,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	7,1 %	2,5 %	0,0 %	10,3 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	4,2 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	5,9 %	5,6 %	6,7 %	4,7 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	0,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	6,3 %	9,1 %	1,9 %	0,0 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	243,3	275,4	230,1	295,5	333,4	337,3	294,1	341,5
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	253,2	248,6	235,3	261,8	312,7	324,3	296,5	336,0

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	137,5	252,0	177,5	264,0	0,0	297,7	0,0	320,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	147,0	273,3	0,0	230,9	0,0	277,0	0,0	284,9
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	99,3	165,1	160,5	225,1	0,0	255,0	0,0	255,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	168,4	160,5	240,3	0,0	255,0	0,0	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A³	554	868	576	901	554	868	576	901
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	9,9	47,8	7,7	94,0	6,0	40,1	5,1	83,6
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B⁴	223	342	211	329	223	342	211	329
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2

• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	7,0	36,2	6,4	65,6	4,2	28,5	2,8	53,9
---	-----	------	-----	------	-----	------	-----	------

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

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

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

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

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

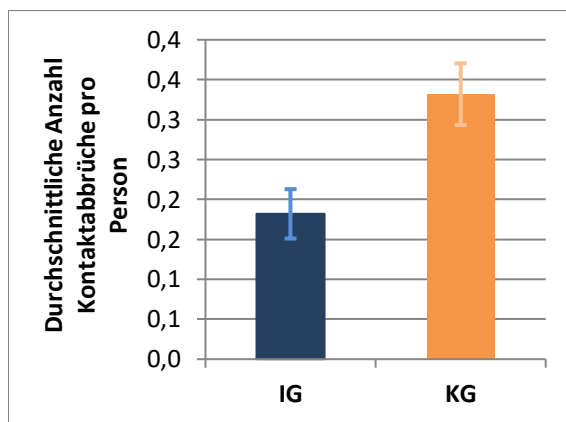
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

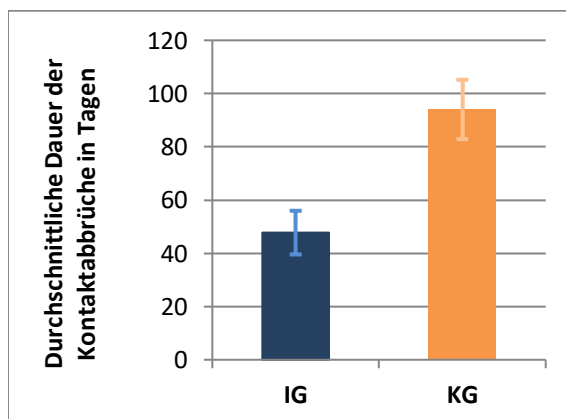
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

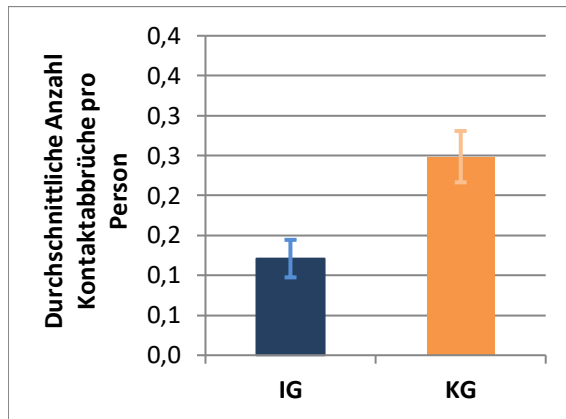
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

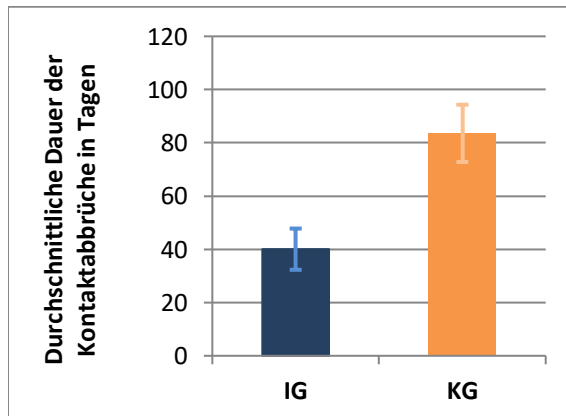


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,15*** -0,20...-0,10	-46,33*** -60,21...-32,45	-0,13*** -0,17...-0,09	-43,36*** -56,66...-30,06

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	779	779	779	779	779	783	783	783	783	783
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	756	762	705	675	648	765	774	716	688	679
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	0,9%	1,7%	1,4%	1,0%	0,5%	1,1%	1,8%	0,6%	0,5%	0,4%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,5%	0,3%	0,1%	0,1%	0,5%	0,0%	0,3%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	972	972	972	972	972	970	970	970	970	970
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	944	933	868	829	790	957	955	911	865	821
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	1,0%	1,4%	0,5%	1,3%	1,3%	0,4%	0,9%	0,7%	0,7%	0,5%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,3%	0,6%	0,0%	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

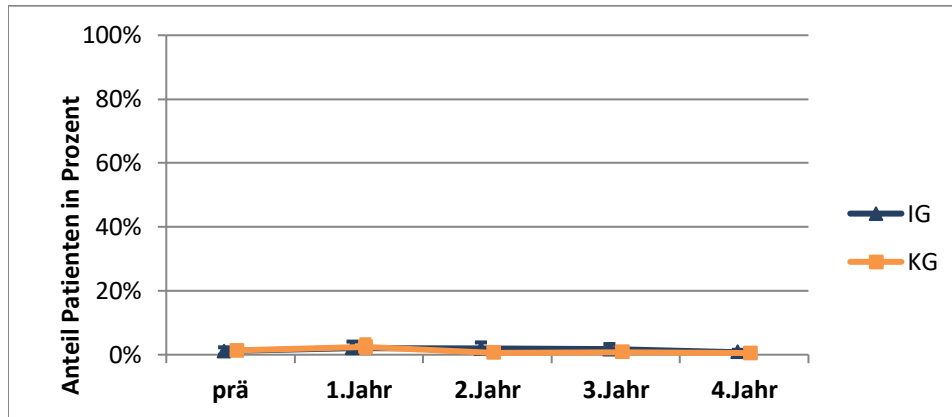
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

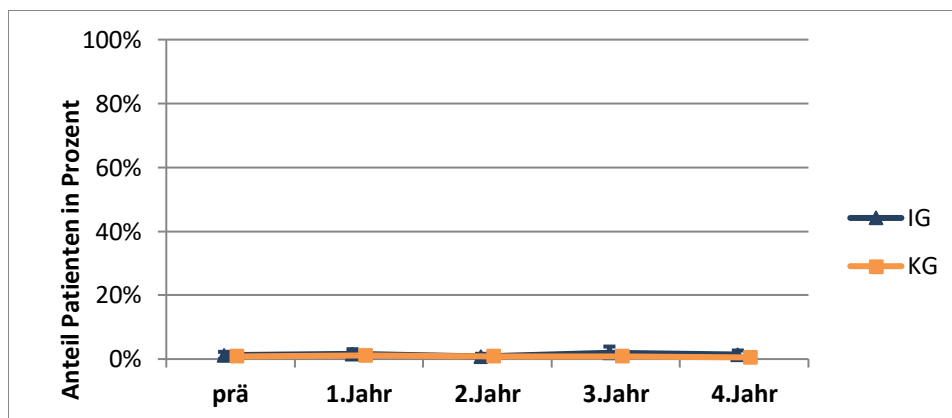


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	3.124	3.124	3.124	3.124
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	3.040	3.060	3.055	3.076
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	1,0%	2,0%	0,7%	2,0%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,1%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%

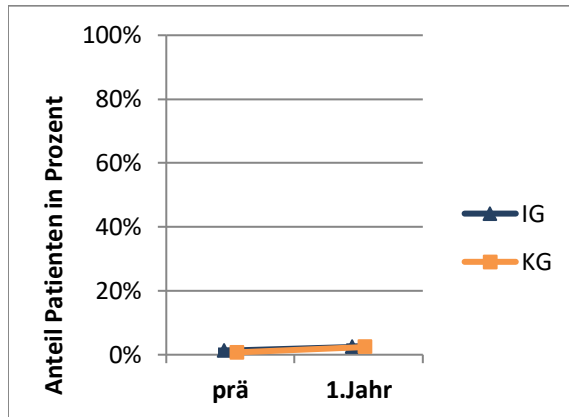
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.374	2.374	2.374	2.377	2.377	2.377
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.311	2.324	2.173	2.325	2.339	2.182
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	0,9%	1,8%	1,5%	0,8%	1,8%	0,8%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

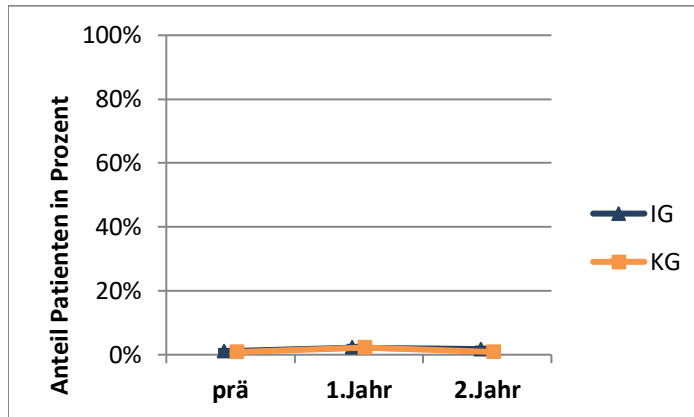


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.644	1.644	1.644	1.644	1.641	1.641	1.641	1.641
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.594	1.604	1.505	1.443	1.606	1.614	1.500	1.435
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,0%	1,6%	1,3%	1,2%	1,0%	1,6%	0,7%	0,5%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.077	1.077	1.077	1.077	1.079	1.079	1.079	1.079
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.048	1.032	966	924	1.065	1.064	1.012	958
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,0%	1,4%	0,8%	1,4%	0,5%	0,9%	0,8%	0,8%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%	0,2%	0,2%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

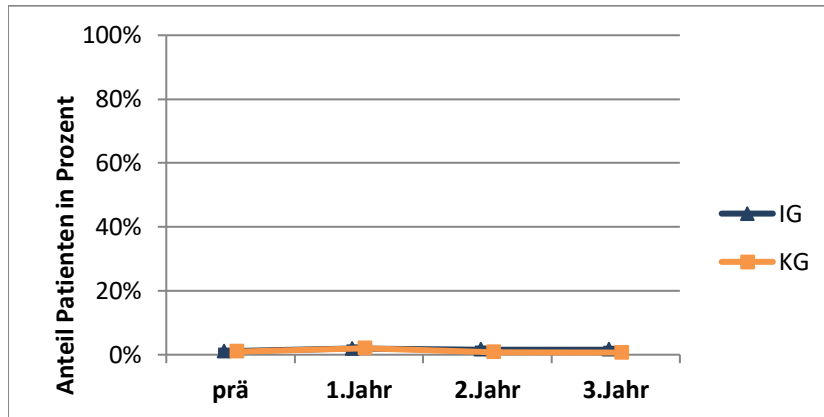
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

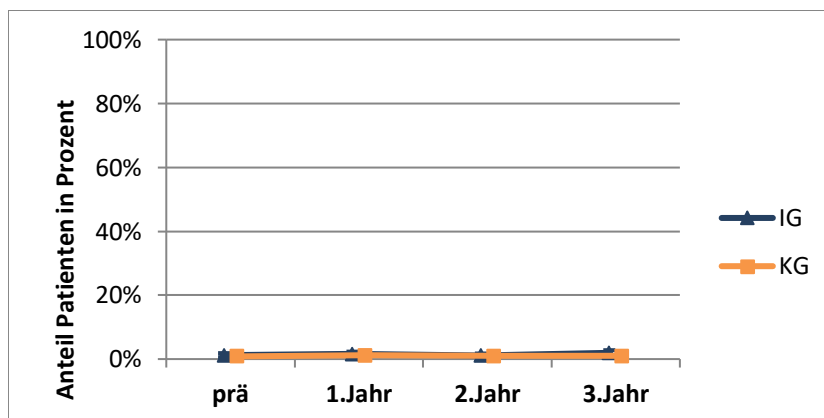
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten einen zwischen IG und KG parallelen Verlauf bezüglich der **AU-Episoden** mit leichtem Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Absinken in den folgenden Jahren. Auch bei den linikbekannten Patienten waren parallele Verläufe der AU-Episoden zu verzeichnen. Dabei starteten Patienten der IG im Jahr vor Referenzfall mit einem leicht geringeren Wert. Dieser Unterschied verringerte sich bis zum vierten Jahr nach Referenzfall. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dabei wies die IG im Jahr vor Referenzfall noch eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur KG auf, während die AU-Tage dann im patientenindividuellen Verlauf in der IG stärker anstiegen im Vergleich zur KG (prä: - 2,7, 1. Jahr: + 3,5; 2. Jahr: +2,1; 3. Jahr: +4,3; 4. Jahr: +4,2 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

In der IG und der KG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) stets weniger AU-Tage als die älteren Patienten (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F50 (Essstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störungen) auf (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach

Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F45 (somatoforme Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störungen) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 157 im Anhang).

Bei den linikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG geringer im Vergleich zur KG ausfiel. Während die Patienten der IG auf einem geringeren AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = -9,3 AU-Tage), fiel dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall geringer aus (-1,4 AU-Tage). Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall vergrößerte sich die Anzahl an AU-Tagen in der IG erneut im Vergleich KG und im vierten Jahr nach Referenzfall waren die AU-Tage zwischen IG und KG vergleichbar (2. Jahr: -4,3 AU-Tage, 3. Jahr: -4,1 AU-Tage, 4. Jahr: +0,3 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG verzeichneten stets weniger AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns), F30-39 (affektive Störungen) und F43 (somatoforme Störungen) auf (wobei erstgenannte sehr wenige Fälle betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), F30-39 (affektive Störungen) und F45 (somatoforme Störungen) aufwiesen (wobei erst- und letztgenannte nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 157 im Anhang).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +0,3; KG: +0,5 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG etwas stärker als in der KG an (IG: +47,4 AU-Tage; KG: +45,8 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Anstieg an **AU-Episoden** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -0,2). 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 etwas größer als in der KG (IG: +47,2; KG: +46,2 AU-Tage). Im zweiten Jahr nach Referenzfall sank dafür die Anzahl der AU-Tage in der IG stärker im Vergleich zum ersten Jahr nach Referenzfall (IG: -47,9; KG: -44,8 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren bei den **AU-Episoden** linikneuer Patienten vergleichbare Verläufe mit vergleichbarer Höhe erkennbar. Bei den linikbekannten Patienten war der Verlauf der AU-Episoden auch zwischen den Gruppen vergleichbar, jedoch wies hier die IG stets geringere Anteile als die KG auf (prä: -0,2; 1. Jahr: -0,3; 2. Jahr: -0,1; 3. Jahr: -0,1 AU-Episoden). Bei der Anzahl an **AU-Tagen** wiesen linikneue Patienten nach einem vergleichbaren Wert im Jahr vor Referenzfall mehr AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG auf. Im zweiten Jahr nach Referenzfall waren die AU-Tage erneut vergleichbar und im dritten Jahr nach Referenzfall in der IG erneut etwas größer als in der KG (prä: +0,8; 1. Jahr: +5,0; 2. Jahr: +0,6; 3. Jahr: +2,9 AU-Tage). Bei den linikbekannten Patienten war in jedem Jahr eine geringere Anzahl an AU-Tagen ersichtlich. Jedoch verringerte sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Zeitverlauf, besonders vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (prä: -9,3; 1. Jahr: -1,9; 2. Jahr: -4,4; 3. Jahr: -4,3 AU-Tage).

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	465	465	463	462	461	438	438	434	433	430
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,1	0,5	0,4	0,4	0,7	1,2	0,5	0,3	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,5	69,3	23,4	16,7	15,0	21,2	65,8	21,4	12,4	10,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,4%	12,9%	5,6%	5,0%	3,3%	19,9%	12,6%	6,0%	5,1%	3,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	1,1	0,6	0,6	1,0	1,0	1,8	0,4	0,3	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,5%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	393	393	392	391	386	401	401	401	398	391
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	0,8	0,5	0,5	0,5	1,0	1,1	0,6	0,6	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	29,1	40,0	17,1	15,6	16,9	38,4	41,4	21,4	19,7	16,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	11,5%	6,9%	3,1%	4,9%	3,9%	13,2%	6,5%	7,2%	4,8%	3,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,7	1,1	0,9	2,0	0,8	1,2	1,1	0,8	1,1	1,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,3%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%

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

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

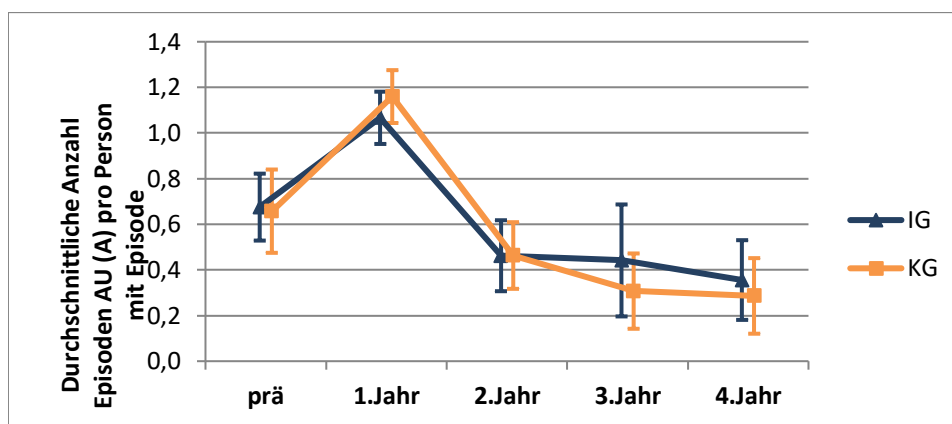
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

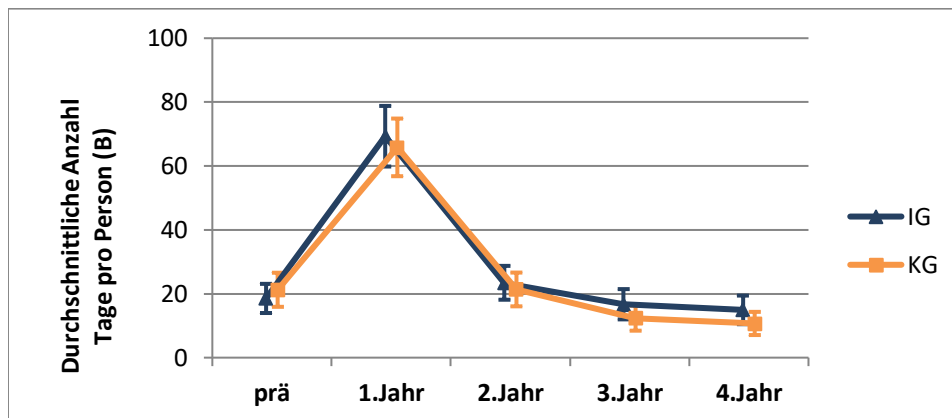
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

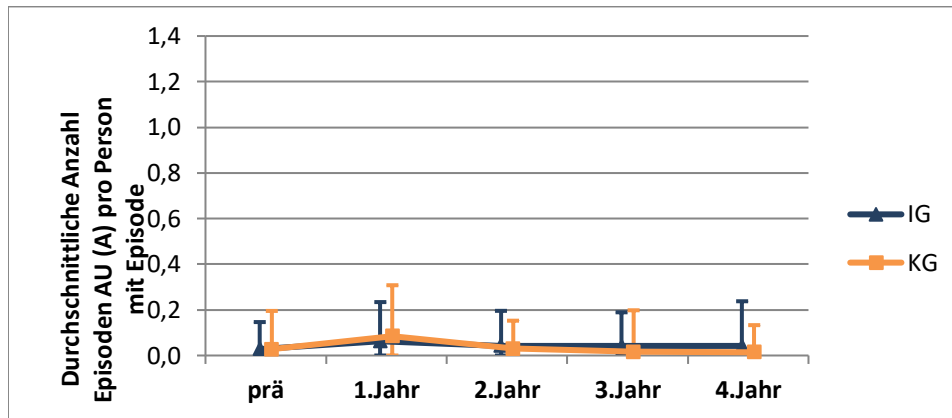


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

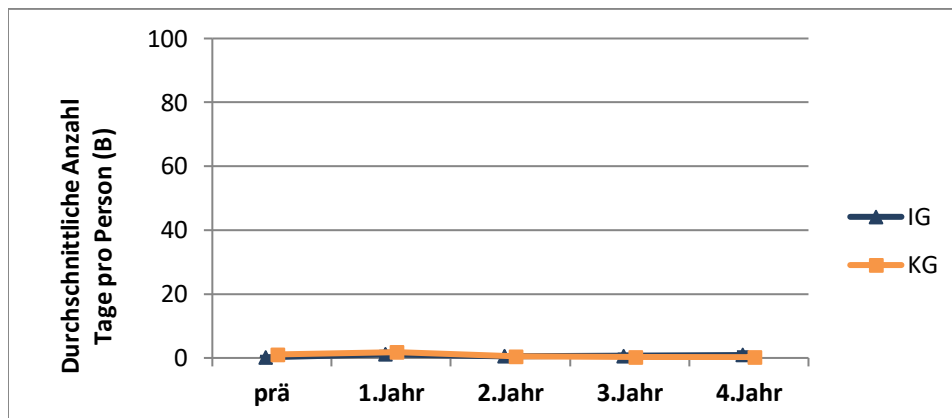


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



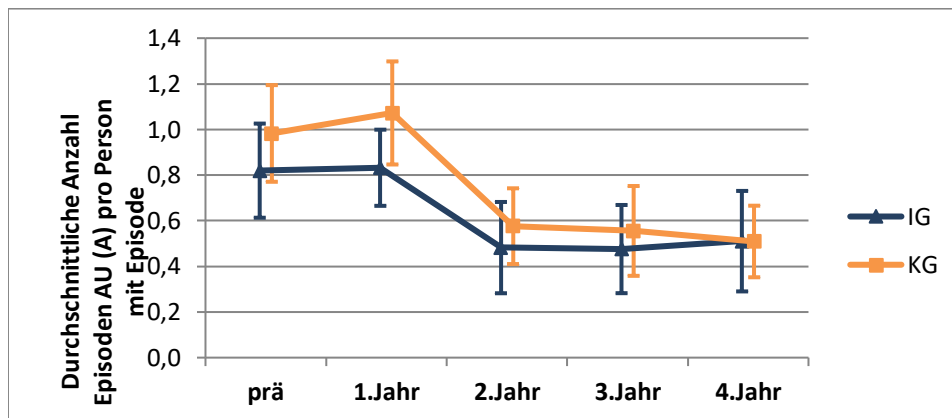
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

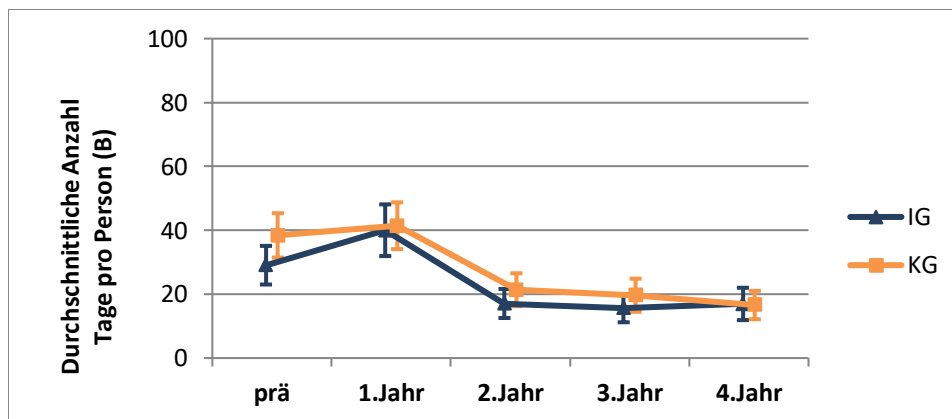
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

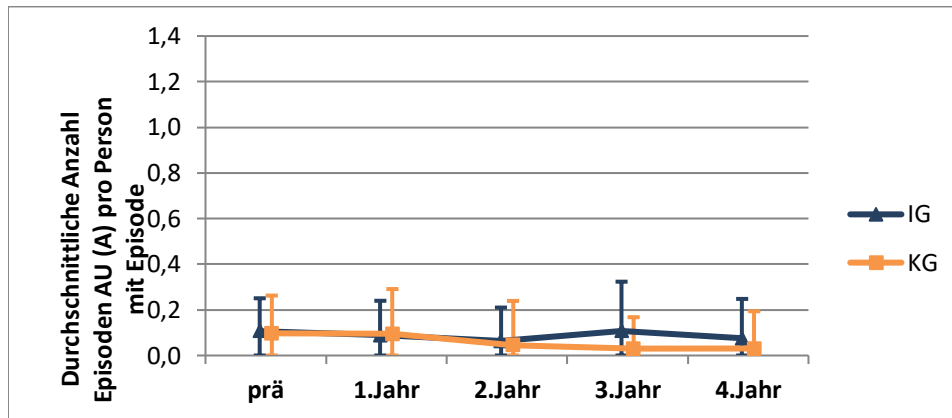


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

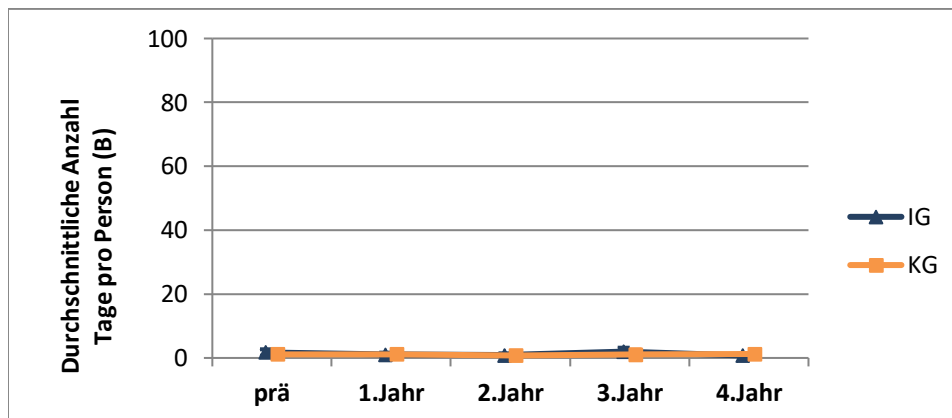


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,11 -0,29...0,07	6,21 -5,13...17,54
DID Jahr 2	-0,02 -0,20...0,16	4,89 -6,45...16,22
DID Jahr 3	0,12 -0,06...0,30	7,10 -4,24...18,43
DID Jahr 4	0,05 -0,13...0,23	7,03 -4,31...18,36
DID Jahr 1-4	—	6,30 -3,12...15,73

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,08 -0,30...0,15	7,92 -3,23...19,07
DID Jahr 2	0,07 -0,16...0,29	4,98 -6,17...16,14
DID Jahr 3	0,08 -0,14...0,30	5,23 -5,92...16,39
DID Jahr 4	0,17 -0,06...0,39	9,75 -1,41...20,90
DID Jahr 1-4	—	6,97 -1,95...15,89

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.950	1.950	1.896	1.896
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	0,9	0,6	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	20,2	67,6	19,5	65,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,9%	11,9%	18,8%	14,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,8	0,6	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%

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

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

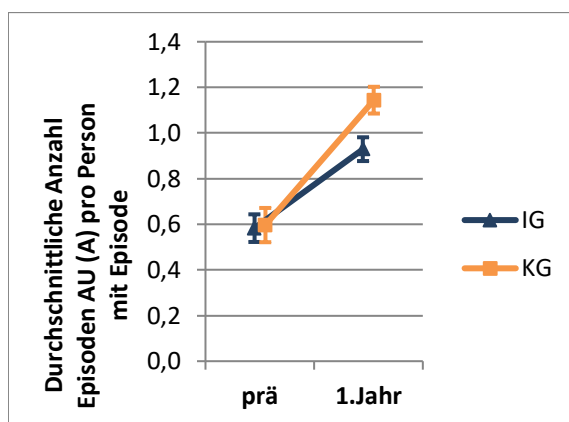
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

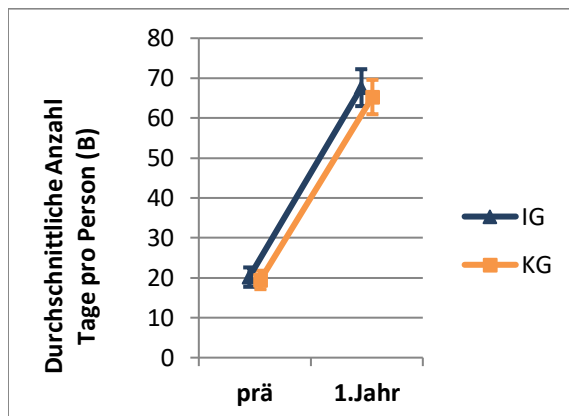
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

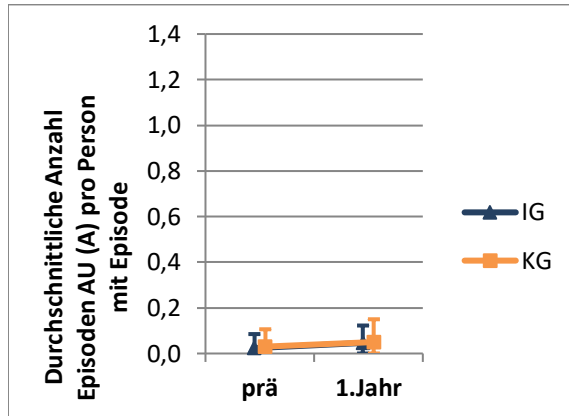


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

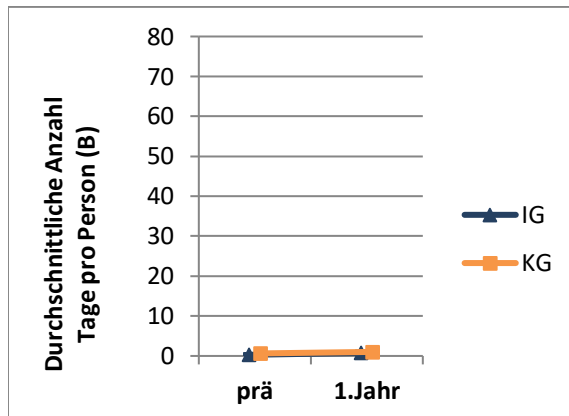


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.473	1.473	1.468	1.421	1.421	1.412
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,4	0,6	1,1	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	20,9	68,1	20,2	19,1	65,3	20,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,6%	12,4%	4,4%	18,8%	14,8%	5,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,8	0,5	0,6	1,2	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%

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

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

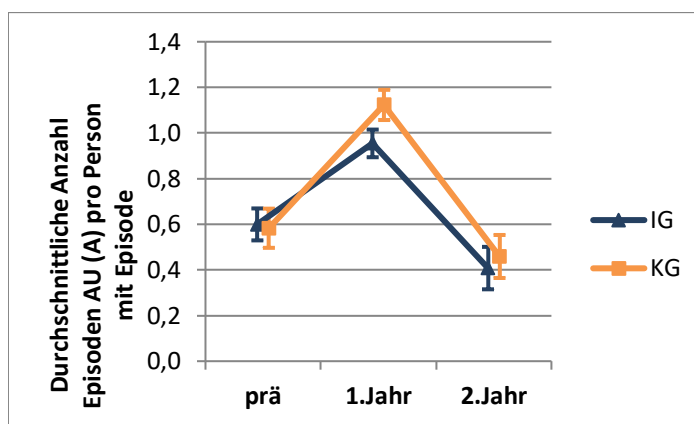
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

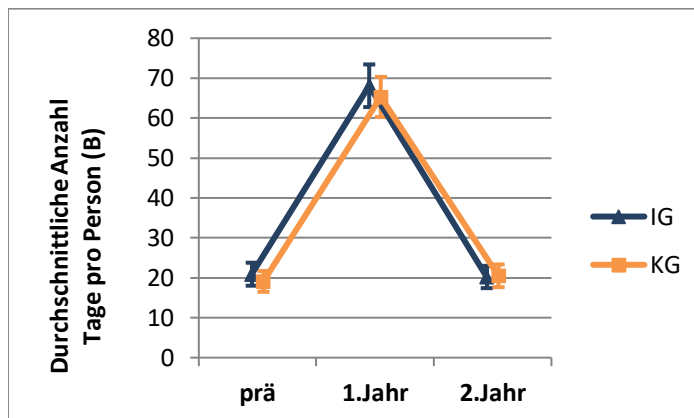
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

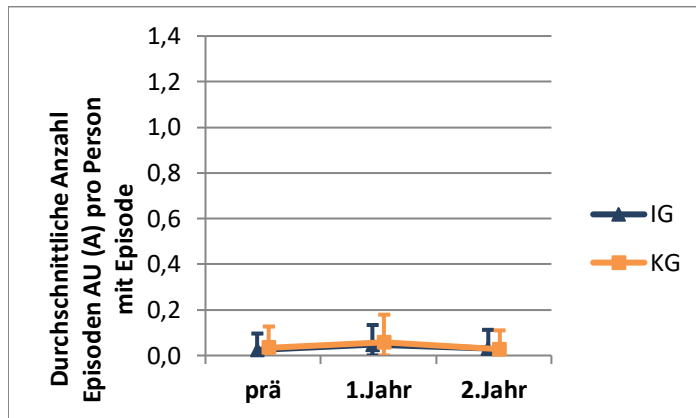


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

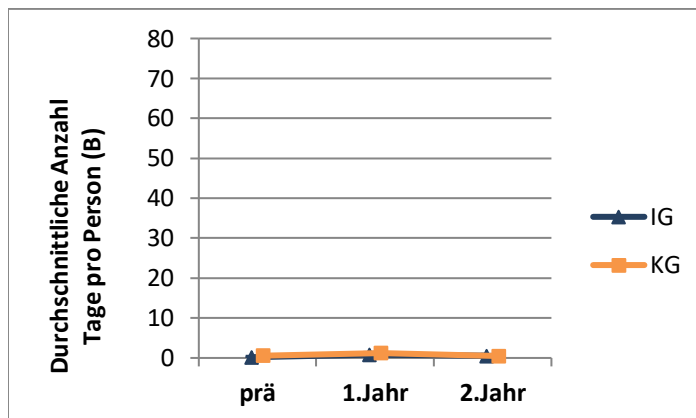


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,19*** -0,28...-0,09	1,02 -6,07...8,10
DID Jahr 2	-0,07 -0,16...0,03	-2,03 -9,11...5,05

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

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

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

Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	987	987	985	982	952	952	946	944
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,4	0,4	0,6	1,1	0,5	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	20,3	68,1	20,9	14,9	19,4	63,1	20,2	12,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,6%	12,6%	5,0%	4,1%	18,0%	13,9%	5,4%	4,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,7	0,5	0,6	0,6	1,2	0,3	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	458	458	456	454	458	458	458	454
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	0,8	0,5	0,5	1,0	1,1	0,6	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,6	41,4	17,5	15,6	35,9	43,3	21,9	20,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	11,1%	7,2%	3,3%	4,4%	13,1%	7,9%	7,2%	5,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,1	1,5	1,2	2,0	1,5	1,4	0,7	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,2%	0,0%	0,4%	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%

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

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

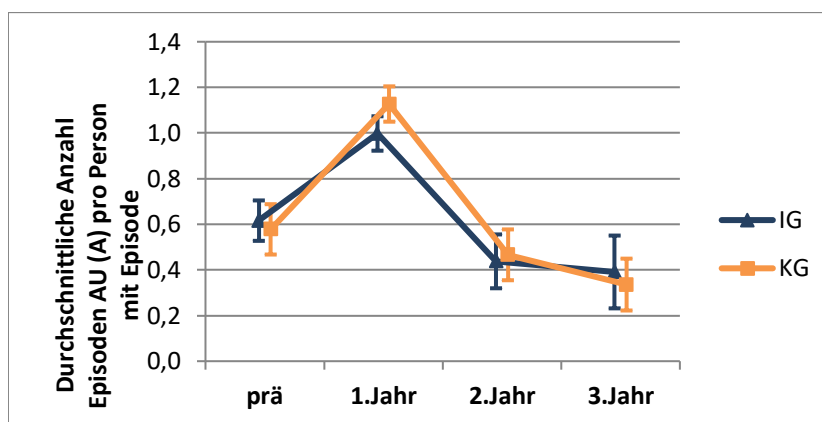
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

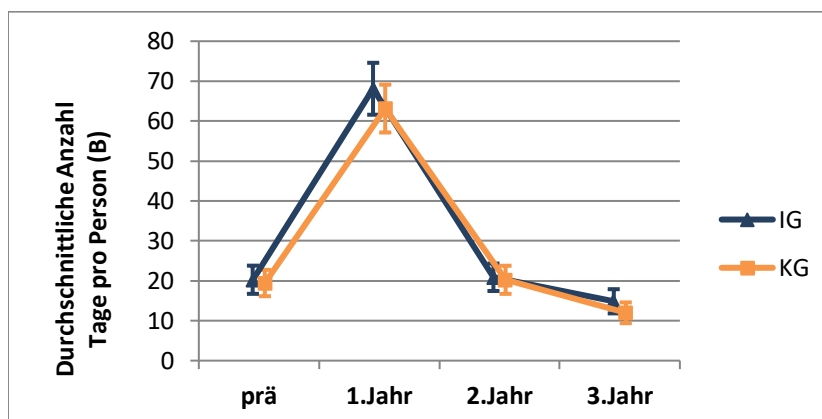
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

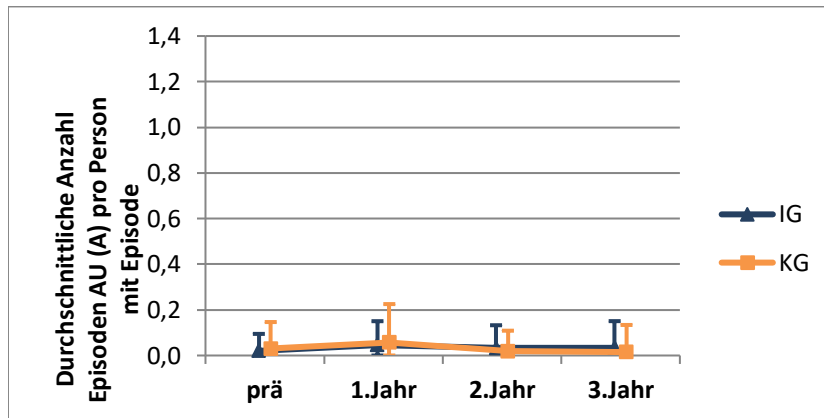


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

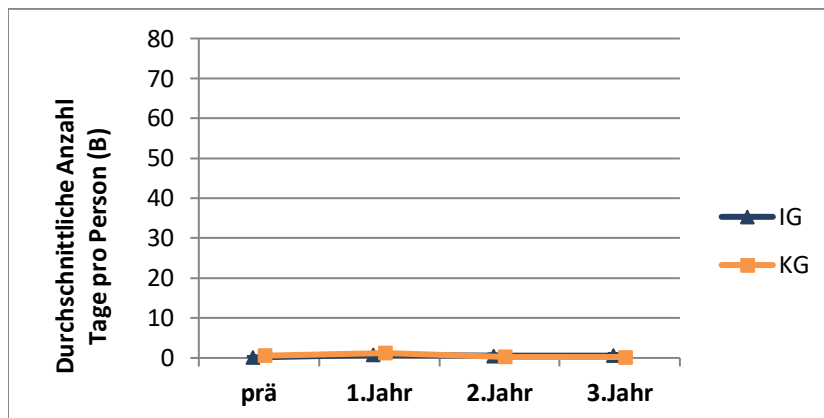


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



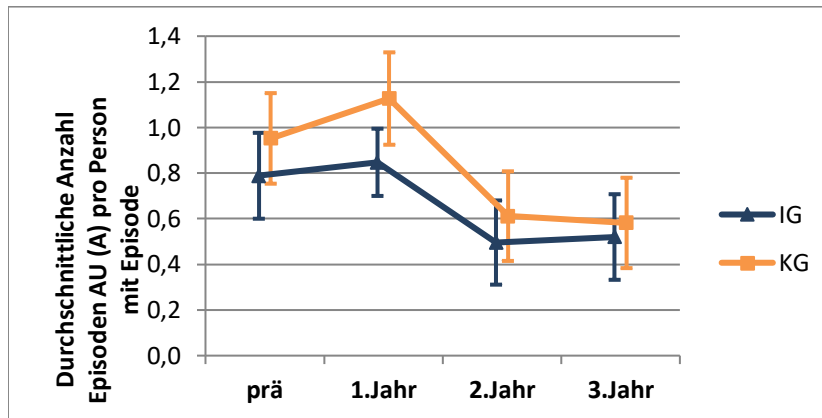
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

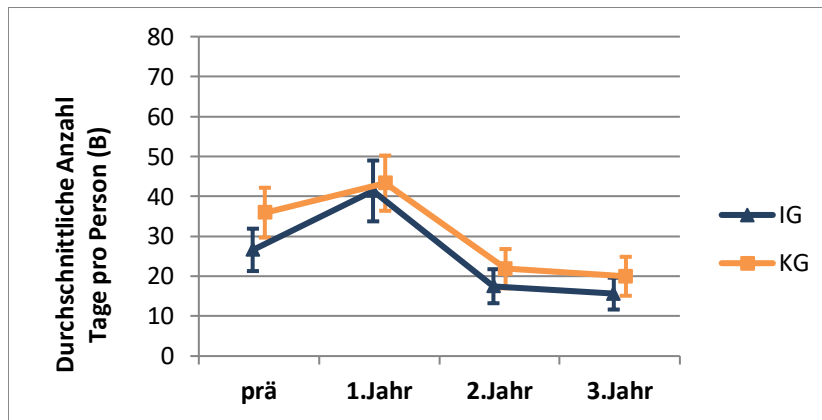
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

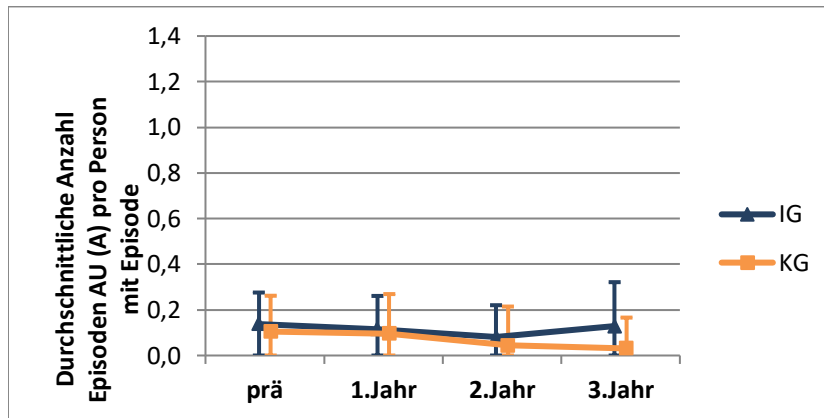


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

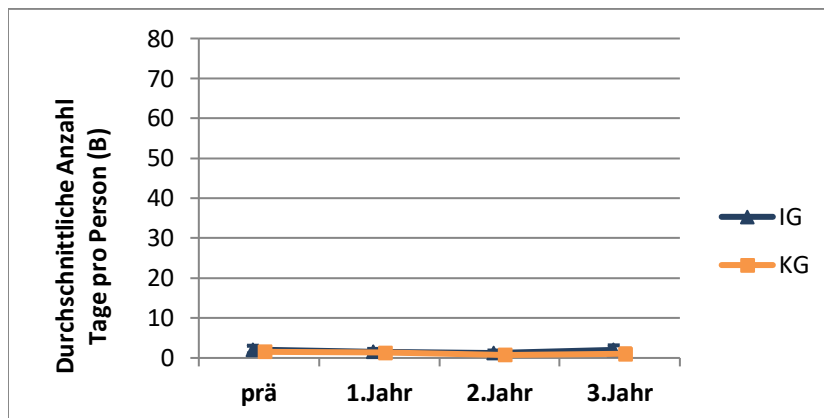


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG größer als in der KG (IG: 31,3 %; KG: 24,8 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 1,3). Jedoch war die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 126,7; KG: 129,8 Tage).

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	936	1.762
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	31,3% 126,7	24,8% 129,8
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	438	790
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	16,6% 122,9	12,7% 126,7
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	199	303
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	7,9% 122,0	5,2% 110,3

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

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

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

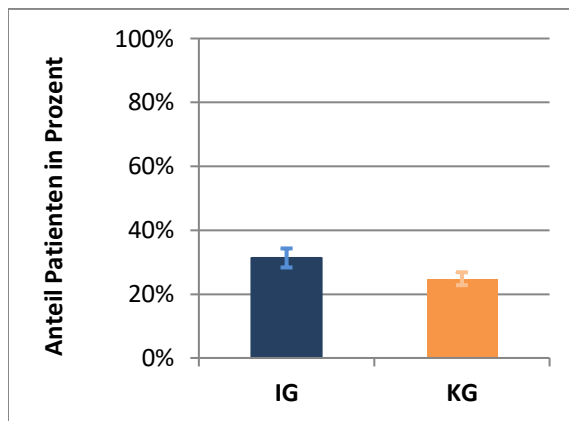
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

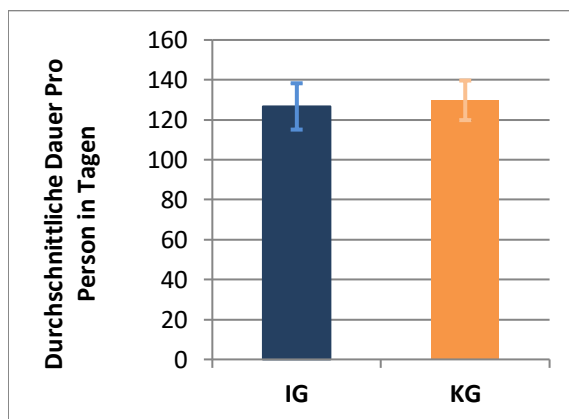


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,28** 1,06...1,55	-3,34 -19,79...13,10

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

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,7; KG: +0,6). Danach sank der Score. Dabei waren die Verläufe zwischen IG und KG vergleichbar und keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,6-4,1), jedoch waren sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit ersichtlich. Dabei war der Komorbiditäts-Score in der IG stets etwas größer als in der KG (prä: +0,4; 1. Jahr: +0,4; 2. Jahr: +0,3; 3. Jahr: +0,4; 4. Jahr: +0,2). Die Annäherung des Unterschieds vom Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) zum vierten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = -0,3).

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 im vergleichbaren Maße an (je +0,7), dabei waren die Komorbiditäts-Scores in der IG stets größer als in der KG (je +0,4).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung waren die Verläufe zwischen IG und KG vergleichbar, jedoch wies die IG stets höhere Komorbiditäts-Scores als die KG auf. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu vorheriger Beschreibung bei den linikneuen Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Die Verläufe waren zwischen IG und KG erneut vergleichbar mit stets erneut größeren Komorbiditäts-Scores in der IG im Vergleich zur KG. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf mit stets leicht höheren Komorbiditäts-Scores in der IG im Vergleich zur KG erkennbar.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,7	3,1	3,1	3,1	2,9	3,5	3,0	3,0	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	4,0	4,1	4,0	4,1	4,0	3,6	3,7	3,7	3,8	3,7

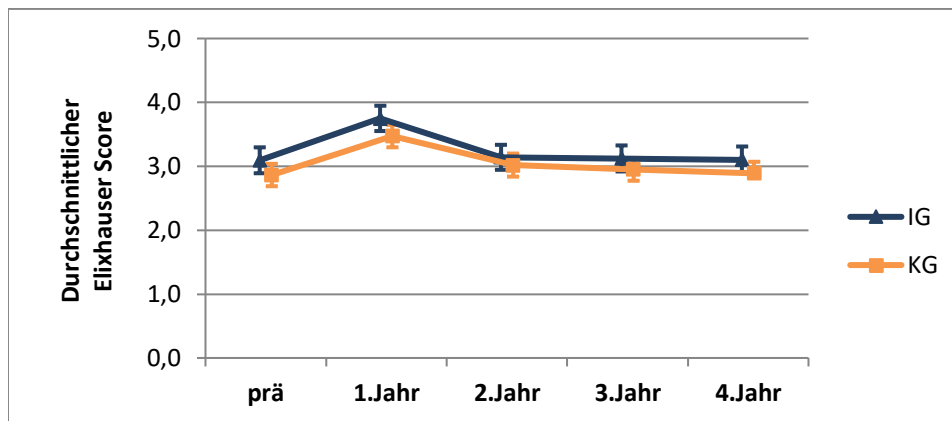
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

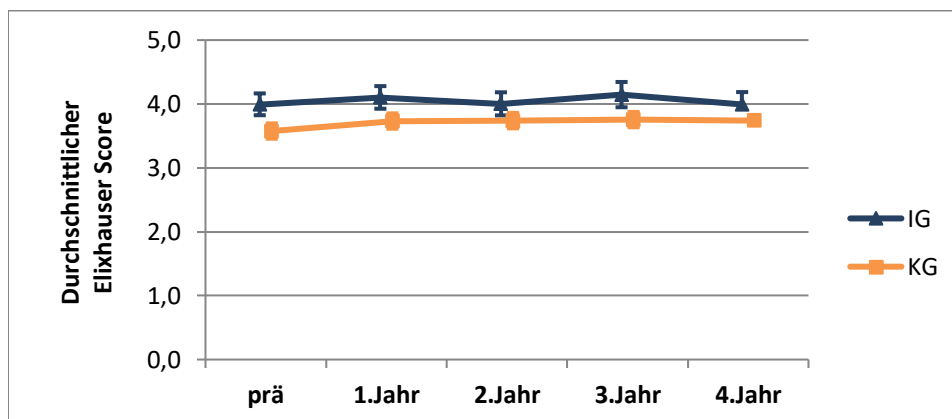


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,05 -0,29...0,38
DID Jahr 2	-0,17 -0,51...0,16
DID Jahr 3	-0,12 -0,46...0,21
DID Jahr 4	-0,08 -0,42...0,25

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,05 -0,37...0,28
DID Jahr 2	-0,25 -0,57...0,08
DID Jahr 3	-0,17 -0,49...0,16
DID Jahr 4	-0,34* -0,67...-0,02

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 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)	3.124	3.124	3.124	3.124
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,8	2,7	3,4

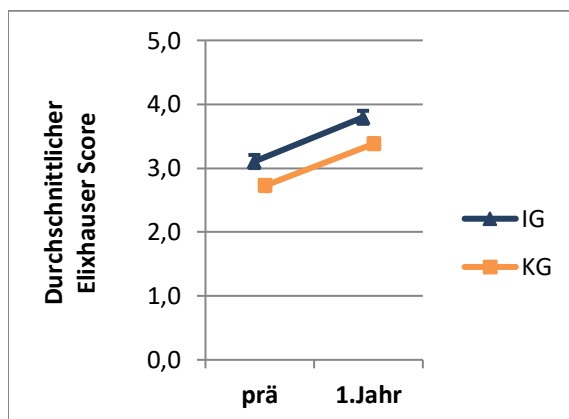
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



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

Tabelle 43: Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,8	3,2	2,7	3,4	2,9

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

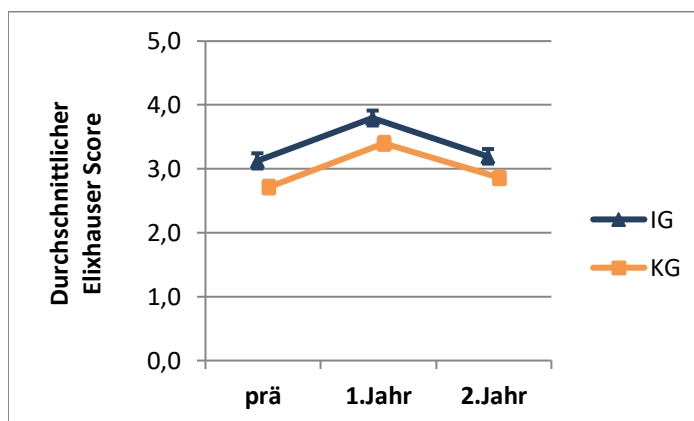


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,01 -0,20...0,18
DID Jahr 2	-0,11 -0,30...0,08

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,8	3,2	3,1	2,8	3,4	2,9	2,8

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,9	4,1	4,0	4,1	3,6	3,8	3,7	3,7

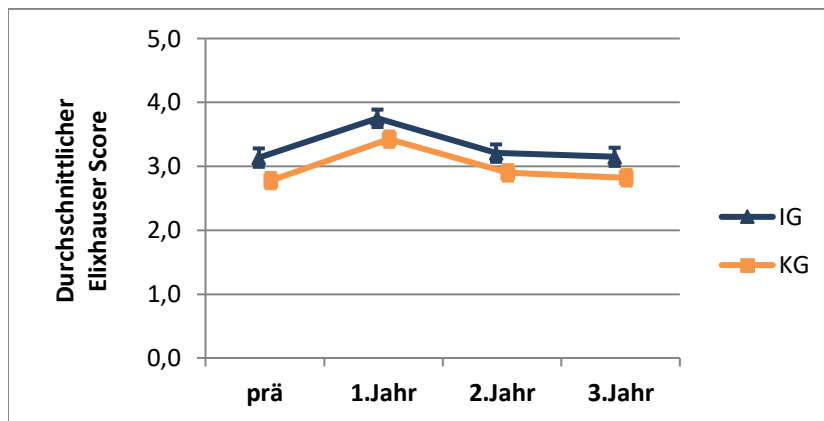
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

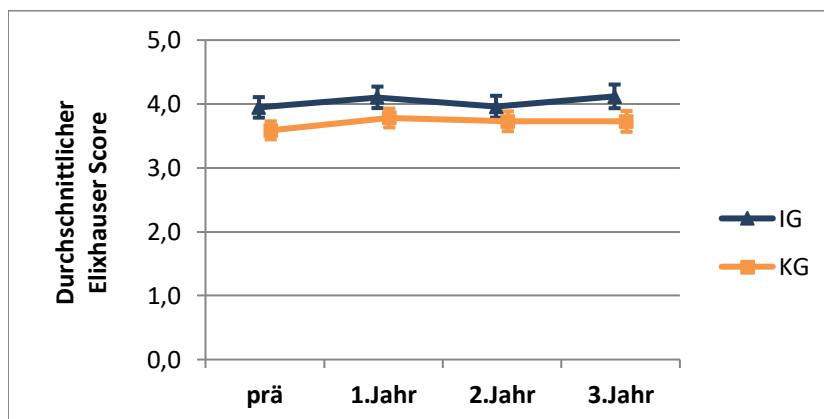


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), in der IG bei den linikneuen und den linikbekannten Patienten höher (linikneu: +1,2 %-Punkte; klinikbekannt: +2,6 %-Punkte) als in der KG. Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war die 3-Jahres-Mortalität linikneuer Patienten zwischen IG und KG vergleichbar und bei den linikbekannten Patienten in der IG etwas größer als in der KG (+3 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	779	783
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	14,0 %	12,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	972	970
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	18,4 %	15,8 %

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

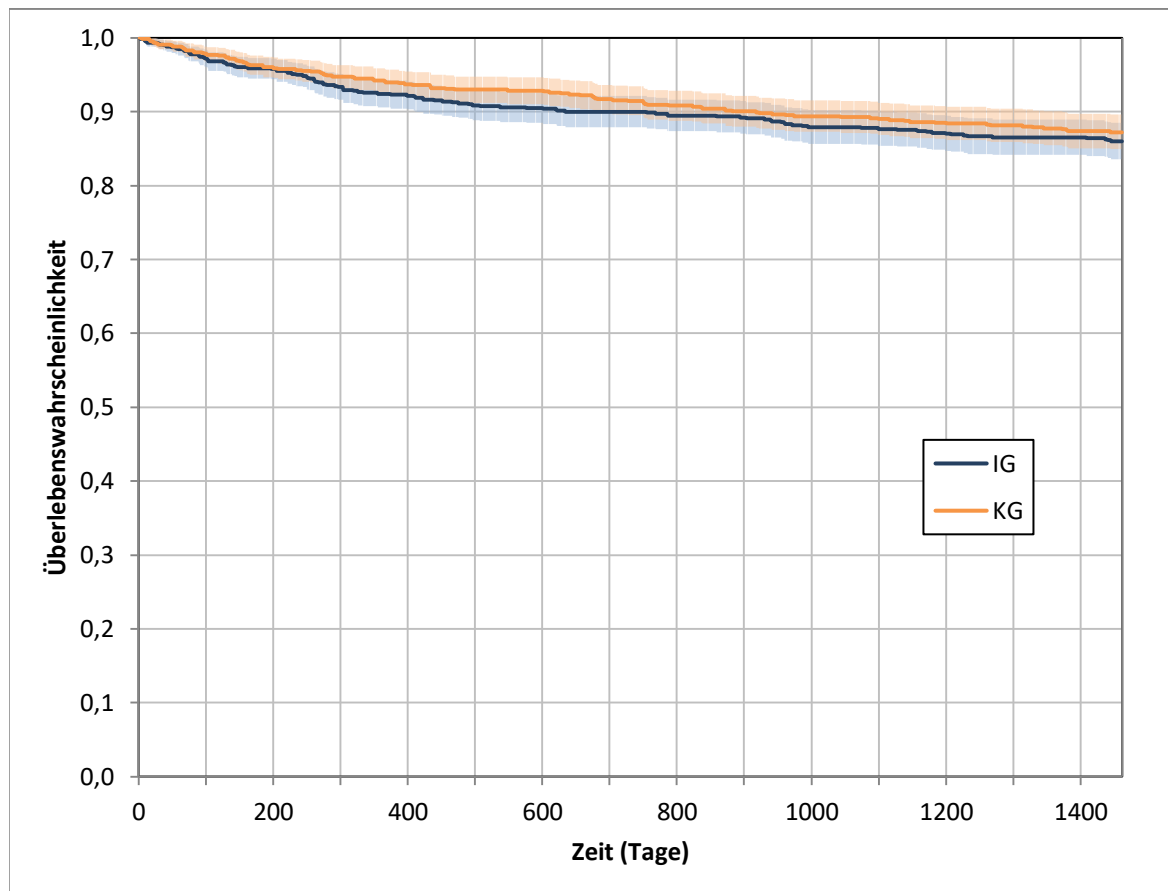
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

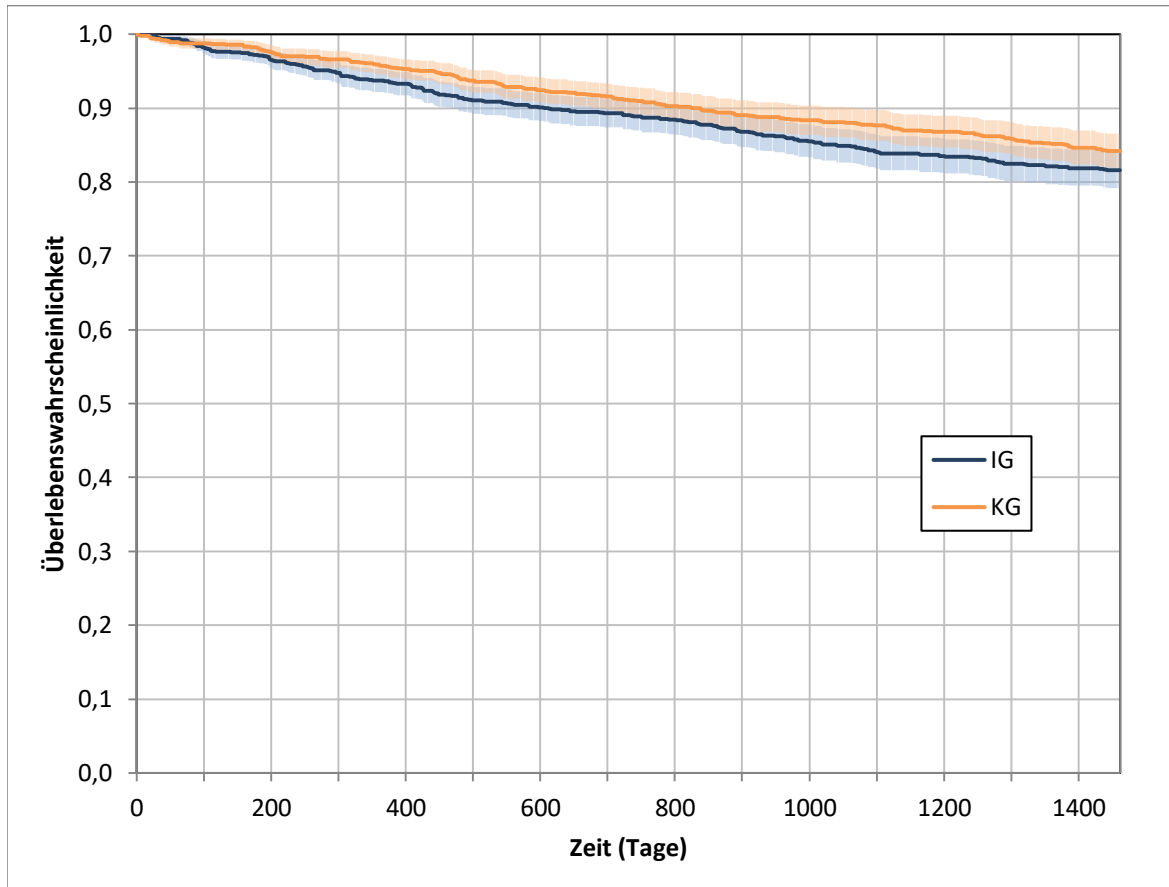


Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,02 0,77...1,35

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,06 0,85...1,32

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	3.124	3.124
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	5,6 %	5,2 %

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

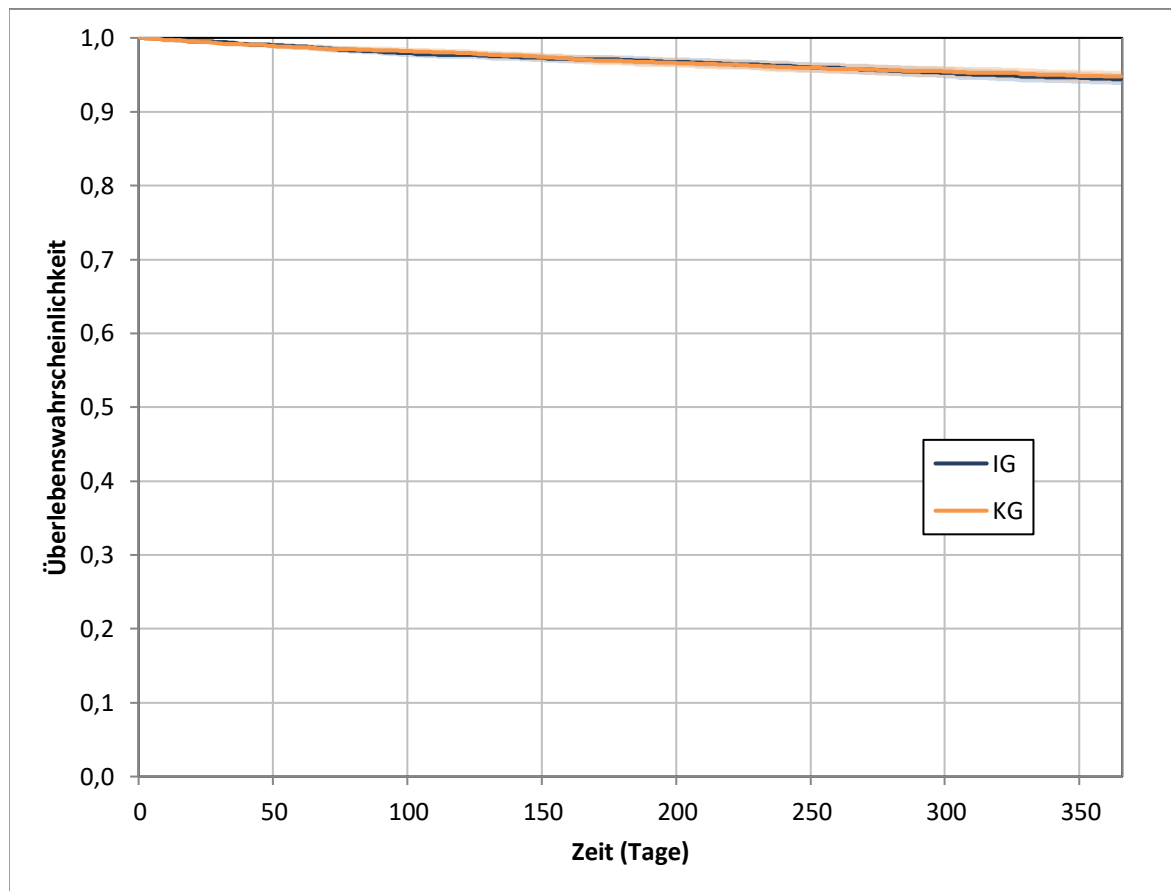
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	2.374	2.377
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A) 	9,0 %	8,4 %

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

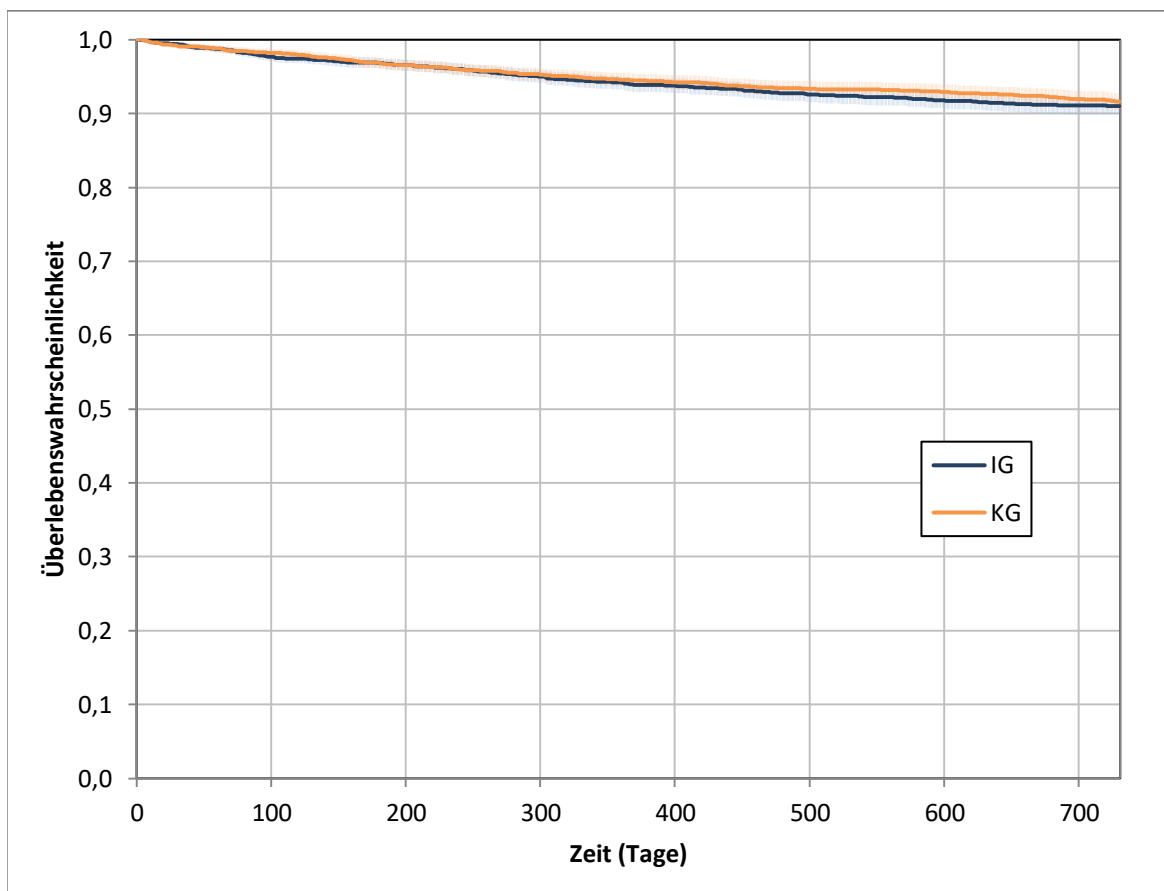


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,88 0,71...1,08

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.644	1.641
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	11,4 %	11,2 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.077	1.079
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	15,4 %	12,4 %

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

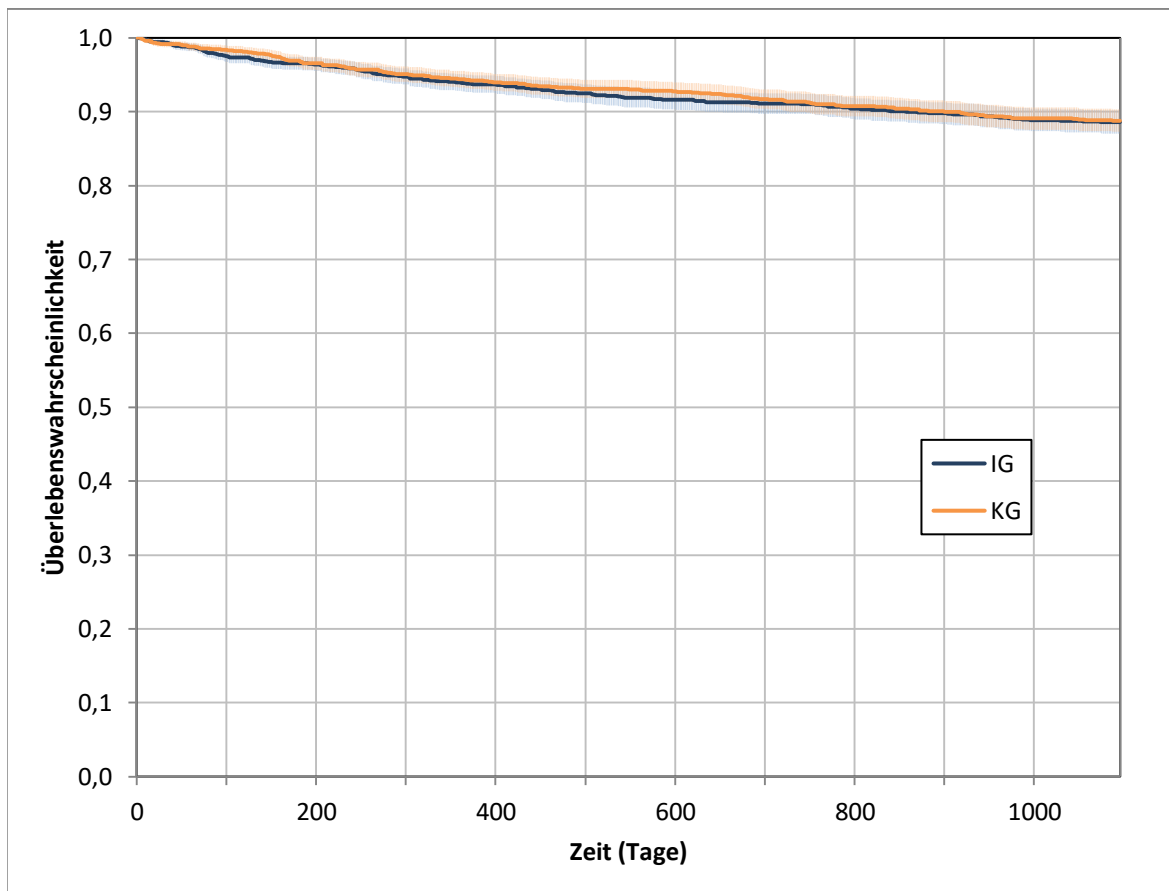
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



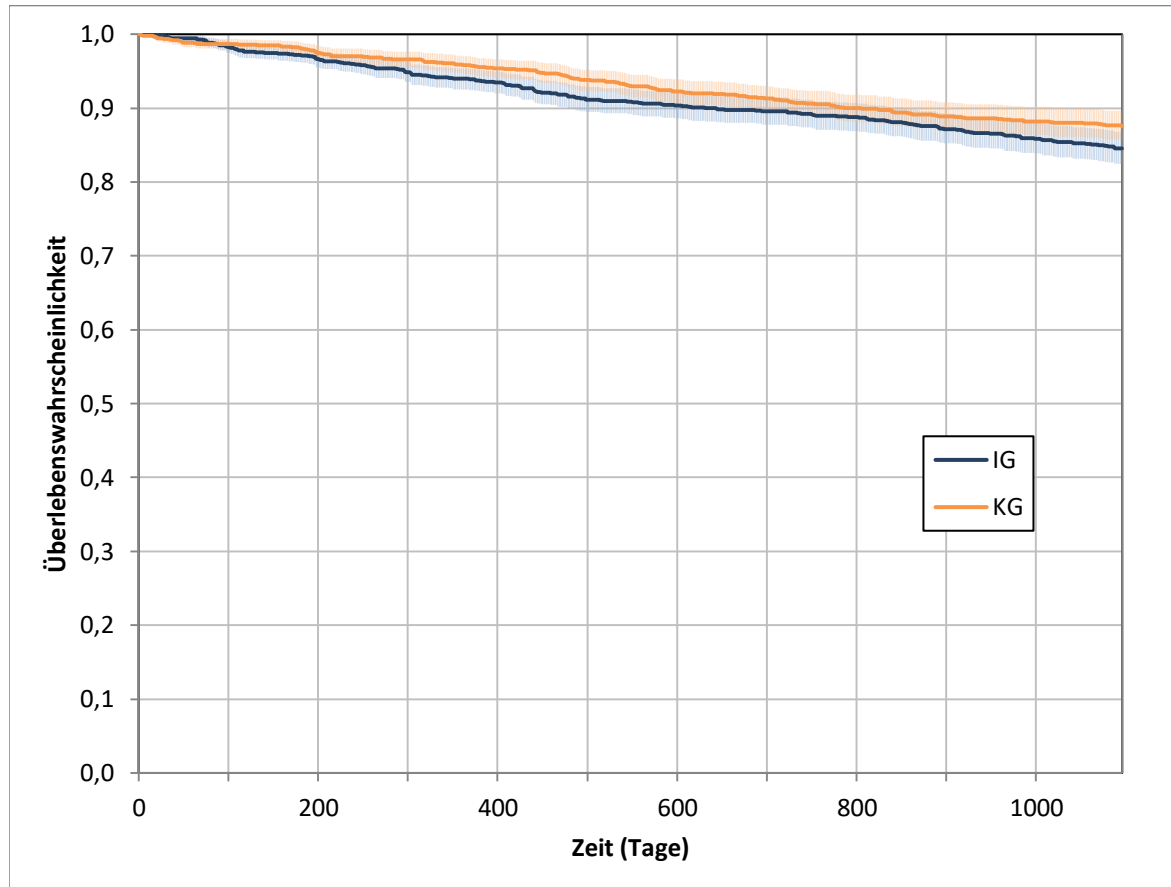
Klinikbekannte Patienten

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 (-1,3 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG jedoch größer als in der KG (+5,3 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue und linikbekannte Patienten der IG und KG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (je -0,2 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen als Patienten der KG (-2,1 %-Punkte). Jedoch war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (+0,8 %-Punkte).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 1,2 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,3 %-Punkte geringer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG etwas größer als in der KG (+1,3 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden

depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG deskriptiv geringer als in der KG (-2,6 %-Punkte). Jedoch ergab die Modellschätzung ein statistisch signifikant größeres Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung im Vergleich zur KG (Gruppenschätzer = 1,3). Dieser Effekt ist durch das zeitlich unterschiedliche Auftreten des Outcomes (Suchterkrankung) zu erklären, lässt aber auf keinen Modelleffekt schließen.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den klinikneuen Patienten der IG etwas größer als in der KG (+2,6 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG auch größer (+4,0 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG und KG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung. Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen (-3,2 %-Punkte) und bei den linikbekannten Patienten zu etwas größeren Anteilen (+1,9 %-Punkte) als Patienten der KG.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 52: Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	670	683
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	255	258
• Jegliche depr. Episode ³	436	425
• ohne Suchterkrankung ⁵	464	469
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	24,7 %	26,0 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	7,1 %	7,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	25,6 %	27,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	793	817
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	169	206
• Jegliche depr. Episode ³	387	402
• ohne Suchterkrankung ⁵	428	482
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	24,3 %	18,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,7 %	7,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	15,0 %	14,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

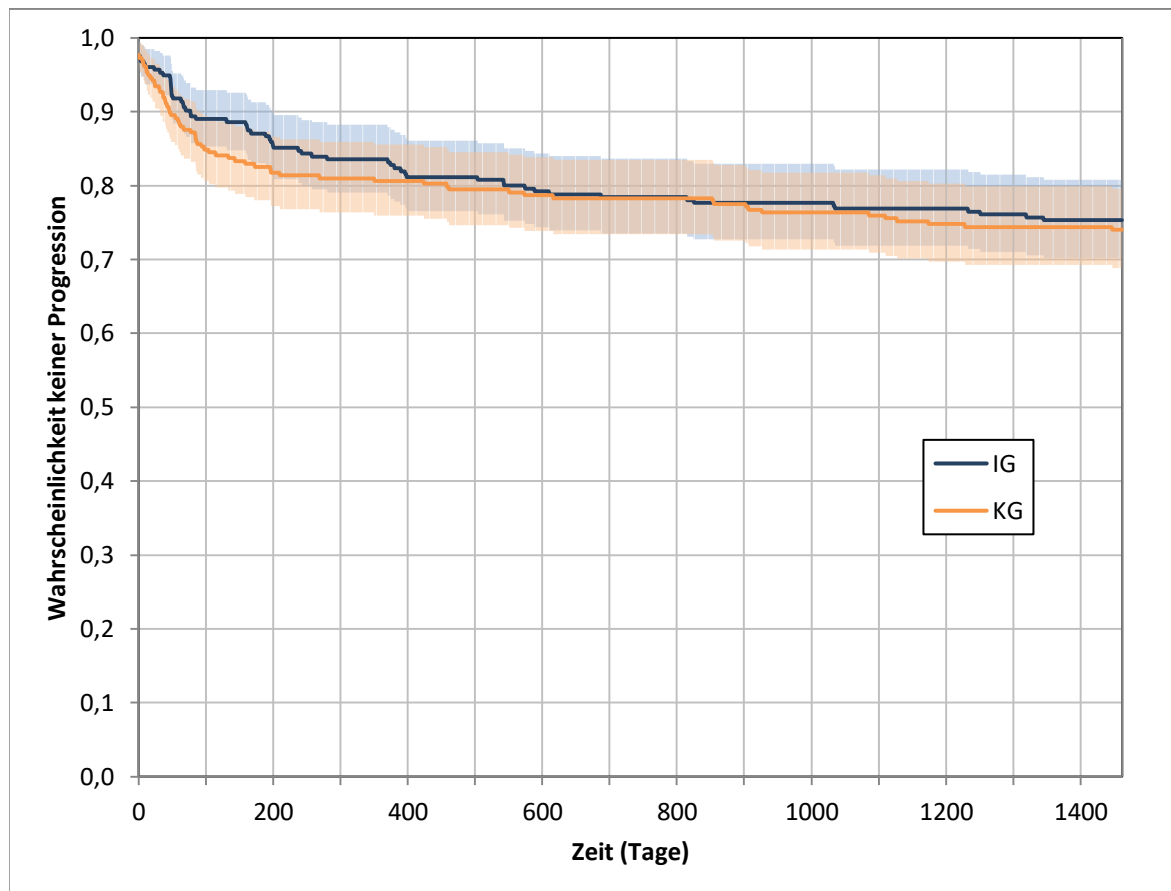
Klinikneue Patienten

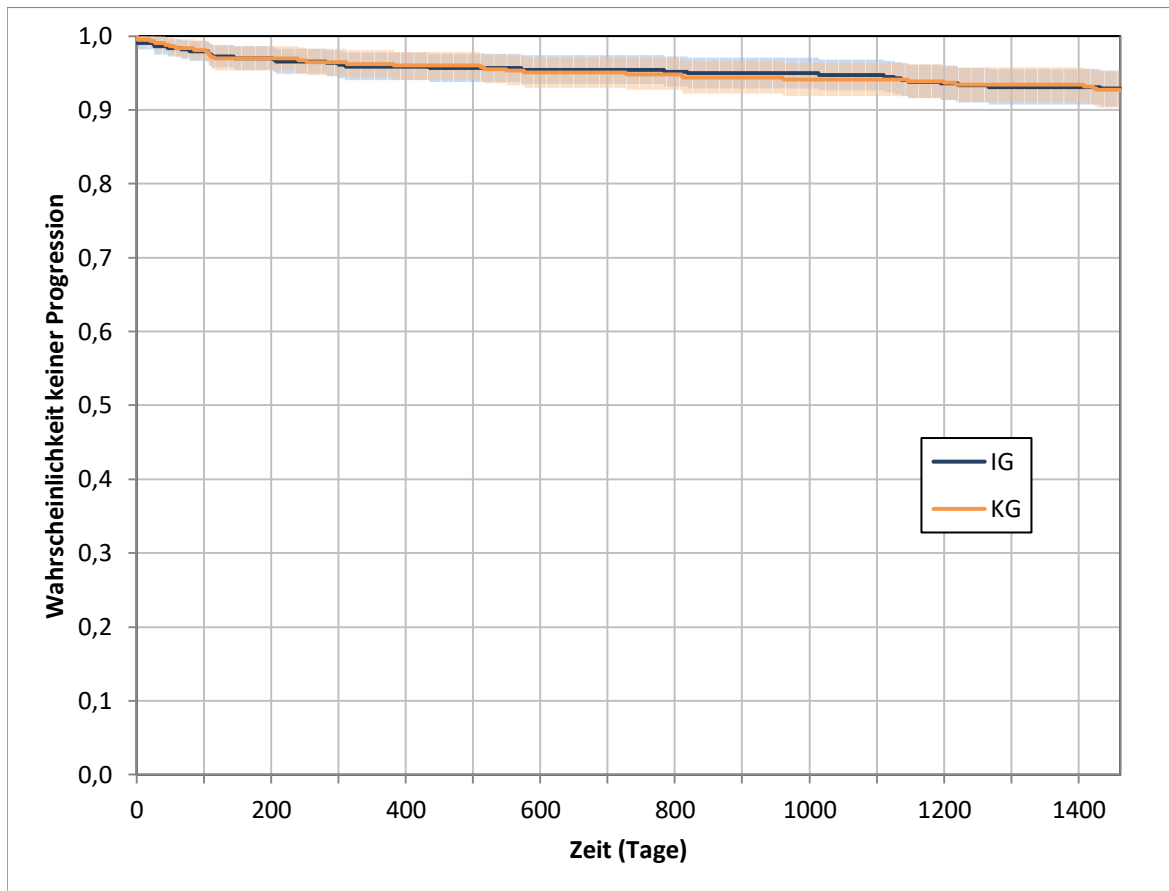
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

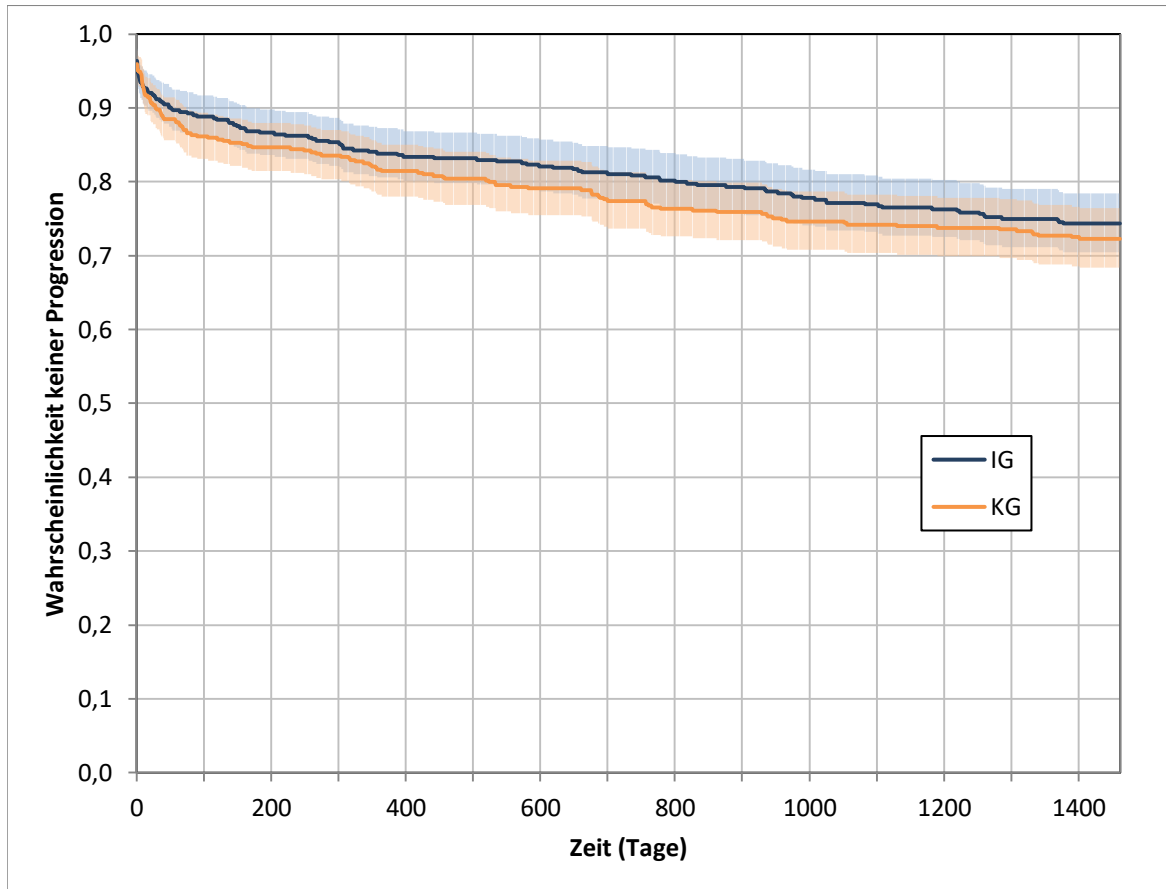
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)



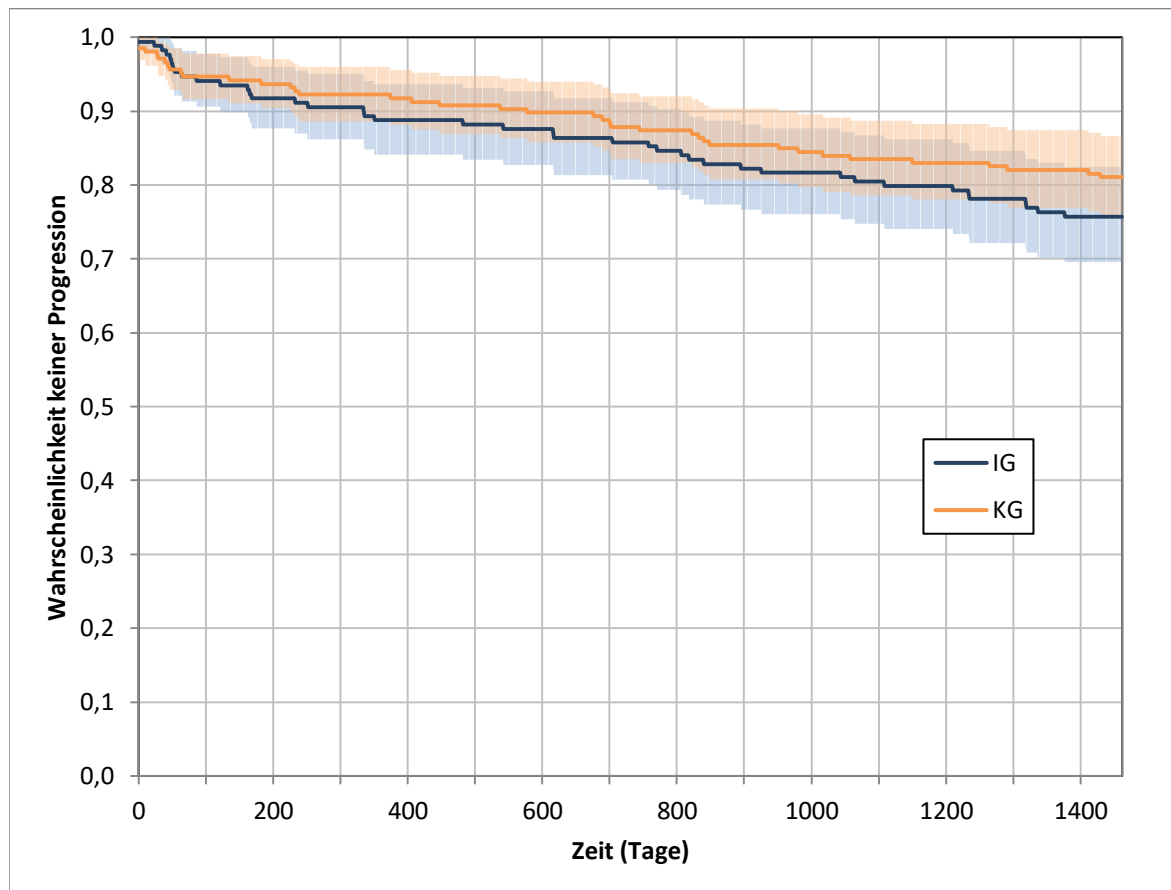
Klinikbekannte Patienten

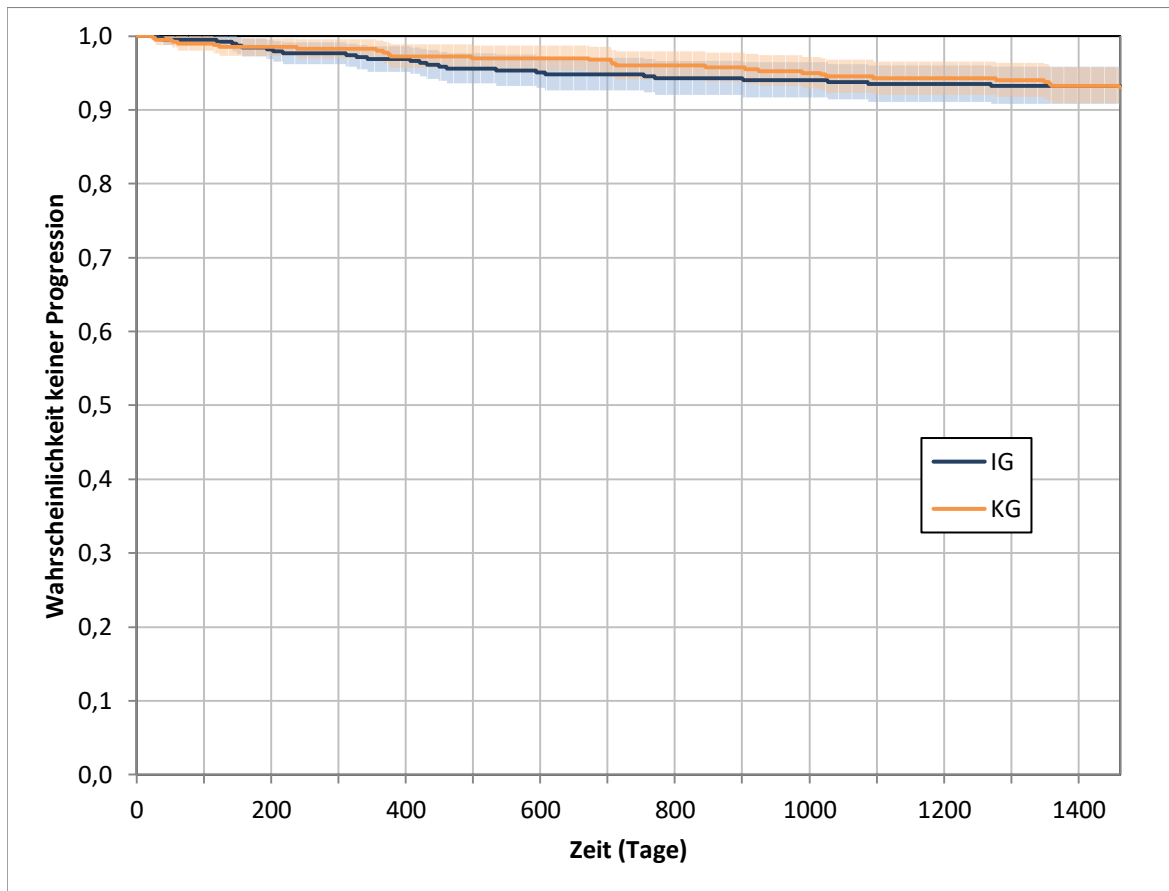
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

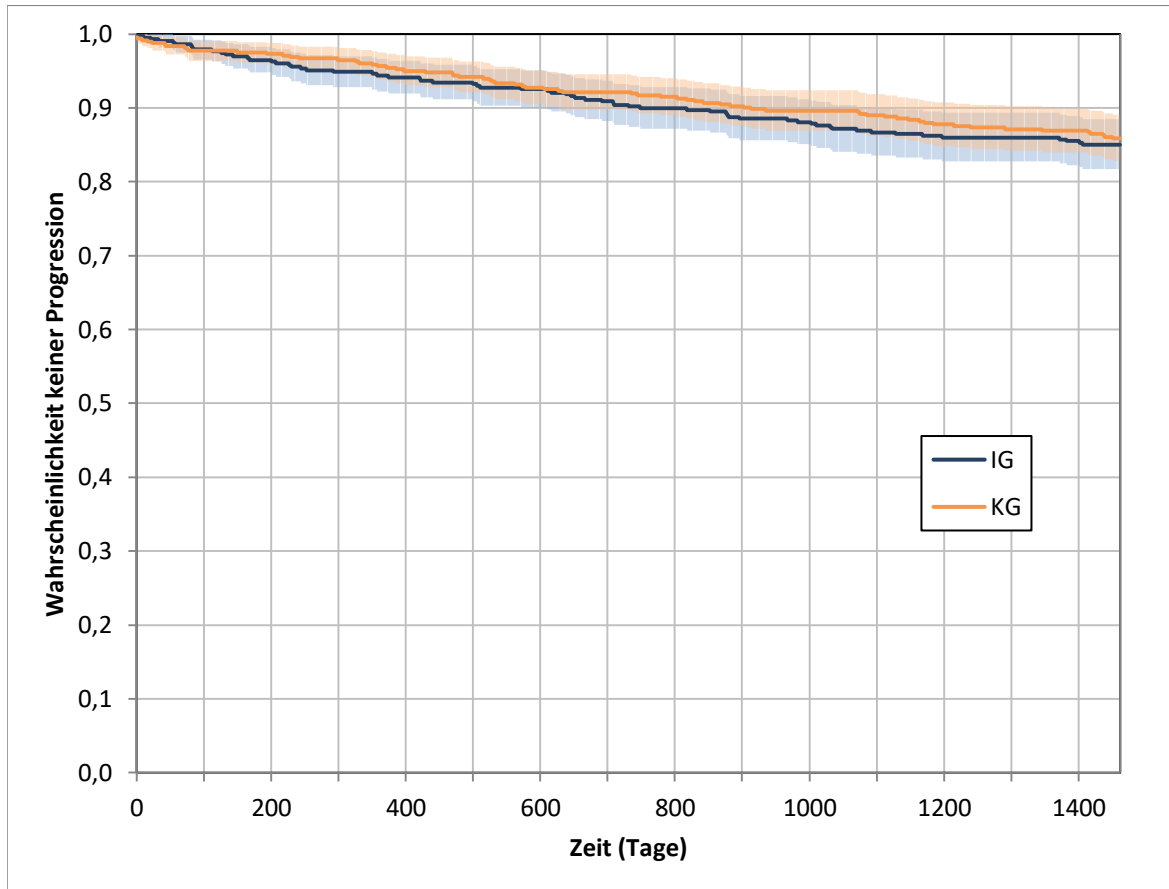
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,98 0,68...1,40	0,93 0,55...1,56	1,09 0,84...1,42

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,29 0,83...2,01	1,04 0,60...1,78	1,14 0,81...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
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	2.949	2.961
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	967	938
• Jegliche depr. Episode ³	1.736	1.693
• ohne Suchterkrankung ⁵	2.033	2.148
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	21,7 %	22,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,0 %	3,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	16,6 %	17,8 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

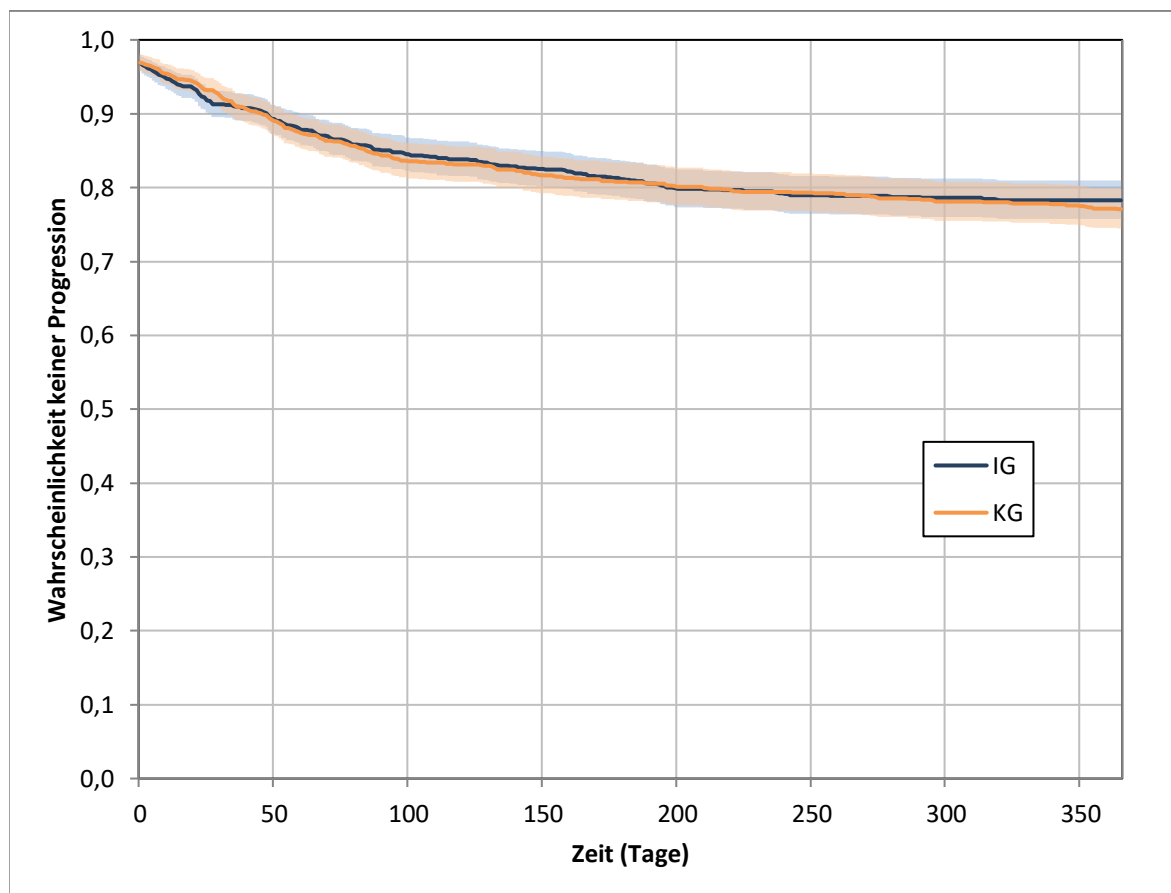
Klinikneue Patienten

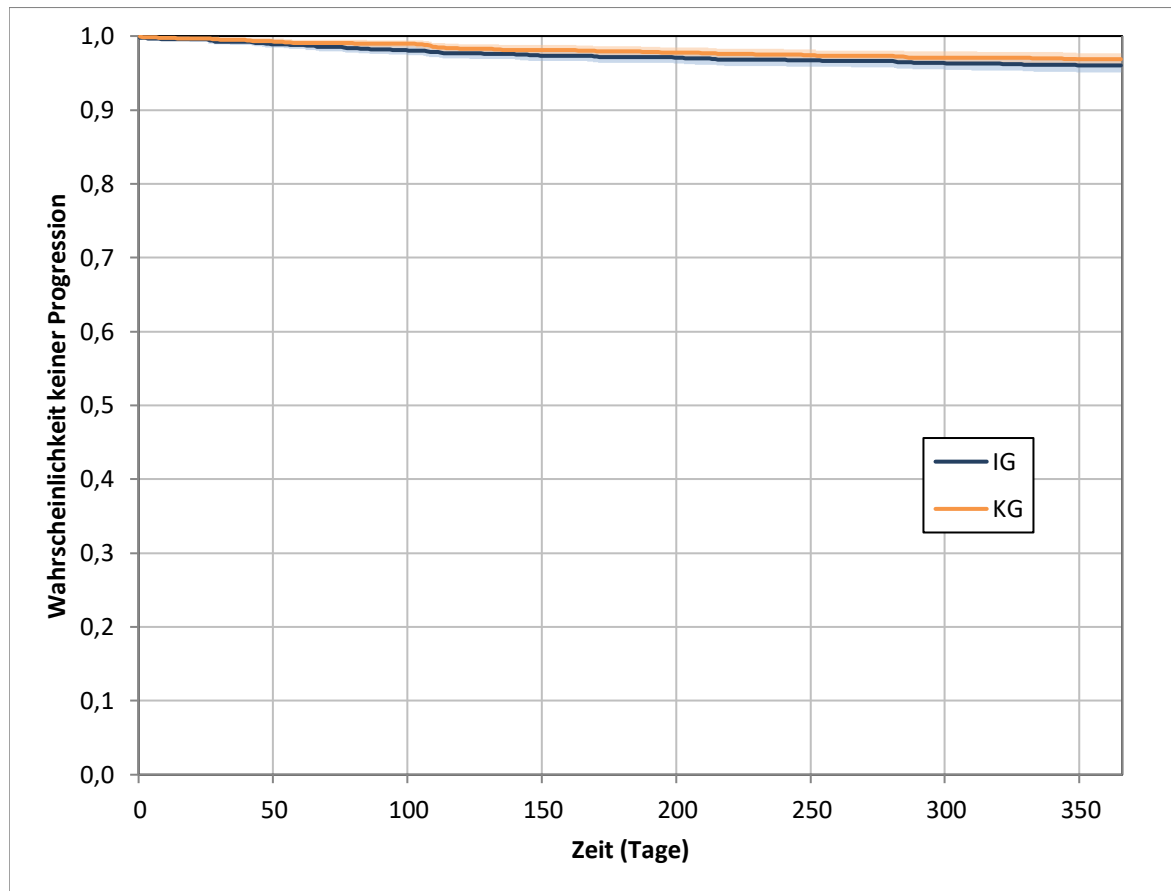
Legende für die folgenden Abbildungen:

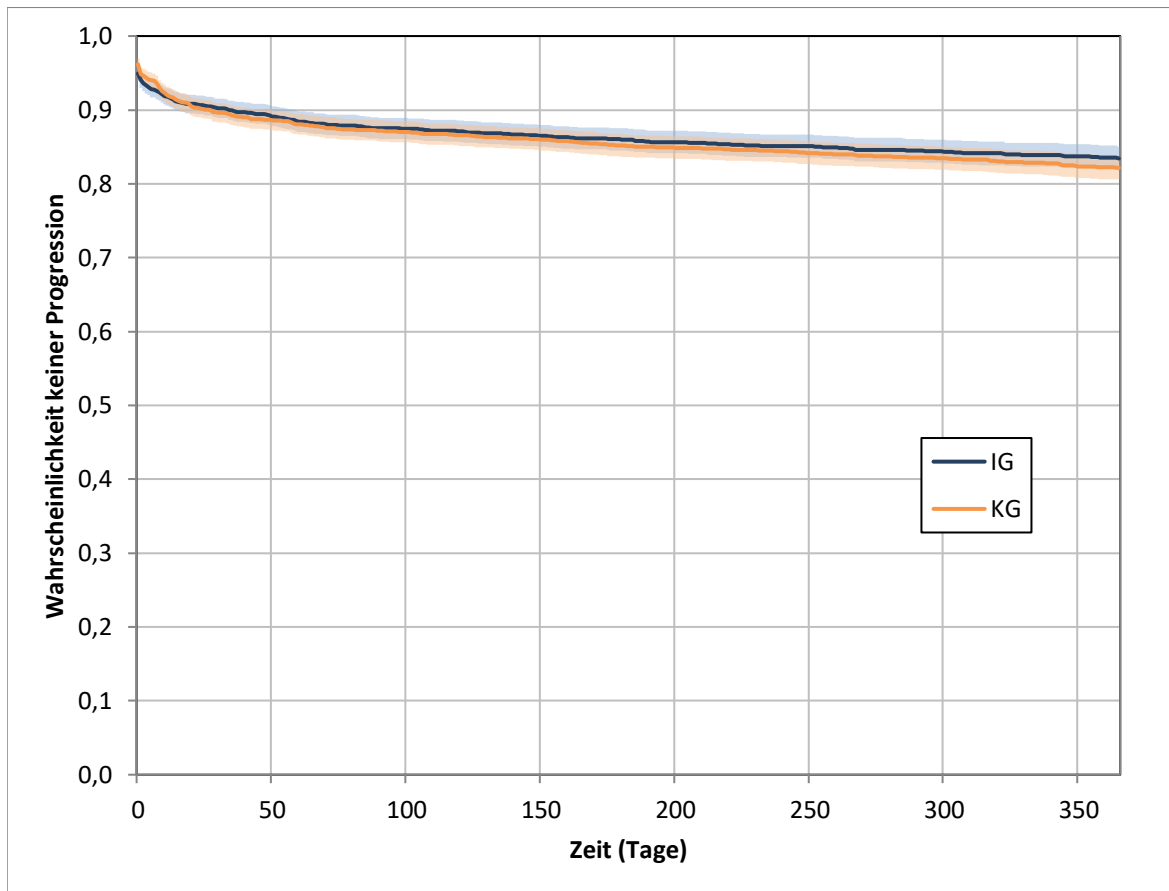
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	2.161	2.178
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	775	748
• Jegliche depr. Episode ³	1.348	1.297
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.476	1.572
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	25,7 %	24,3 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,4 %	4,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	20,3 %	22,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

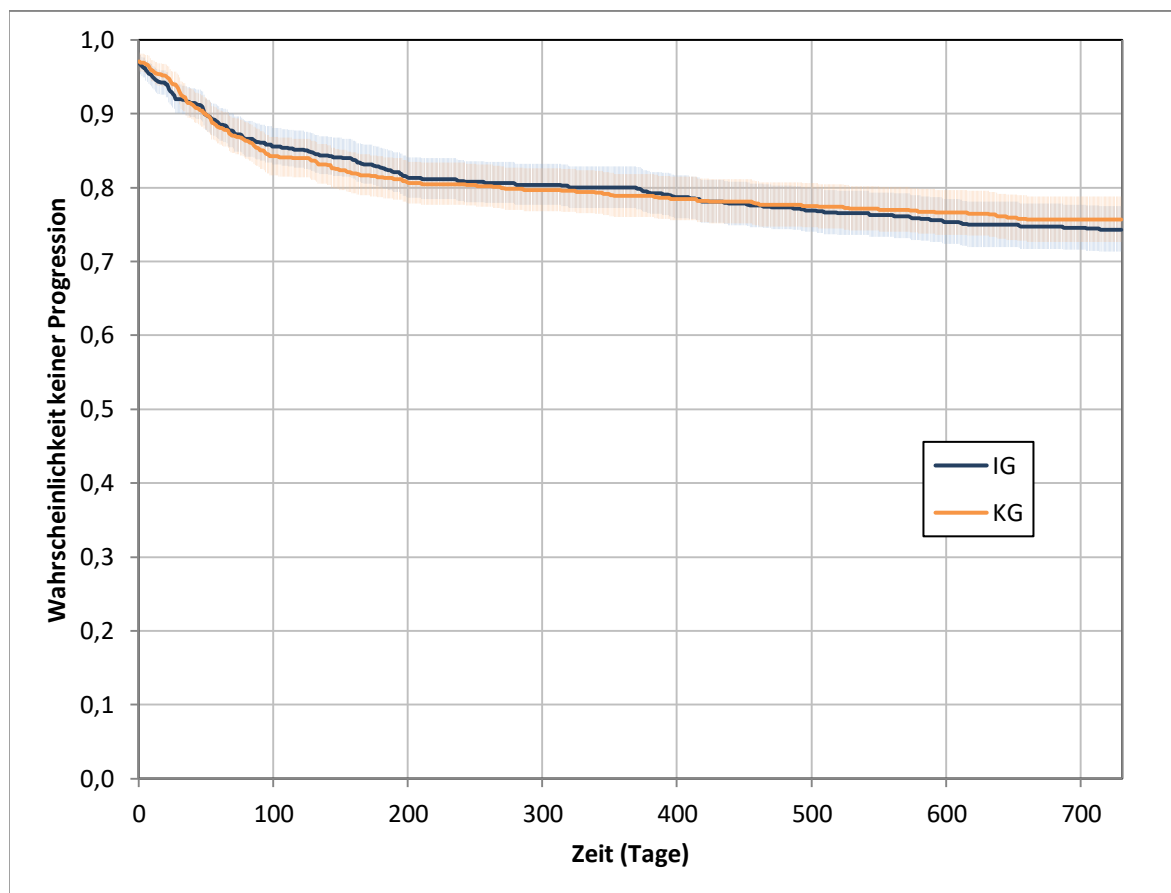
Klinikneue Patienten

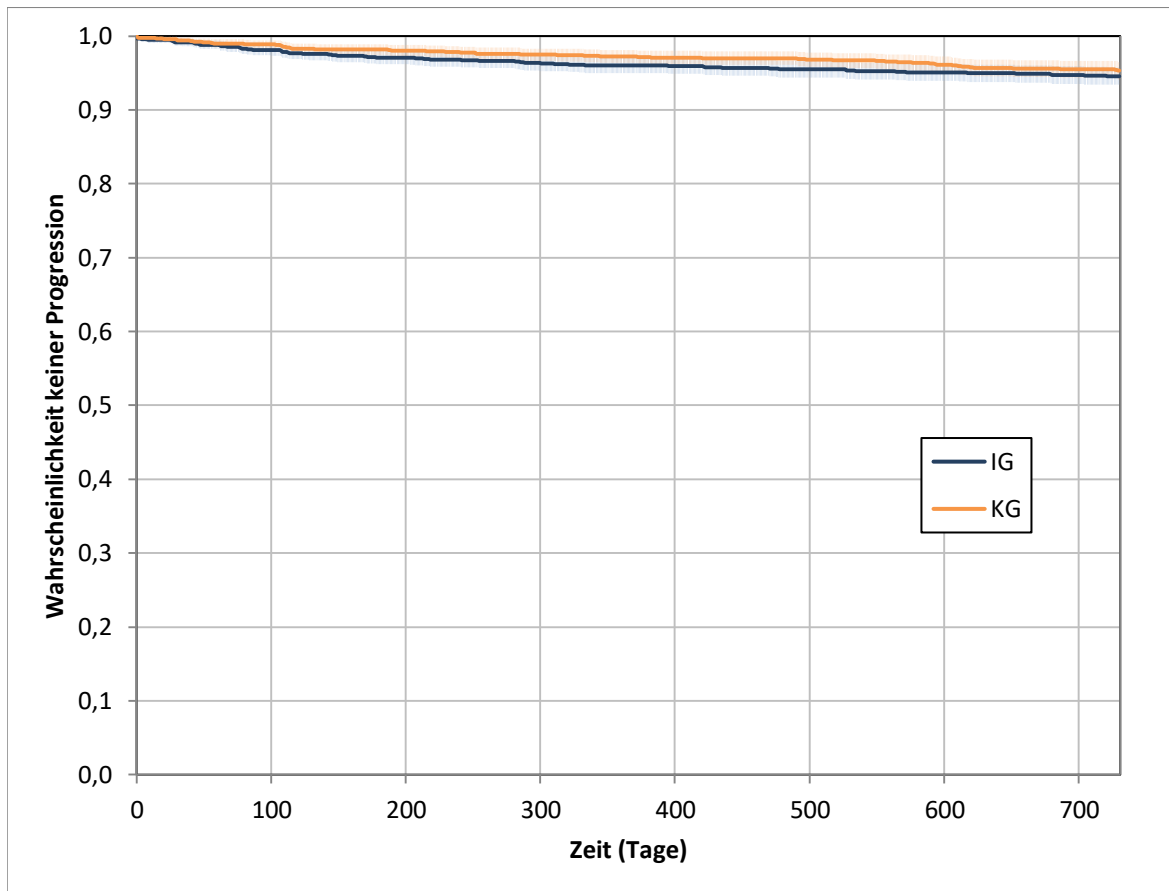
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

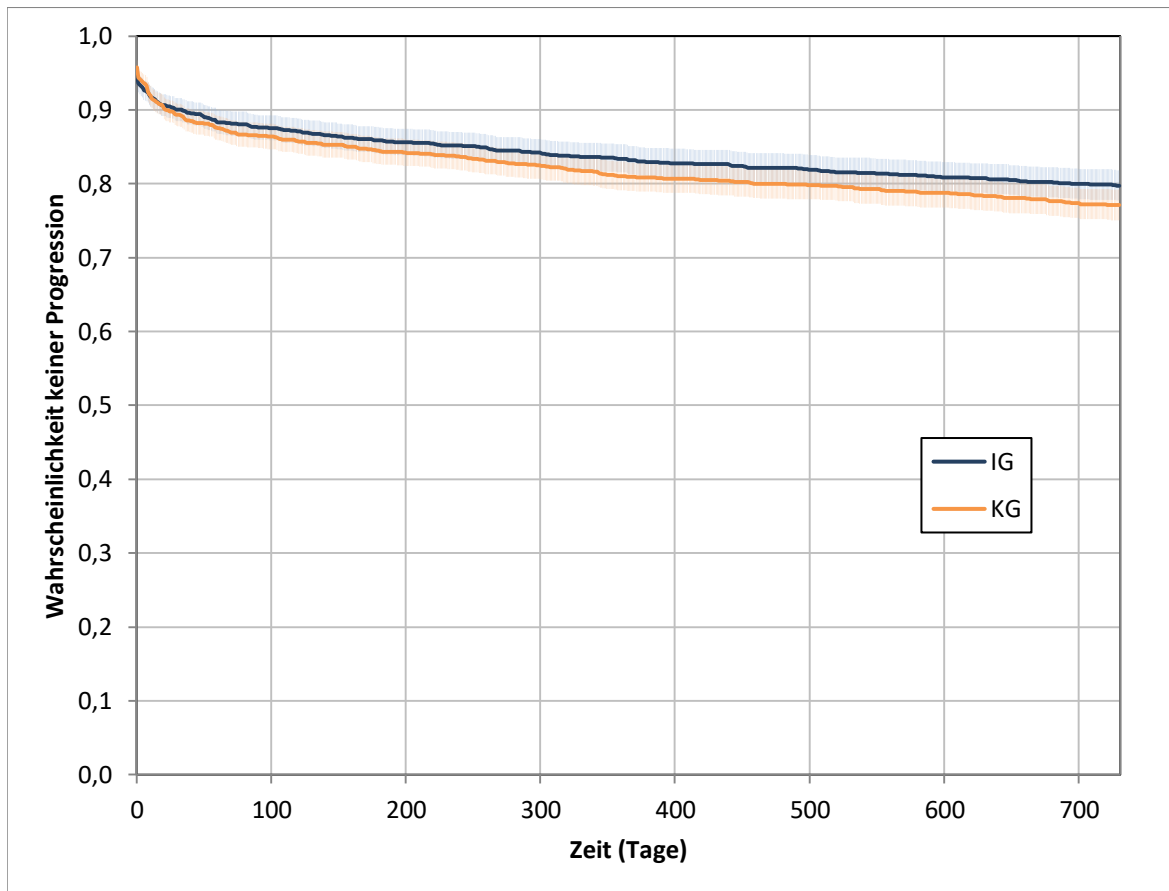
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,19 0,96...1,47	1,15 0,80...1,65	1,31** 1,10...1,54

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.456	1.457
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	542	510
• Jegliche depr. Episode ³	938	896
• ohne Suchterkrankung ⁵	988	1.028
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	27,3 %	24,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,3 %	6,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	24,2 %	27,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	911	945
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	186	231
• Jegliche depr. Episode ³	446	459
• ohne Suchterkrankung ⁵	483	544
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	20,4 %	16,5 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,1 %	5,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	13,3 %	11,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

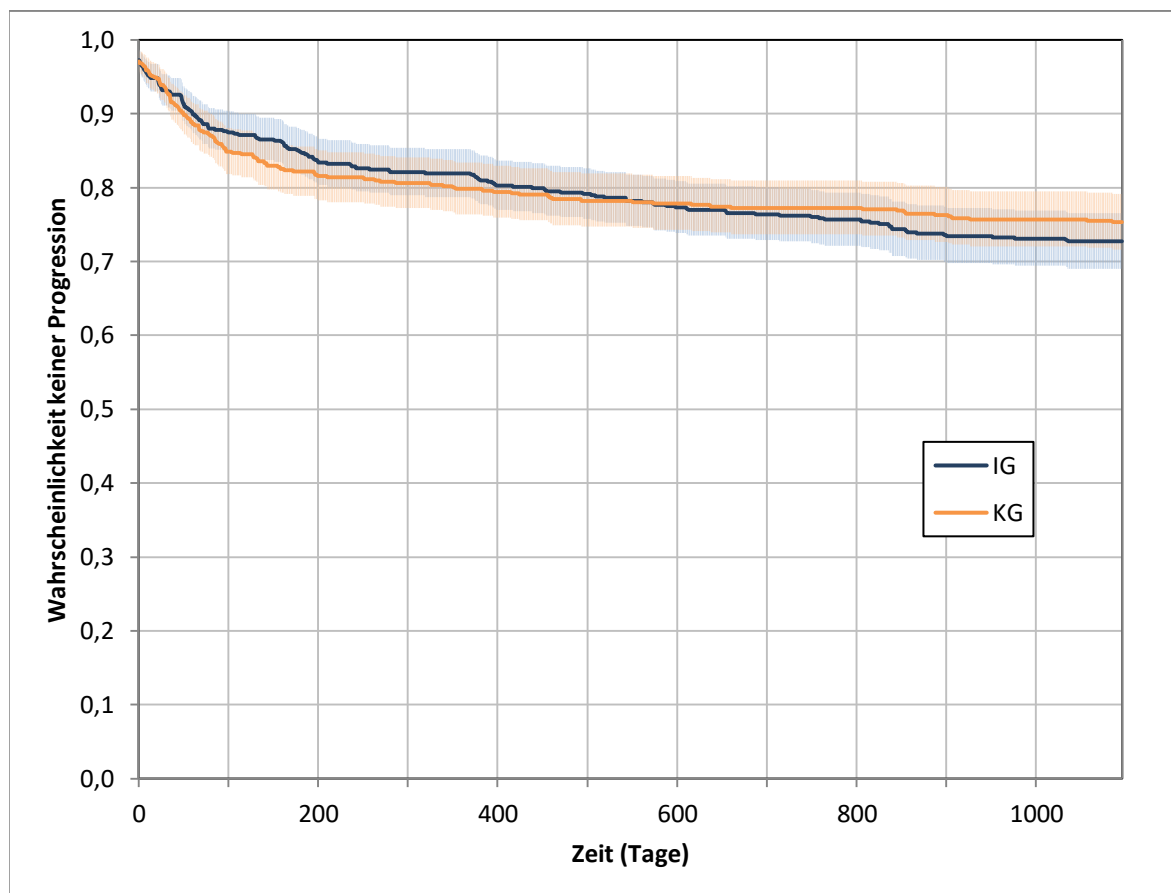
Klinikneue Patienten

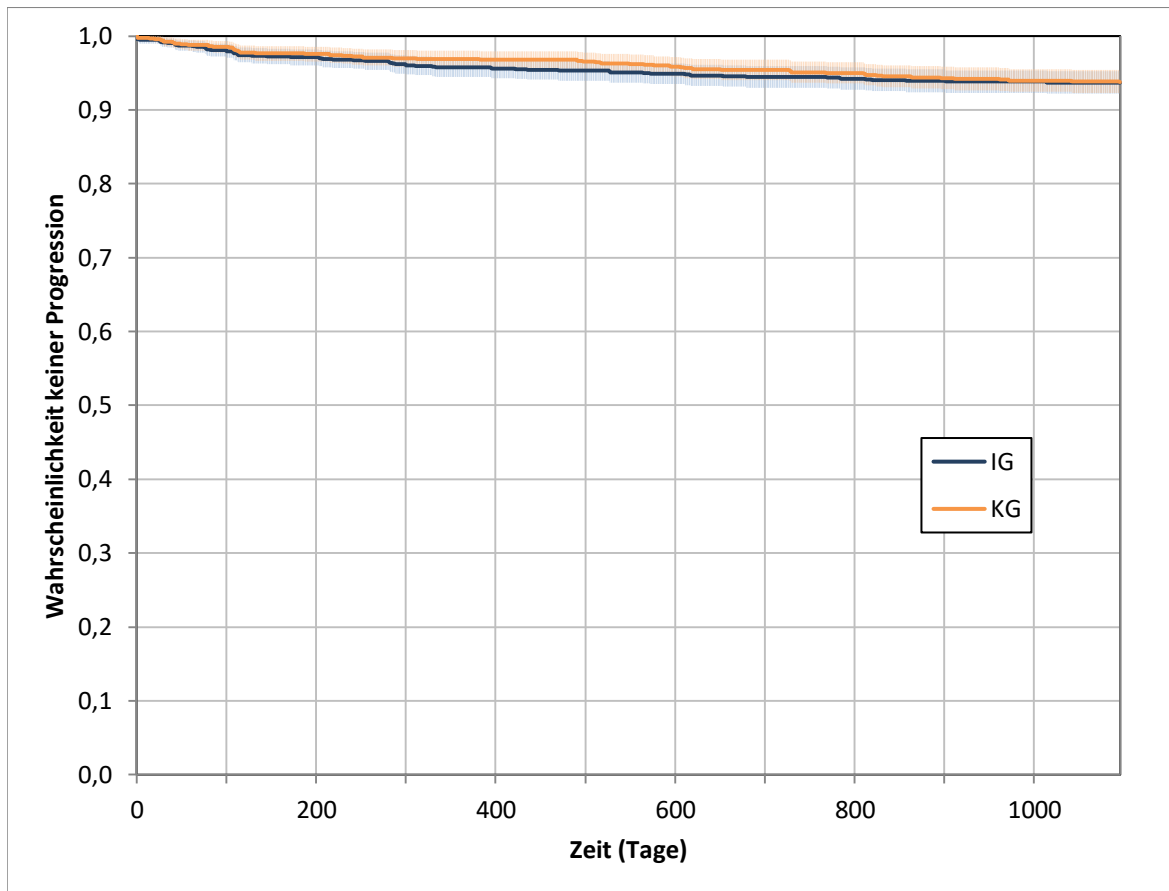
Legende für die folgenden Abbildungen:

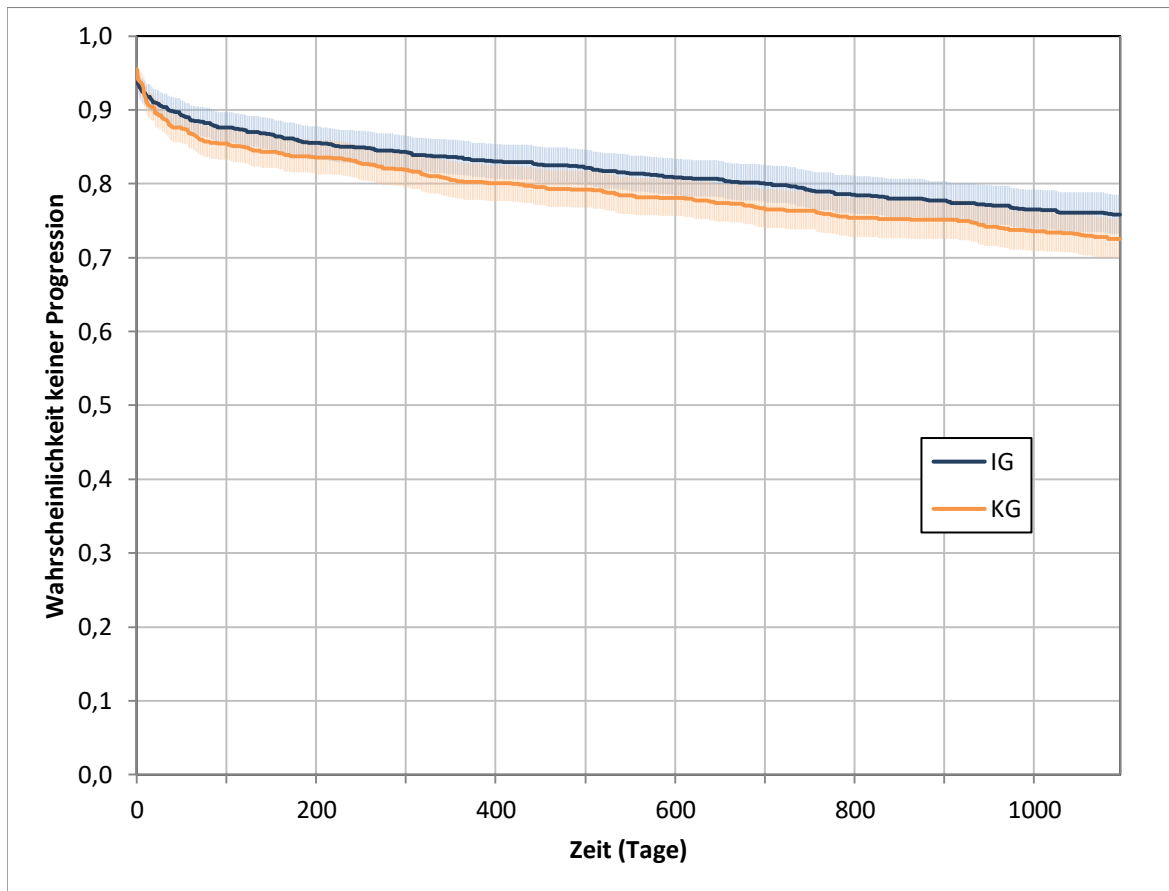
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

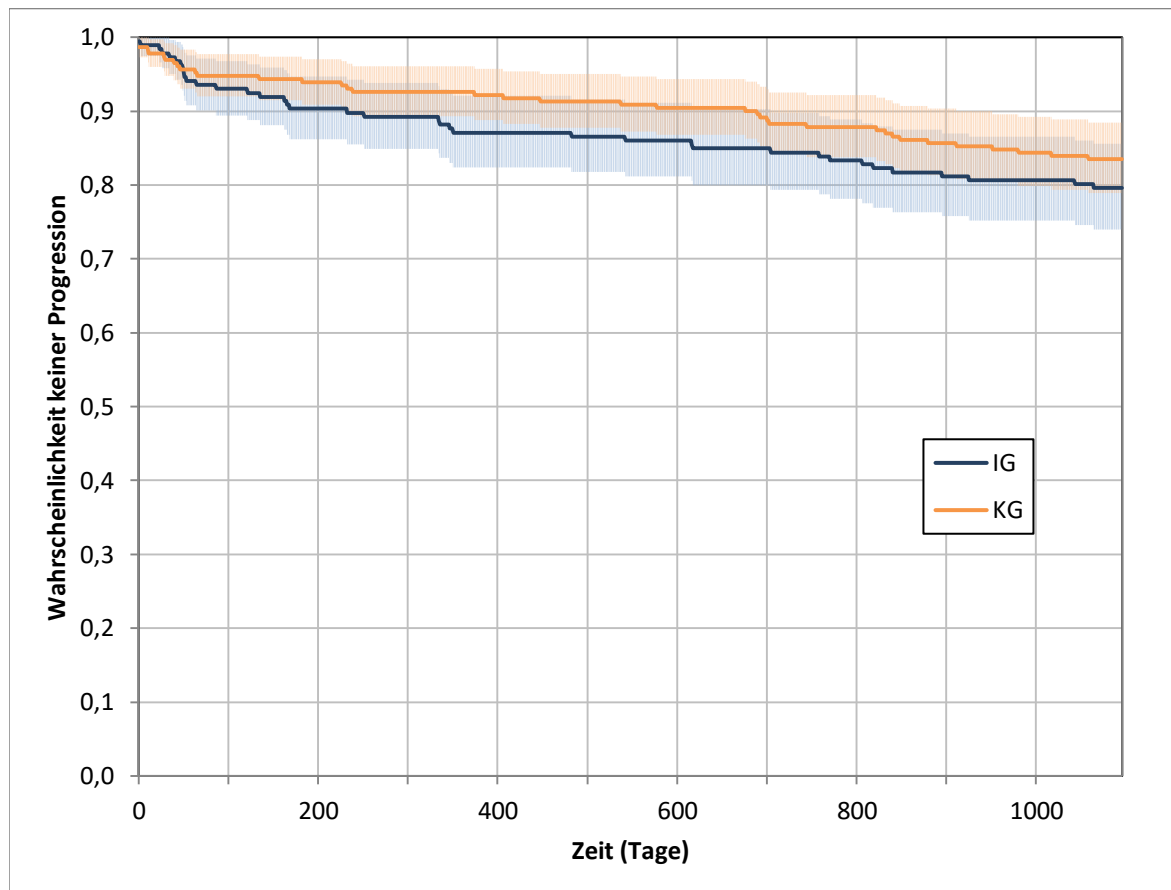
Klinikbekannte Patienten

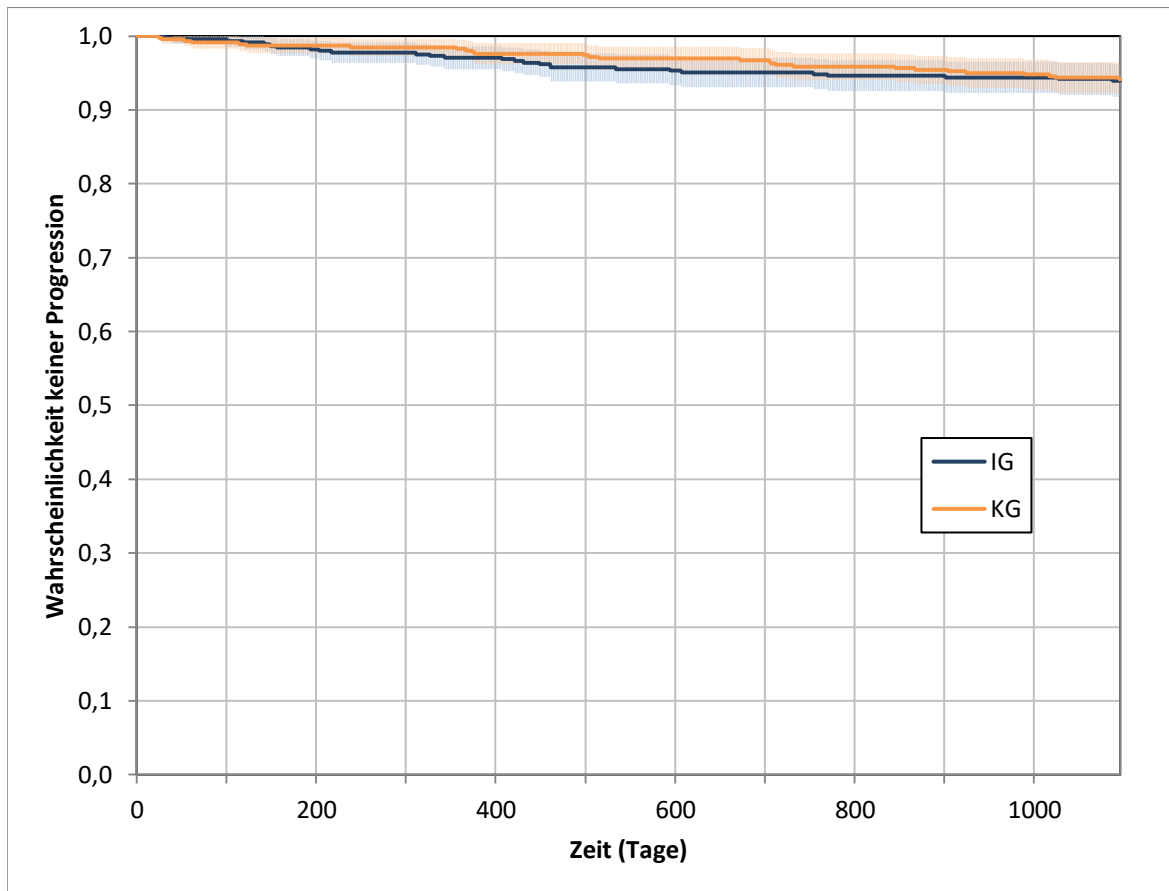
Legende für die folgenden Abbildungen:

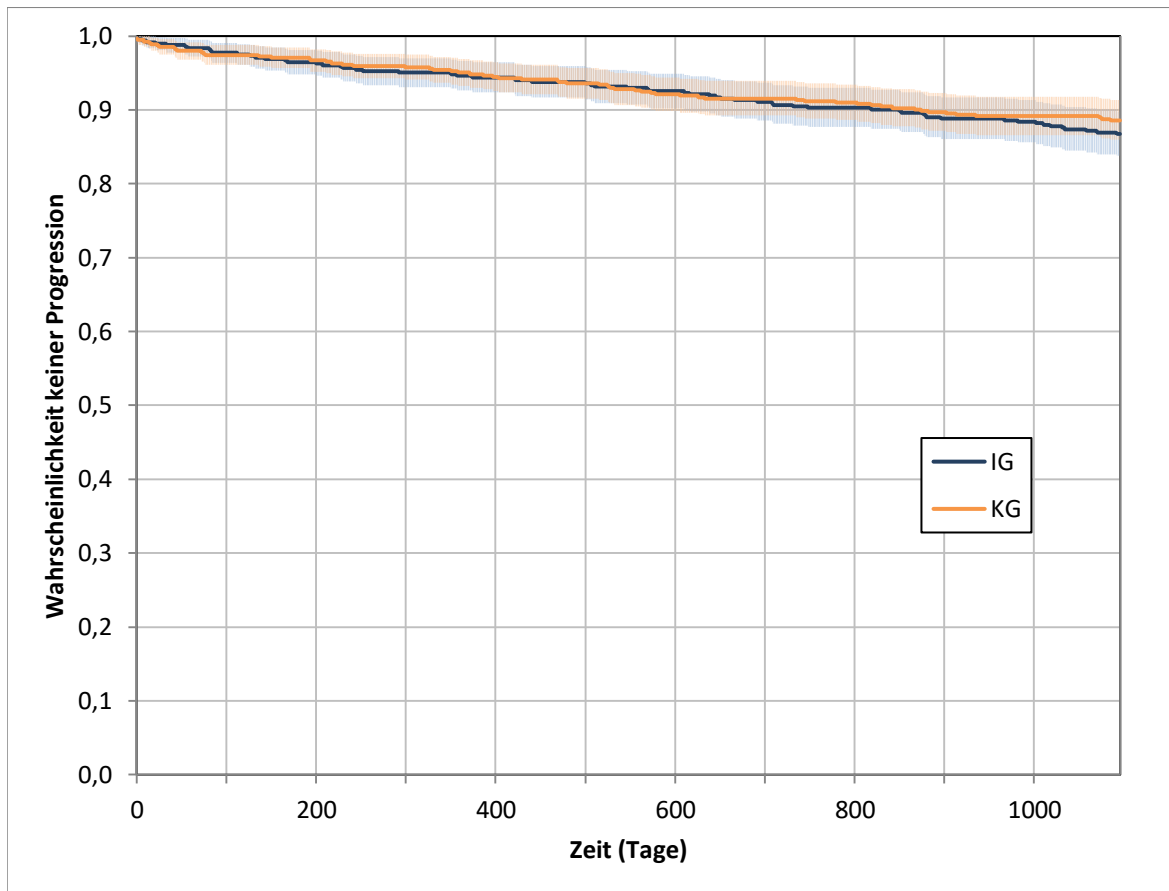
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

8.2.11 Leitlinienadhärenz

Sekundärer Outcome: Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Outcomes untersucht, inwieweit die Einhaltung der Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen in den vorhandenen Daten dokumentiert sind. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (3) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

Bei diesen Outcomes wird kein Zeitreihenvergleich erstellt, da diese zeitsensibel sind, z.B. ausgehend von erster Diagnose oder abhängig vom Vorzeitraum. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate, welche in der IG etwas höher ausfielen (IG: 4,6 %; KG: 2,0 %) sowie vergleichbar niedrige Anteile an Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,9 %; KG: 0,4 %). Bei beiden Ergebnissen war die Fallzahl zu gering, um inferenzstatistische Tests durchzuführen.

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG etwas höher als in der KG waren (IG: 4,6 %; KG: 2,5 %). Hier war jedoch die Fallzahl zu gering, um inferenzstatistische Tests durchzuführen. Auch war die Anzahl der Personen mit Demenz und keiner Antipsychotikaverordnung in der IG geringer als in der KG (IG: 37,3 %; KG: 41,6 %). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Bei der anderen Untersuchung zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 47,6 %; KG: 46,4 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiven Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (IG: 20,3 %; KG: 11,5%).

Der Anteil der Erwachsenen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG leicht höher als in der KG (IG: 87,8 %; KG: 84,5 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Auch der leicht höhere Anteil an Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und

antipsychotischer Medikation war in der IG etwas, aber nicht statistisch signifikant, größer als in der KG (IG: 96,8 %; KG: 89,2 %). Bei der anderen Untersuchung zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>109</p> <p>4,6 %</p>	<p>198</p> <p>2,0 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>217</p> <p>0,9 %</p>	<p>233</p> <p>0,4 %</p>

³ ICD-10: F10.2

⁴ Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁵ ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Demenz

Erstens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Demenz im Beobachtungszeitraum innerhalb von sechs Monaten nach Erstdiagnose eine zerebrale Bildgebung (MRT) erhalten hatte.

Zweitens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit Alzheimer-Demenz im Beobachtungszeitraum eine Therapie mit Acetylcholinesterase-Hemmern oder Memantine erhalten hatte. Personen mit stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Drittens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit Demenz im Beobachtungszeitraum *keine* Antipsychotikaverordnung erhalten hatte. Auch hier mussten Personen mit stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p>326 4,6 %</p>	<p>319 2,5 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>39 35,9 %</p>	<p>52 34,6 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>142 37,3 %</p>	<p>149 41,6 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ATC-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ATC-Codes: N05A

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>1116 47,6 %</p>	<p>1056 46,4 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>1042 20,3 %</p>	<p>1113 11,7 %</p>

¹ ICD-10: F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt mit F32.1, F32.2, F33.1, F33.2 innerhalb von 90 Tagen (da medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)

² ATC Code: N06A

⁷ ICD-10: F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen innerhalb von 90 Tagen (da Psychotherapie PIA nicht ersichtlich)

⁸ EBM: 35200-35208, 35210-35212, 35220-35225; OPS = 9-410-9-412

Schizophrenie

Erstens wurde bezüglich der pharmakologischen Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Zweitens wurde die medikamentöse Langzeitbehandlung mit Antipsychotika nach einem stationären Aufenthalt untersucht. Genauer wurde geprüft, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einem stationären Aufenthalt innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Patienten mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Drittens wurde hinsichtlich des Monitorings von möglichen Nebenwirkungen einer Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einer Langzeitmedikation (\geq zwei Rezepte mit Antipsychotika innerhalb von zwölf Monaten) einmal innerhalb von sechs Monaten ein Monitoring auf Nebenwirkungen (Ruhe-EKG, Blutuntersuchung, Blutzucker-Bestimmungen) erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war. Zusätzlich mussten Patienten mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraumes von sechs Monaten ausgeschlossen werden, da Monitoringmaßnahmen in der PIA und medikamentöse Therapien in Krankenhaus in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich waren.

Der Anteil an Patienten mit Kombinationsbehandlung aus antipsychotischer Medikation und (Kognitiver) Verhaltenstherapie konnte mit den verfügbaren Daten nicht sicher abgebildet werden, da eine mögliche Verhaltenstherapie im Rahmen der PIA nicht ersichtlich war.

Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">181</p> <p style="text-align: center;">87,8 %</p>	<p style="text-align: center;">193</p> <p style="text-align: center;">84,5 %</p>
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">93</p> <p style="text-align: center;">96,8 %</p>	<p style="text-align: center;">120</p> <p style="text-align: center;">89,2 %</p>
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;">36</p> <p style="text-align: center;">30,6 %</p>	<p style="text-align: center;">58</p> <p style="text-align: center;">29,3 %</p>

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ATC-Codes: N05A

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

⁵ ICD-10: F20, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt mit F20 im gleichen oder folgenden Quartal (da Monitoring auf Nebenwirkungen in PIA und medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)

⁶ ≥ 2 Rezepte von Antipsychotika (ATC: N05AL05, N05AX12, N05AH05, N05AD07, N05AD06, N05AF03, N05AH02, N05AF01, N05AB02, N05AG01, N05AD01, N05AA02, N05AD03, N05AH03, N05AX13, N05AB10, N05AB03, N05AG02, N05AD05, N05AX07, N05AH04, N05AX08, N05AE03, N05AL01, N05AC02, N05AE04) innerhalb von 12 Monaten

⁷ Monitoring abgebildet über EBM: 27320 (Ruhe-EKG), 32057 (Blutuntersuchung, Blutzucker), Gewichtskontrolle lässt sich über EBM nicht abbilden

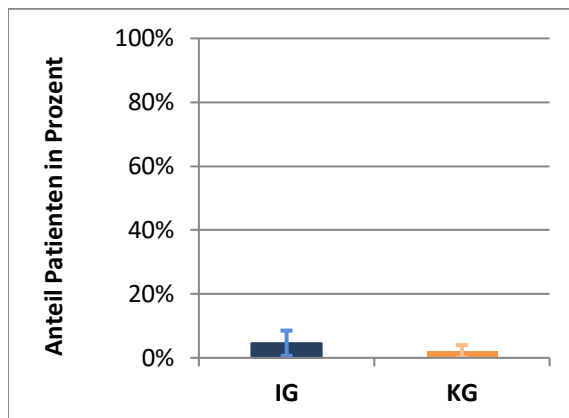
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

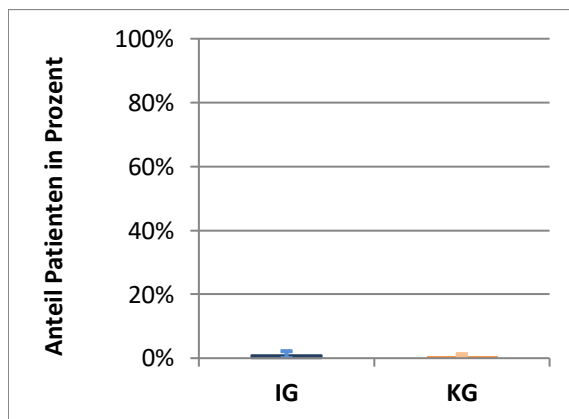
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

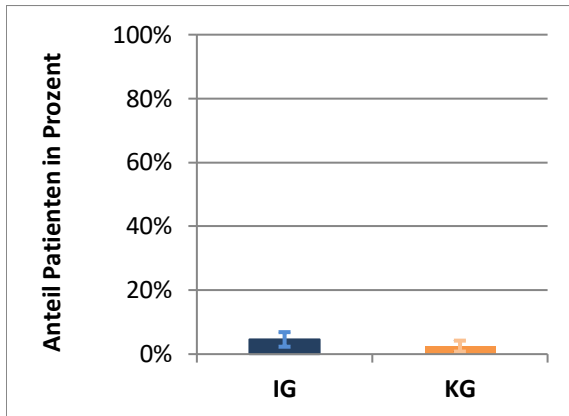
Alkoholabhängigkeit B



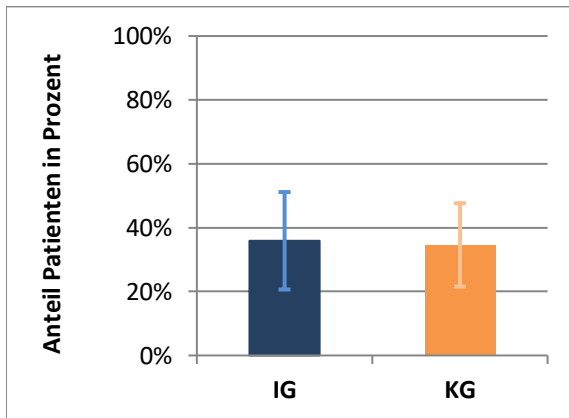
Alkoholabhängigkeit C



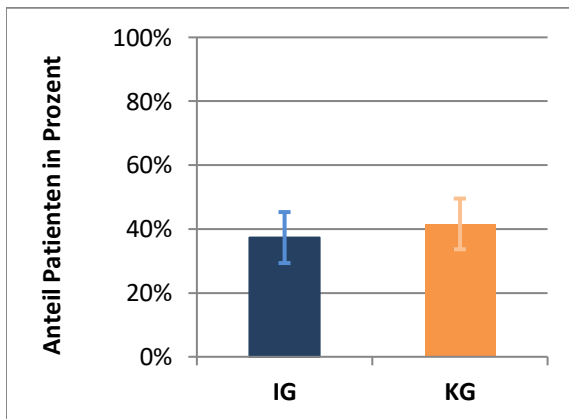
Demenz D



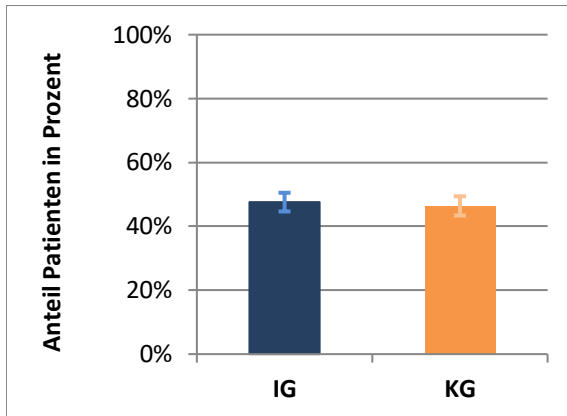
Demenz E



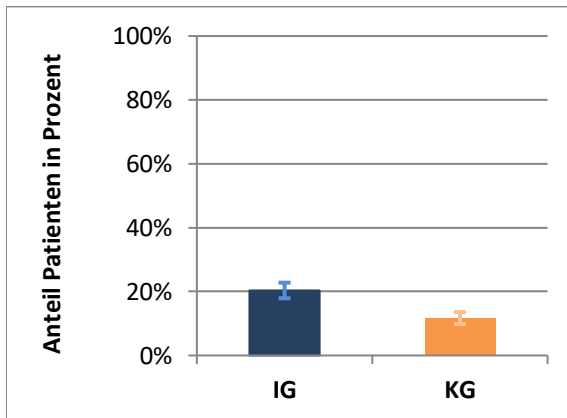
Demenz F



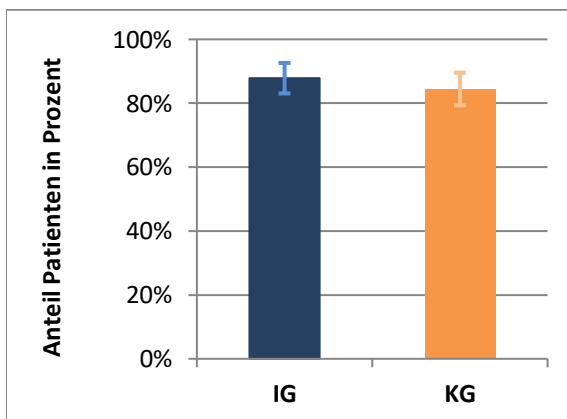
Depression G



Depression I



Schizophrenie J



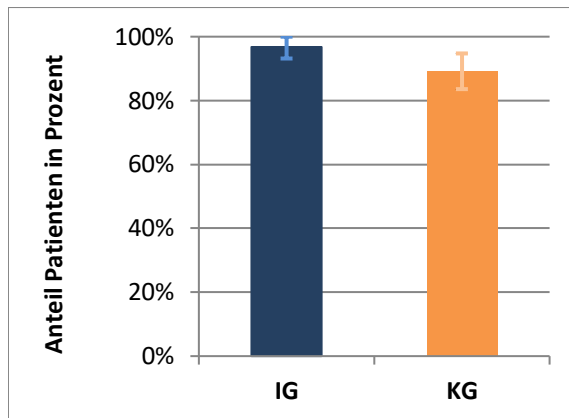
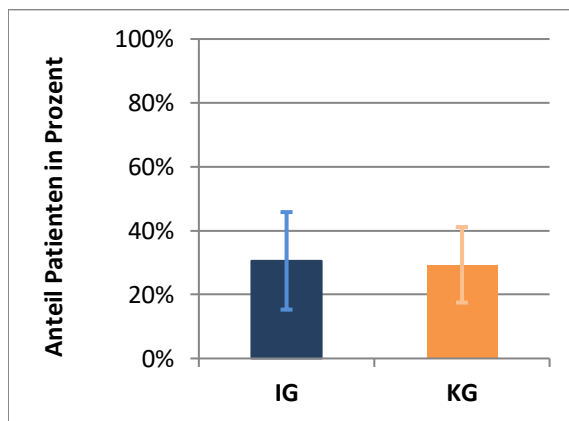
Schizophrenie K**Schizophrenie L**

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

Klinikneue Patienten

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,62 0,37...1,04	1,09 0,91...1,31	1,89*** 1,46...2,46	1,89 0,94...3,78	4,04 0,94...17,39	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 hatte die IG signifikant weniger oft ihren Referenzfall im vollstationären Setting und gleichzeitig häufiger in der PIA als die KG (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36). Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr wurden Patienten der IG weniger oft vollstationär behandelt als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten hatten mehr Patienten der IG ihren Referenzfall in der PIA und weniger im vollstationären Setting als in der KG (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37). Dieses Behandlungsmuster zog sich bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr fort.

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatten in der IG mehr Patienten als in der KG ihren Referenzfall in der PIA und weniger Patienten als in der KG hatten ihn im vollstationären Setting (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38). Dieses Behandlungsmuster setzte sich ins erste Nachbeobachtungsjahr fort.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatten mehr Patienten der IG als in der KG ihren Referenzfall in der PIA (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Gleichzeitig hatten weniger Patienten der IG als der KG ihren Referenzfall im vollstationären Setting. Dieses Muster setzte sich im ersten Nachbeobachtungsjahr fort. Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr wurden mehr Patienten der IG als in der KG in einer Kombination aus Tagesklinik und PIA bzw. einer Kombination aus vollstationärer, tagesklinischer und PIA Behandlung behandelt.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatten in der IG mehr Patienten als in der KG ihren Referenzfall in der PIA (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 40). Gleichzeitig hatten in der IG weniger Patienten als in der KG ihren Referenzfall im vollstationären Setting. Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr wurden mehr Patienten der IG als in der KG in einer Kombination aus Tagesklinik und PIA bzw. einer Kombination aus vollstationärer, tagesklinischer und PIA Behandlung behandelt.

Bei den klambekanntem Patienten hatten in der IG mehr Patienten als in der KG ihren Referenzfall in der PIA (vgl. Tabelle 68 und Abbildung 41). Gleichzeitig hatten in der IG weniger Patienten als in der KG ihren Referenzfall im vollstationären Setting. Vom ersten bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr wurden mehr Patienten der IG als in der KG in einer Kombination aus vollstationärer, tagesklinischer und PIA Behandlung behandelt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

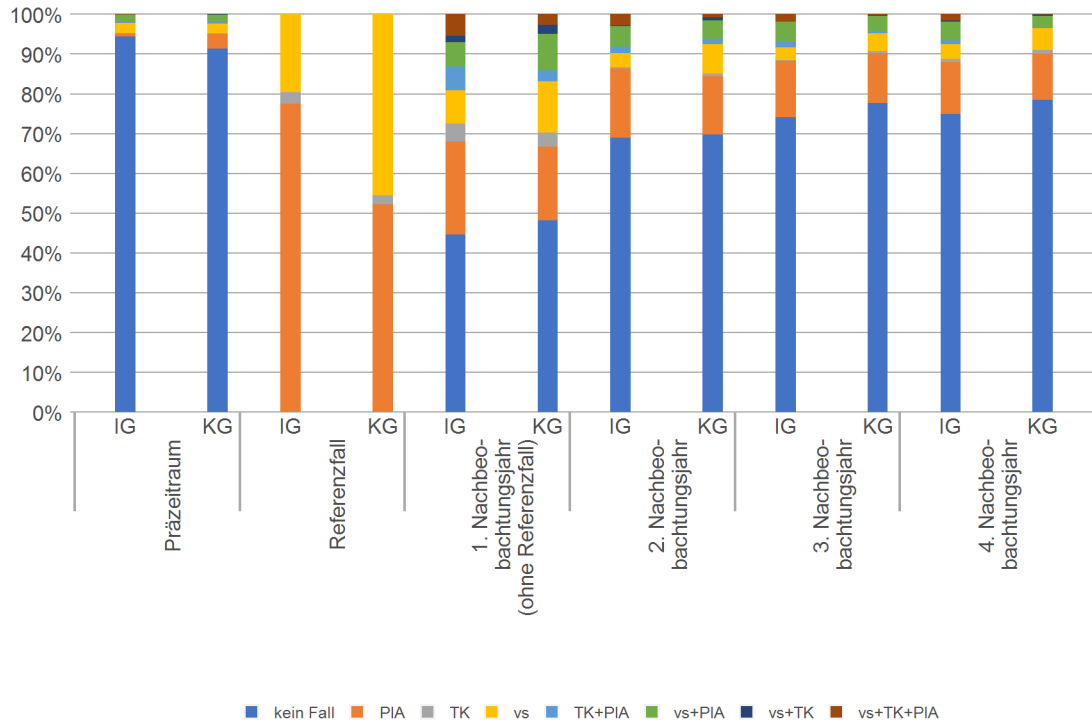
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	1		1,000				42	21	0,057	20	6	0,059	13	2	0,075	11	1	0,074
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK		1	1,000				13	17	0,856	2	5	1,000		1	1,000	2	2	1,000
vs+PIA	14	14	1,000				48	73	0,110	37	36	1,000	35	28	1,000	32	20	0,722
vs+HT																		
TK+PIA	2	3	1,000				46	21	0,020	11	8	1,000	10	3	0,611	6	1	0,736
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	20	19	1,000	152	357	<0,001	65	101	0,032	26	55	0,018	23	32	1,000	26	39	0,736
TK		1	1,000	23	17	0,414	35	28	0,856	2	5	1,000	1	4	1,000	5	6	1,000
PIA	6	30	0,001	604	409	<0,001	182	145	0,110	125	108	1,000	99	90	1,000	90	81	1,000
HT																		
kein Fall	736	715	0,137				348	377	0,554	497	515	1,000	520	556	0,854	512	548	0,736
Gesamtergebnis	779	783	0,054	779	783	<0,001	779	783	<0,001	720	738	0,018	701	716	0,083	684	698	0,074

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.

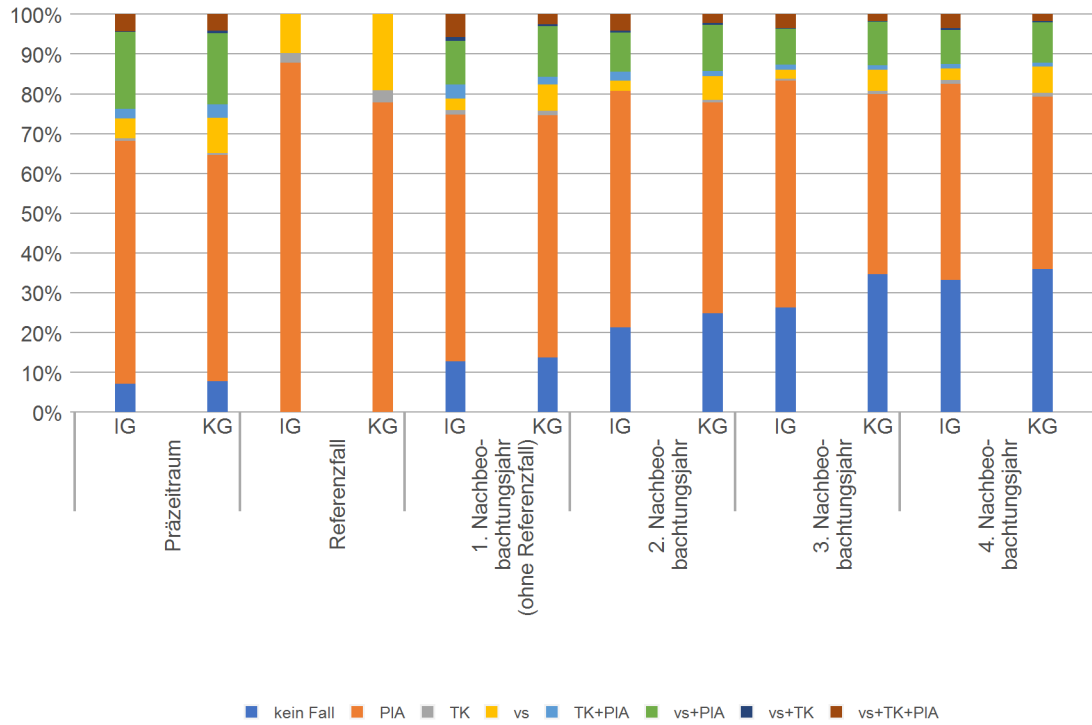
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			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	41	40	1,000				55	25	0,007	37	21	0,227	30	15	0,145	28	14	0,187
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	3	6	1,000				10	4	0,906	5	4	0,977	2	2	1,000	4	3	1,000
vs+PIA	187	174	1,000				107	123	1,000	89	107	0,509	77	96	0,776	71	87	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	23	32	1,000				34	19	0,313	21	12	0,431	12	10	1,000	8	8	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	49	86	0,011	95	185	<0,001	28	64	0,001	23	56	0,003	20	48	0,007	25	56	0,011
TK	7	5	1,000	24	30	0,485	12	11	1,000		6	0,227	3	7	1,000	7	8	1,000
PIA	593	551	0,464	853	755	<0,001	602	591	1,000	542	493	0,044	494	399	<0,001	404	368	0,108
HT																		
kein Fall	69	76	1,000				124	133	1,000	194	230	0,351	228	307	0,001	272	306	1,000
Gesamtergebnis	972	970	0,258	972	970	<0,001	972	970	<0,001	911	929	<0,001	866	884	<0,001	819	850	0,025

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

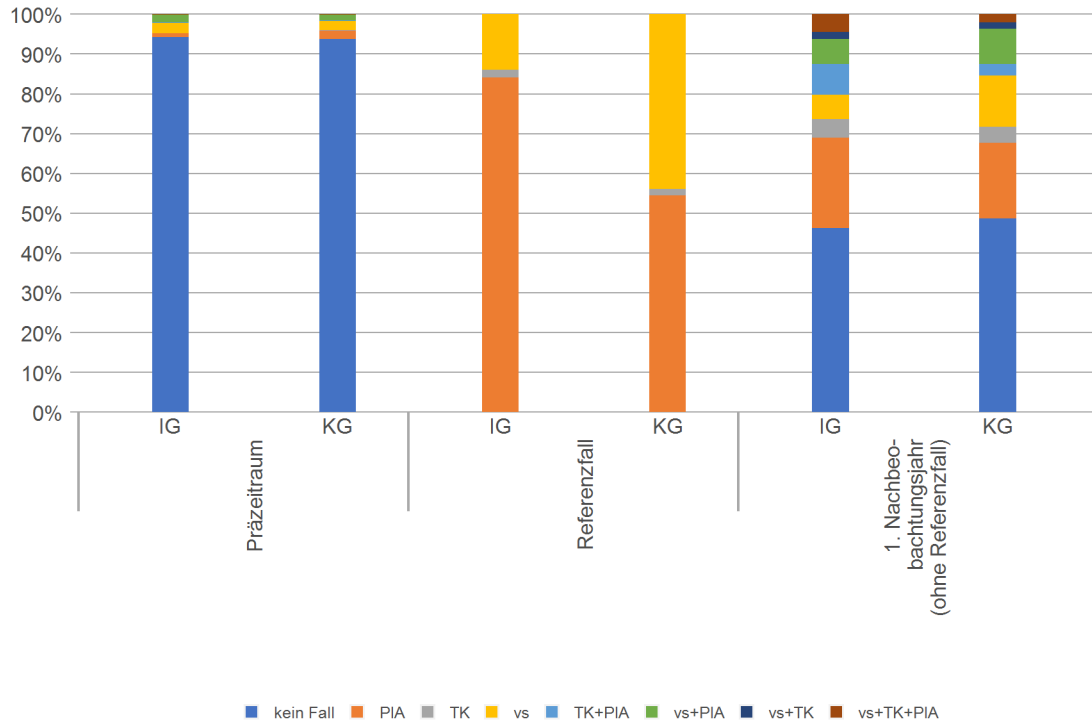
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

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

Behandlung ssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	3	1	1,000				141	64	<0,001
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	1	3	1,000				54	50	0,776
vs+PIA	60	45	1,000				197	275	<0,001
vs+HT									
TK+PIA	3	6	1,000				240	91	<0,001
TK+HT									
HT+PIA									
vs	83	69	1,000	435	1.370	<0,001	190	402	<0,001
TK		3	1,000	63	52	0,347	145	130	0,776
PIA	31	68	0,002	2.626	1.702	<0,001	714	593	<0,001
HT									
kein Fall	2.943	2.929	1,000				1.443	1.519	0,172
Gesamtergebnis	3.124	3.124	0,012	3.124	3.124	<0,001	3.124	3.124	<0,001

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

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



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

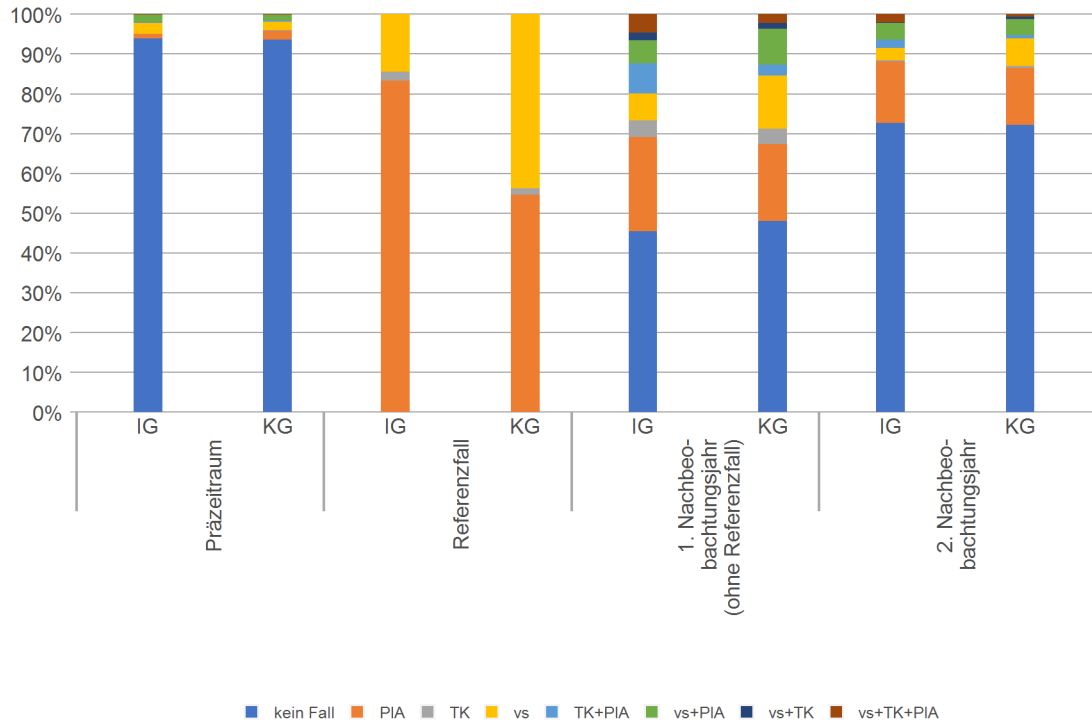
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	2	1	1,000				110	51	<0,001	47	14	<0,001
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	1	3	1,000				44	37	0,995	3	13	0,126
vs+PIA	46	33	1,000				140	214	<0,001	91	91	1,000
vs+HT												
TK+PIA	3	6	1,000				180	65	<0,001	49	19	0,002
TK+HT												
HT+PIA												
vs	65	53	1,000	342	1.039	<0,001	158	317	<0,001	67	155	<0,001
TK		3	1,000	55	40	0,145	101	91	0,995	8	10	1,000
PIA	25	52	0,026	1.977	1.298	<0,001	560	460	0,002	345	323	1,000
HT												
kein Fall	2.232	2.226	1,000				1.081	1.142	0,265	1.621	1.623	1,000
Gesamtergebnis	2.374	2.377	0,090	2.374	2.377	<0,001	2.374	2.377	<0,001	2.231	2.248	<0,001

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

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



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

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

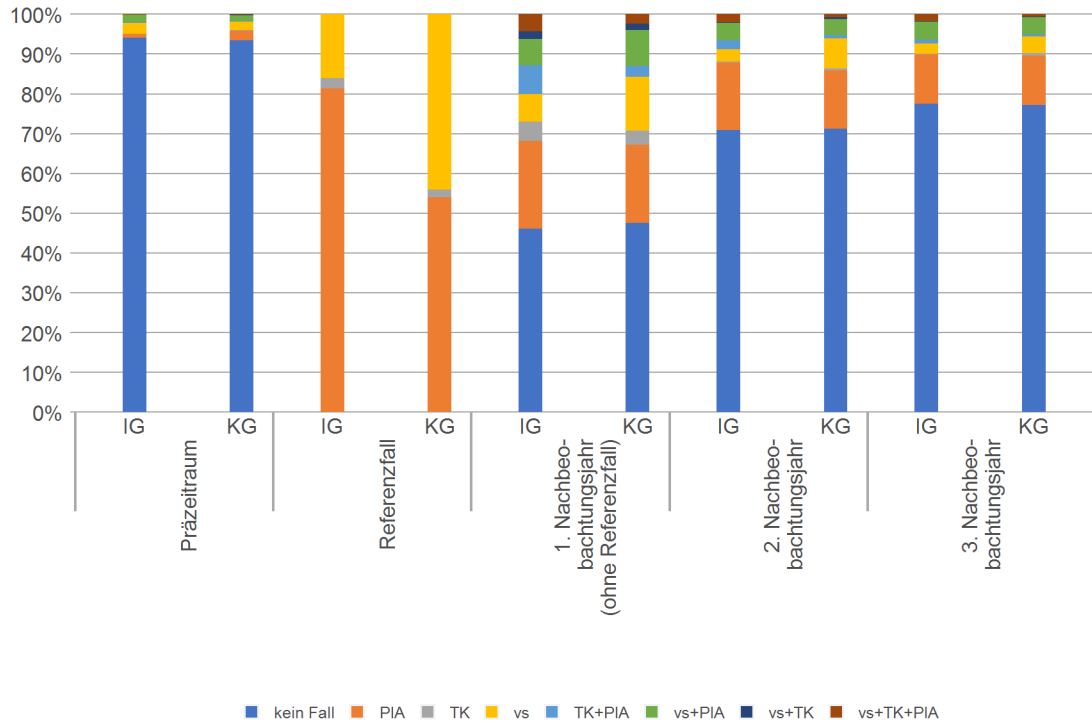
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	2	1	1,000				70	38	0,015	31	11	0,018	25	8	0,041
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK		3	1,000				32	28	0,826	2	9	0,355	4	4	1,000
vs+PIA	32	23	1,000				108	148	0,053	68	62	1,000	66	64	1,000
vs+HT															
TK+PIA	3	5	1,000				119	45	<0,001	35	12	0,008	16	8	0,755
TK+HT															
HT+PIA															
vs	44	34	1,000	263	724	<0,001	115	222	<0,001	47	116	<0,001	38	62	0,136
TK		2	1,000	44	30	0,128	80	58	0,278	6	8	1,000	2	9	0,421
PIA	15	40	0,010	1.337	887	<0,001	363	322	0,278	259	227	0,458	187	187	1,000
HT															
kein Fall	1.548	1.533	1,000				757	780	0,826	1.095	1.104	1,000	1.160	1.157	1,000
Gesamtergebnis	1.644	1.641	0,044	1.644	1.641	<0,001	1.644	1.641	<0,001	1.543	1.549	<0,001	1.498	1.499	0,026

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

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



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

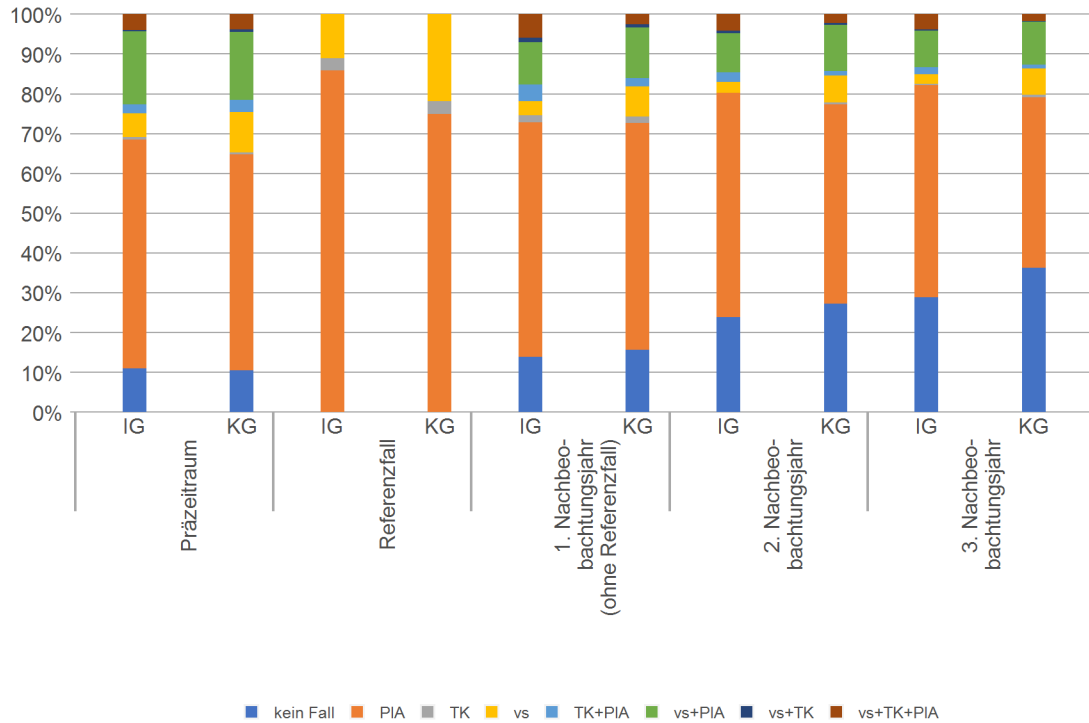
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			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	43	41	1,000				64	28	0,001	42	23	0,110	37	16	0,022
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	4	7	1,000				11	7	1,000	6	4	0,726	2	2	1,000
vs+PIA	197	185	1,000				116	139	0,733	99	121	0,367	89	106	0,907
vs+HT															
TK+PIA	25	32	1,000				45	22	0,037	25	12	0,198	17	10	0,907
TK+HT															
HT+PIA															
vs	63	109	0,003	119	235	<0,001	38	82	<0,001	28	69	<0,001	23	64	<0,001
TK	7	6	1,000	33	36	0,813	19	16	1,000		6	0,198	3	7	0,907
PIA	620	585	0,894	925	808	<0,001	634	616	1,000	570	518	0,038	514	419	<0,001
HT															
kein Fall	118	114	1,000				150	169	1,000	242	281	0,302	278	356	0,003
Gesamtergebnis	1.077	1.079	0,235	1.077	1.079	<0,001	1.077	1.079	<0,001	1.012	1.034	<0,001	963	980	<0,001

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

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



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

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1: Die unterschiedliche Intensität der Behandlung klinikneuer Patienten hinsichtlich Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting, sowie die durchschnittliche Anzahl an PIA Kontakten werden in Tabelle 69 bis Tabelle 72 dargestellt. Die entsprechenden Darstellungen für die klinikbekannten Patienten finden sich in Tabelle 73 bis Tabelle 76.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

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

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	779	783	779	783	779	783	779	783	779	783	779	783	720	738	720	738	701	716	701	716	684	698	684	698
N mit Fall	35	34	3	5	152	357	23	17	168	212	136	87	85	102	35	24	71	63	24	10	55	60	18	9
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,2	0,0	0,1	0,3	1,2	0,2	0,2	0,8	1,5	1,1	0,9	0,4	0,6	0,3	0,2	0,5	0,4	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,7	0,0	0,1	0,9	4,1	0,5	0,4	2,2	3,8	2,7	2,2	1,6	1,8	0,7	0,5	1,5	1,0	0,6	0,3	1,2	0,9	0,3	0,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,1	0,1			0,2	0,1			0,2	0,1			0,2	0,1			0,1	0,0		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1			0,2	0,9			0,5	0,9			0,5	0,4			0,4	0,3			0,3	0,2		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0	0,2	0,5		0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1			0,0	0,1	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0	0,1	0,6		0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1			0,0	0,1	0,0	0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0				0,1			0,3	0,5		0,0		0,1		0,0								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0				0,1			0,3	0,5		0,0		0,1		0,0								
Gesamt	1,5	1,1	0,1	0,2	1,5	6,6	0,7	0,7	4,6	8,3	3,8	4,4	2,9	3,2	1,0	0,8	2,8	1,9	0,7	0,5	2,0	1,6	0,5	0,2

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	779	783	779	783	779	783	779	783	779	783	779	783	720	738	720	738	701	716	701	716	684	698	684	698
N mit Fall	35	34	3	5	152	357	23	17	168	212	136	87	85	102	35	24	71	63	24	10	55	60	18	9
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,9	4,4	7,7	8,4	1,7	2,6	6,6	8,7	3,7	5,7	6,5	8,5	3,8	4,4	7,0	6,8	5,0	4,4	4,2	12,5	5,1	3,8	6,0	6,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	18,1	17,2	11,3	20,8	4,5	9,0	17,3	20,0	10,4	14,1	15,5	19,6	13,5	13,1	13,5	16,3	14,8	11,9	16,1	23,2	14,6	10,5	11,6	9,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,0	0,6			0,4	0,3			0,8	0,4			1,6	0,6			1,8	0,6			1,6	0,5		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,3	1,9			1,2	2,0			2,2	3,2			4,3	2,9			4,0	2,9			3,1	2,8		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	0,1		3,4		0,1		1,1	0,9	1,9		5,1	0,5	0,4	0,2	0,5	0,9	1,2			0,3	0,9	0,5	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	0,0		4,2		0,1		0,6	0,7	2,1		6,1	0,6	0,2	0,2	0,8	1,3	0,8			0,2	0,7	0,5	0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,4	1,0				0,2				1,2	1,8		0,3		0,8		0,2							
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	0,6				0,2				1,3	1,7		0,1		0,4		0,2							
Gesamt	32,4	25,8	19,0	36,8	7,8	14,5	23,9	30,5	21,2	30,8	22,0	39,8	24,3	22,8	20,9	24,7	27,8	21,7	20,4	35,7	24,9	19,1	18,6	15,9

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	777	781	777	781	777	781	718	736	699	714	682	696
N mit Fall	22	43	602	409	317	260	192	158	156	123	138	103
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,2	0,4	0,6	0,4	0,7	0,6	0,6	0,4	0,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	0,9	0,6	1,4	1,1	1,0	1,0	0,8	0,9	0,7	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,5	0,1	0,3	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,1	0,7	0,2	0,5	0,1	0,5	0,2	0,3	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,3	0,9	0,8	1,8	1,7	1,4	1,7	1,4	1,5	1,2	1,5
Gesamt	0,1	0,3	1,3	0,9	2,5	1,8	1,9	1,9	1,9	1,6	1,5	1,7

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	777	781	777	781	777	781	718	736	699	714	682	696
N mit Fall	22	43	602	409	317	260	192	158	156	123	138	103
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,6	2,0	0,0	0,4	1,1	1,7	1,5	3,4	2,5	3,5	2,2	4,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,8	3,0	1,1	1,2	3,4	3,3	3,7	4,6	3,6	5,0	3,6	5,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,3	0,5	0,2	1,6	0,5	1,9	0,5	2,1	0,8	1,4	0,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,3	0,5	0,2	1,6	0,6	2,0	0,6	2,2	0,9	1,5	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	5,0	1,2	1,6	4,5	5,0	5,2	8,1	6,2	8,5	5,8	10,3
Gesamt	2,5	5,3	1,7	1,8	6,1	5,5	7,2	8,7	8,3	9,4	7,3	11,3

Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	972	970	972	970	972	970	972	970	972	970	972	970	911	929	911	929	866	884	866	884	819	850	819	850
N mit Fall	280	306	74	83	95	185	24	30	200	216	111	59	154	188	63	43	129	161	47	34	132	134	34	21
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	1,2	0,4	0,7	0,2	0,5	0,2	0,3	0,6	0,8	0,7	0,5	0,6	0,7	0,3	0,2	0,7	0,7	0,2	0,2	0,5	0,5	0,2	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,4	4,6	1,3	1,7	0,5	1,8	0,4	0,6	2,0	3,0	1,5	1,0	1,8	2,8	0,8	0,6	2,4	2,3	0,6	0,6	1,7	1,7	0,5	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2			0,1	0,1			0,2	0,1			0,4	0,2			0,5	0,1			0,5	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,9	1,3			0,1	0,4			0,6	1,0			0,8	1,0			1,3	0,7			1,7	0,8		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,1		0,1		0,1		0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1		0,1	0,0	0,0		0,1	0,0	0,1		0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,2		0,2		0,1		0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1		0,1	0,0	0,0		0,1	0,0	0,1		0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2		0,0		0,0			0,0	0,1				0,0		0,0								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2		0,0		0,0			0,0	0,1				0,0		0,0								
Gesamt	7,5	8,0	1,8	2,7	0,9	2,9	0,6	1,1	3,6	5,4	2,2	1,7	3,6	4,9	1,1	1,0	5,0	4,0	0,8	0,9	4,5	3,4	0,7	0,4

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	972	970	972	970	972	970	972	970	972	970	972	970	911	929	911	929	866	884	866	884	819	850	819	850
N mit Fall	280	306	74	83	95	185	24	30	200	216	111	59	154	188	63	43	129	161	47	34	132	134	34	21
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,5	3,9	5,8	7,9	1,6	2,4	6,7	9,1	3,1	3,6	5,7	7,7	3,7	3,4	4,6	5,3	4,5	4,1	3,9	5,8	3,2	3,4	3,7	6,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	15,3	14,5	17,6	19,5	5,1	9,3	15,8	20,8	9,8	13,6	13,4	16,5	10,5	13,8	11,9	13,6	16,4	12,5	10,3	15,1	10,6	10,6	12,3	8,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,5			0,9	0,3			1,0	0,6			2,6	0,9			3,2	0,8			3,1	0,9		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	6,8	4,2			1,2	2,2			2,7	4,6			4,4	5,0			8,9	3,9			10,8	5,2		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,5		1,6		0,3		2,3	0,2	0,4	0,0	1,2	0,2	0,3		1,5	0,1	0,2		1,5	0,1	0,6		1,8
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,5		2,3		0,4		3,8	0,2	0,4	0,0	1,8	0,1	0,4		1,3	0,1	0,2		1,5	0,0	0,7		1,7
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,6		0,5		0,2			0,2	0,5				0,2		0,8								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,5		0,3		0,2			0,2	0,5				0,2		0,2								
Gesamt	26,1	25,2	23,5	32,1	8,8	15,3	22,5	36,0	17,5	24,2	19,2	27,2	21,5	24,1	16,5	22,7	33,2	21,7	14,1	23,9	27,8	21,4	16,0	17,9

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	971	969	971	969	971	969	910	928	865	883	818	849
N mit Fall	842	794	852	754	797	757	688	633	612	520	510	477
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,3	4,2	0,3	1,2	2,2	4,3	2,8	4,0	2,6	3,9	2,0	3,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,3	4,0	0,7	1,2	3,4	3,6	3,6	3,4	3,5	3,5	2,6	3,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,4	0,6	1,2	0,2	1,5	0,6	1,2	0,6	1,0	0,5	0,7	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,5	0,8	1,4	0,3	1,5	0,8	1,3	0,8	1,1	0,8	0,8	0,7
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,6	8,2	0,9	2,4	5,6	7,9	6,4	7,5	6,1	7,4	4,6	6,6
Gesamt	6,1	9,1	2,3	2,7	7,2	8,8	7,7	8,3	7,2	8,2	5,3	7,3

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	971	969	971	969	971	969	910	928	865	883	818	849
N mit Fall	842	794	852	754	797	757	688	633	612	520	510	477
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,5	5,1	0,3	1,5	2,7	5,6	3,7	5,9	3,7	6,6	3,1	6,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,9	4,9	0,8	1,6	4,1	4,6	4,8	5,0	4,9	5,9	4,2	5,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,7	0,7	1,3	0,3	1,8	0,7	1,6	0,8	1,4	0,9	1,1	0,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,8	1,0	1,6	0,4	1,9	1,1	1,7	1,2	1,6	1,3	1,2	1,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,3	10,0	1,1	3,1	6,9	10,2	8,5	11,0	8,7	12,6	7,3	11,7
Gesamt	7,1	11,1	2,6	3,5	8,7	11,2	10,2	12,1	10,2	13,9	8,6	13,0

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 (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.144,28 € größere Kosten als die KG mit 924,94 €. Im Präzeitraum ergaben sich die gesamten Kosten in beiden Gruppen hauptsächlich aus den Kosten vollstationärer psychiatrischer Versorgung (IG: 57 %; KG: 52 %), den Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (IG: 23 %; KG: 20 %) und den Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 18 %; KG: 22 %). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.440,07 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.686,86 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr setzten sich die Kosten überwiegend aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 62 %; KG: 76 %) und der Kosten der teilstationären Versorgung (IG: 18 %; KG: 11 %) zusammen. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 133,56 €. Die Kosten ergaben sich weiterhin zum Großteil aus den Kosten der voll- und teilstationären psychiatrischen Versorgung sowie der Psychopharmakaversorgung. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.466,12 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.579,58 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.504,18 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 333,12 € nicht signifikant ($p = 0,163$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.428,95 € höhere Kosten als die KG mit 5.293,69 €. Im Präzeitraum setzten sich die Kosten zum Großteil aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 62 %; KG: 63 %) sowie den Kosten der Psychopharmakaversorgung zusammen (IG: 16 %; KG: 17 %). Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 5.322,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.840,75 €. Der Anteil der vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten an den Gesamtkosten nahm im ersten Jahr ab (IG: 52 %; KG: 63 %). V.a. in der IG nahm dafür der Anteil

der teilstationären Kosten zu (IG: 13 %; KG: 7 %). Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 653,66 € nicht signifikant ($p=0,130$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.623,62 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.375,02 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 168,37 € nicht signifikant ($p=0,644$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.080,87 € mehr Kosten als die KG mit 875,35 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.020,98 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.604,02 €. Im Präzeitraum stellten die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung in beiden Gruppen den größten Kostenblock (IG: 59 %; KG: 57 %), gefolgt von den Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 22 %; KG: 19 %). Im ersten Nachbeobachtungsjahr ergaben die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 56 %; KG: 76 %) zusammen mit den Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 22 %; KG: 11 %) den Großteil der Gesamtkosten.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.140,49 € mehr Kosten als die KG mit 841,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.044,34 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.552,11 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.806,60 € signifikant ($p<0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.073,82 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.067,73 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.066,09 € signifikant ($p<0,001$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.164,94 € größere Kosten als die KG mit 881,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.015,72 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.516,23 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.713,95 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.548,42 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.198,65 € etwas mehr Kosten als die KG mit 5.087,44 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.686,11 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.074,09 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 4.120,73 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.762,94 €.

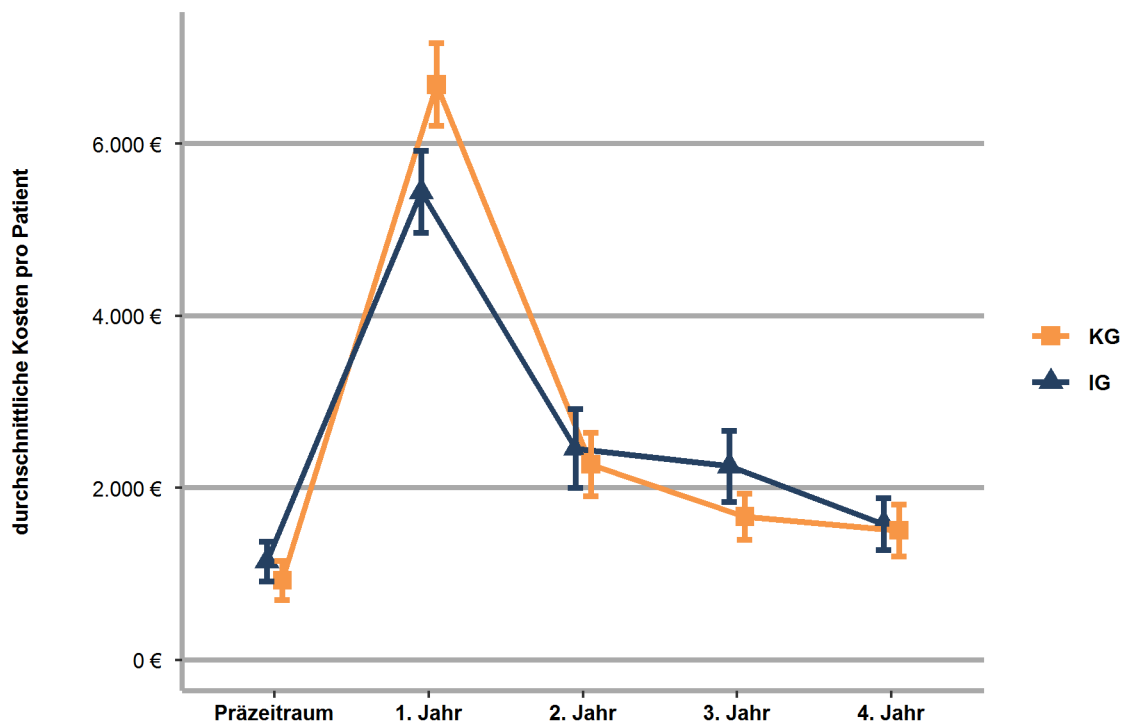
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	689	779	626	585	509	689	783	649	586	511
Mittelwert	1.144,28 €	5.440,07 €	2.458,38 €	2.253,27 €	1.579,58 €	924,94 €	6.686,86 €	2.271,52 €	1.666,13 €	1.504,18 €
Standardabweichung	3.941,46 €	8.121,70 €	7.433,97 €	6.658,51 €	4.759,19 €	3.854,73 €	8.157,57 €	6.051,40 €	4.343,95 €	4.874,86 €
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	57,77 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	26,95 €	510,99 €	41,91 €	24,16 €	0,00 €	27,65 €	785,14 €	39,75 €	21,23 €	0,00 €
Median	110,09 €	1.972,60 €	542,20 €	300,44 €	98,01 €	129,10 €	3.492,78 €	367,44 €	229,26 €	89,24 €
75%-Perzentil	597 €	7.289 €	1.848 €	1.262 €	563 €	591 €	10.205 €	1.590 €	1.089 €	743 €
Maximum	67.121 €	74.518 €	139.190 €	106.167 €	46.566 €	74.425 €	60.170 €	88.634 €	35.957 €	74.962 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	966	972	888	833	766	958	970	900	831	789
Mittelwert	5.428,95 €	5.322,35 €	3.689,04 €	4.024,61 €	3.623,62 €	5.293,69 €	5.840,75 €	3.794,37 €	3.756,98 €	3.375,02 €
Standardabweichung	8.742,10 €	8.303,23 €	7.323,92 €	8.706,29 €	9.309,28 €	8.329,04 €	8.763,95 €	6.803,92 €	7.660,49 €	6.645,65 €
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	56,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	857,10 €	963,54 €	562,73 €	540,70 €	330,25 €	739,62 €	976,35 €	549,97 €	327,15 €	237,76 €
Median	1.796,48 €	1.950,96 €	1.230,39 €	1.223,31 €	950,96 €	1.841,45 €	2.056,89 €	1.288,51 €	1.116,22 €	1.025,21 €
75%-Perzentil	6.900,16 €	6.269,23 €	3.343,96 €	2.978,29 €	2.621,03 €	6.677,68 €	7.639,64 €	3.612,71 €	2.944,91 €	2.279,01 €
Maximum	82.442 €	70.024 €	76.617 €	106.151 €	149.291 €	85.397 €	71.601 €	64.710 €	91.203 €	50.967 €

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

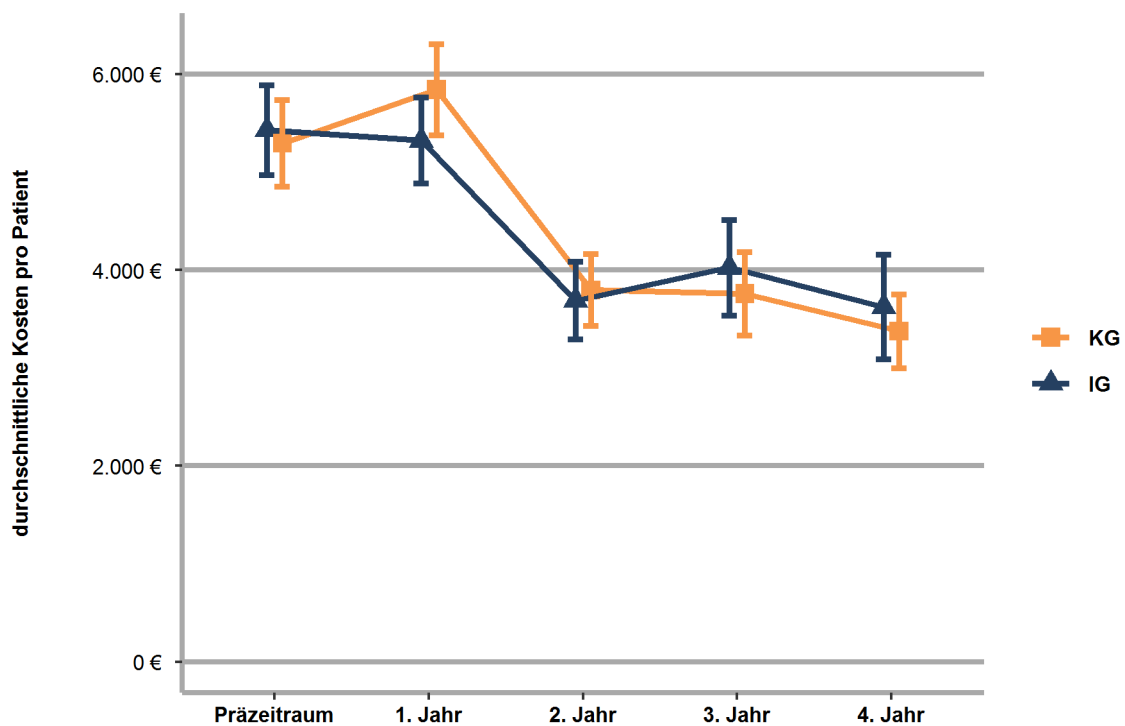


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	924,94 €	<0,001	924,94 €	<0,001	-578,25 €	0,147
IG (vs. KG)	219,34 €	0,266	219,34 €	0,266	268,50 €	0,111
Post (vs. Prä)	2.194,33 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-333,12 €	0,163				
1. Jahr (vs. Prä)			5.761,92 €	<0,001	6.676,18 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.346,57 €	<0,001	2.239,04 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			741,19 €	<0,001	1.611,02 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			579,24 €	0,007	1.434,24 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.466,12 €	<0,001	-1.550,01 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-32,47 €	0,920	-146,00 €	0,655
IG x Jahr 3 (DiD)			367,80 €	0,201	272,57 €	0,349
IG x Jahr 4 (DiD)			-143,94 €	0,621	-225,08 €	0,424
Alter (30-47 J. vs. U30)					-373,00 €	0,195
Alter (48-64 J. vs. U30)					346,24 €	0,306
Alter (Ü64 vs. U30)					-835,61 €	0,018
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					336,29 €	0,091
F 00 (Demenz)					194,35 €	0,894
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.741,92 €	0,072
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					13,12 €	0,972
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					2.863,58 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					92,84 €	0,774
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.014,09 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					790,49 €	0,006
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					172,55 €	0,592
F 45 (Somatoforme Störungen)					-486,26 €	0,119
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-483,14 €	0,178
F 50 (Essstörungen)					349,44 €	0,662
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.114,89 €	0,180
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.477,02 €	0,347
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.519,04 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.679,84 €	0,135
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.536,45 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.067,09 €	0,035
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.773,07 €	0,003
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					218,66 €	0,120
R ²		0,017		0,086		0,171

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	5.293,69 €	<0,001	5.293,69 €	<0,001	-1.116,21 €	0,240
IG (vs. KG)	135,26 €	0,727	135,26 €	0,727	438,11 €	0,138
Post (vs. Prä)	-1.060,16 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-168,37 €	0,644				
1. Jahr (vs. Prä)			547,06 €	0,073	5.392,07 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-1.499,32 €	<0,001	3.273,19 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-1.536,71 €	<0,001	3.157,98 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.918,67 €	<0,001	2.717,45 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-653,66 €	0,130	-924,27 €	0,029
IG x Jahr 2 (DiD)			-240,58 €	0,540	-548,03 €	0,126
IG x Jahr 3 (DiD)			132,37 €	0,775	-168,45 €	0,699
IG x Jahr 4 (DiD)			113,34 €	0,812	-206,31 €	0,645
Alter (30-47 J. vs. U30)					-597,52 €	0,254
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.280,72 €	0,008
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.413,79 €	0,007
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					455,96 €	0,059
F 00 (Demenz)					1.949,65 €	0,011
F 01 (Vaskuläre Demenz)					940,28 €	0,085
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					78,87 €	0,846
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					3.328,94 €	0,098
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.603,80 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.620,45 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.643,79 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					560,44 €	0,102
F 45 (Somatoforme Störungen)					-349,06 €	0,326
F 40-48 (ohne F43 und F45)					451,51 €	0,514
F 50 (Essstörungen)					-4.013,86 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.555,34 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.173,32 €	0,129
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					804,13 €	0,658
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-872,75 €	0,114
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.060,22 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.702,56 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.628,57 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-435,08 €	0,499
R ²		0,003		0,012		0,158

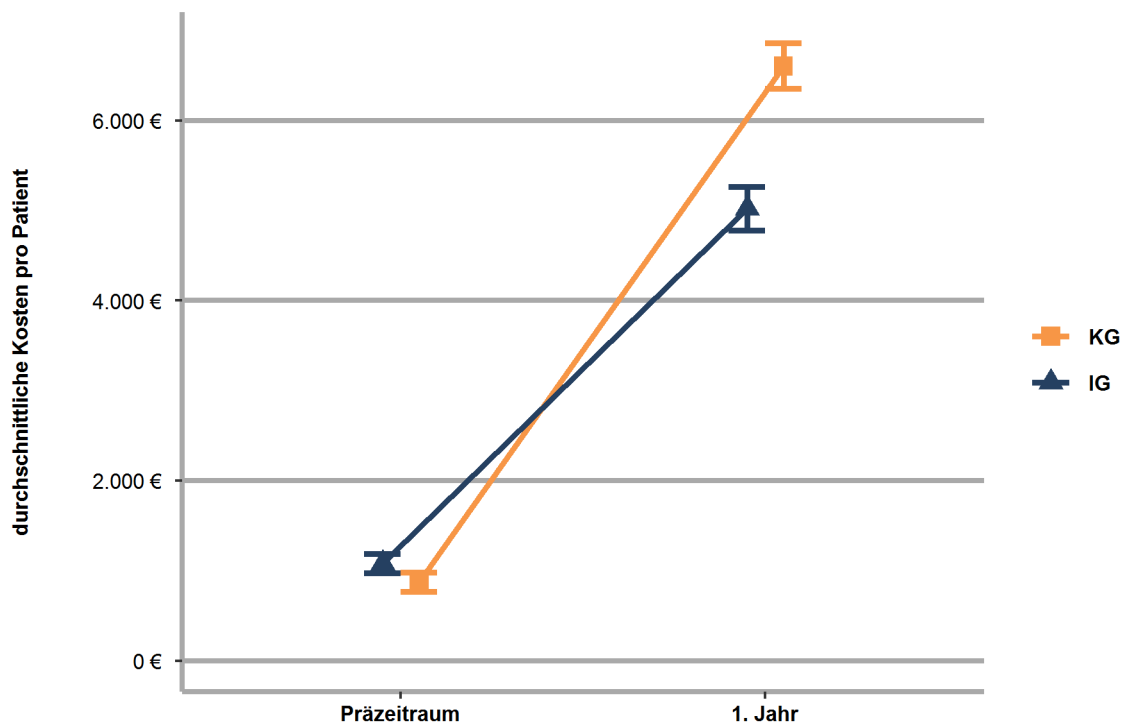
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	2.710	3.124	2.675	3.124
Mittelwert	1.080,87 €	5.020,98 €	875,35 €	6.604,02 €
Standardabweichung	3.731,19 €	8.182,95 €	3.676,55 €	8.562,46 €
Minimum	0,00 €	58,99 €	0,00 €	57,77 €
25%-Perzentil	23,04 €	428,67 €	22,14 €	692,66 €
Median	105,18 €	1.558,56 €	110,77 €	3.451,24 €
75%-Perzentil	559,29 €	6.603,63 €	462,85 €	9.871,77 €
Maximum	67.121 €	90.236 €	86.016 €	86.045 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	2.071	2.374	1.874	2.028	2.377	1.859
Mittelwert	1.140,49 €	5.044,34 €	2.073,82 €	841,66 €	6.552,11 €	2.067,73 €
Standardabweichung	3.968,79 €	8.024,89 €	6.181,23 €	3.255,54 €	8.403,25 €	5.721,30 €
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	57,77 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,69 €	461,13 €	27,71 €	21,83 €	698,21 €	24,00 €
Median	105,48 €	1.693,53 €	331,57 €	110,73 €	3.339,28 €	274,13 €
75%-Perzentil	591,46 €	6.629,63 €	1.457,78 €	466,08 €	9.953,01 €	1.232,76 €
Maximum	67.121 €	90.236 €	139.190 €	74.425 €	86.045 €	88.634 €

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

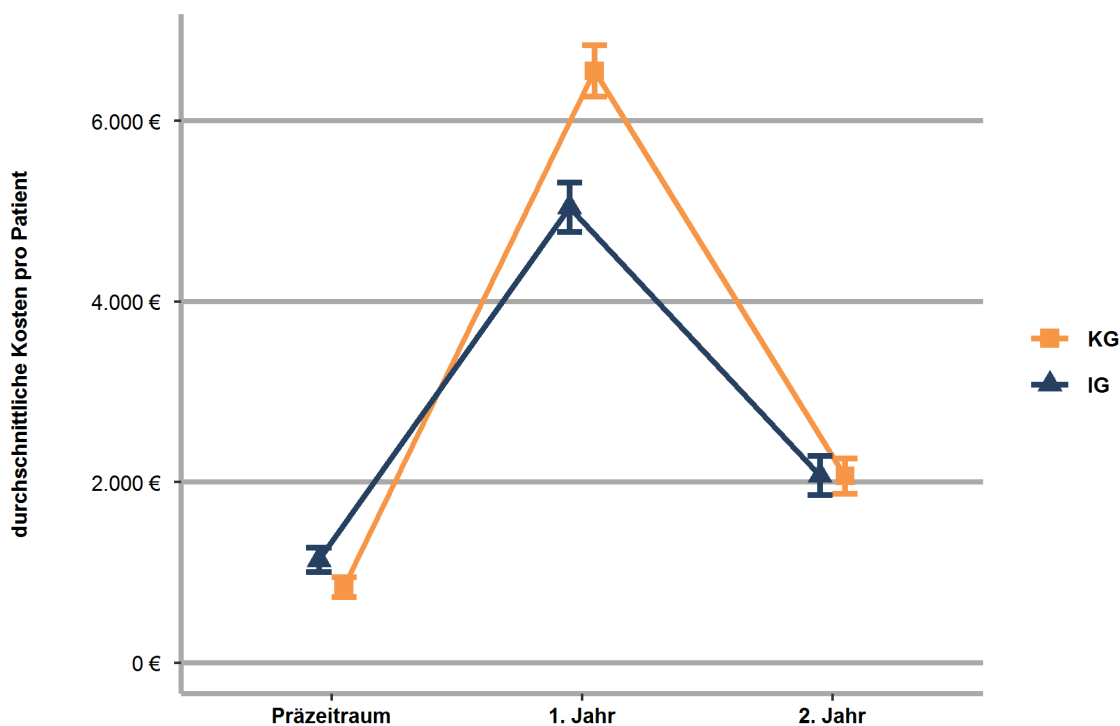


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	841,66 €	<0,001	841,66 €	<0,001	-742,16 €	0,005
IG (vs. KG)	298,83 €	0,005	298,83 €	0,005	254,68 €	0,004
Post (vs. Prä)	3.530,80 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-1.066,09 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			5.710,45 €	<0,001	6.393,33 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.226,07 €	<0,001	1.888,01 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.806,60 €	<0,001	-1.752,71 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-292,74 €	0,104	-256,25 €	0,153
Alter (30-47 J. vs. U30)					-180,61 €	0,335
Alter (48-64 J. vs. U30)					137,02 €	0,504
Alter (Ü64 vs. U30)					-154,88 €	0,545
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					103,43 €	0,424
F 00 (Demenz)					1.090,61 €	0,036
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.125,68 €	0,037
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-296,40 €	0,267
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-66,19 €	0,880
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					421,06 €	0,078
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.957,84 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.397,46 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					656,44 €	0,007
F 45 (Somatoforme Störungen)					-499,79 €	0,017
F 40-48 (ohne F43 und F45)					578,97 €	0,185
F 50 (Essstörungen)					385,76 €	0,536
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.121,23 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.188,95 €	0,070
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.660,96 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					579,22 €	0,305
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.735,66 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					733,68 €	0,539
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.160,34 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,02 €	0,675
R ²		0,049		0,104		0,191

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

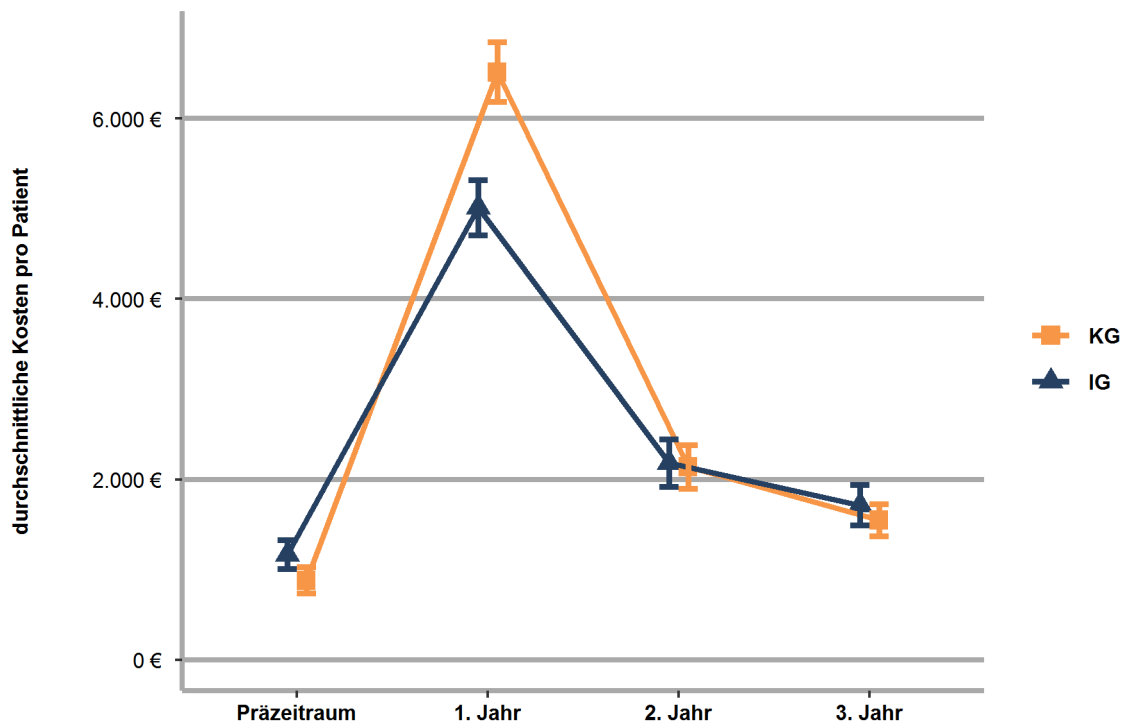
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	1.437	1.644	1.329	1.196	1.413	1.641	1.325	1.173
Mittelwert	1.164,94 €	5.015,72 €	2.183,31 €	1.713,95 €	881,17 €	6.516,23 €	2.139,46 €	1.548,42 €
Standardabweichung	3.941,11 €	7.532,03 €	6.282,35 €	5.295,51 €	3.581,64 €	8.139,99 €	5.731,83 €	4.236,14 €
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	57,77 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,48 €	458,83 €	37,68 €	11,13 €	23,31 €	727,79 €	31,73 €	9,79 €
Median	106,38 €	1.803,92 €	458,14 €	192,08 €	120,79 €	3.260,35 €	335,26 €	156,07 €
75%-Perzentil	596 €	6.774 €	1.753 €	911 €	489 €	10.082 €	1.418 €	851 €
Maximum	67.121 €	74.518 €	139.190 €	106.167 €	74.425 €	63.552 €	88.634 €	55.689 €

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

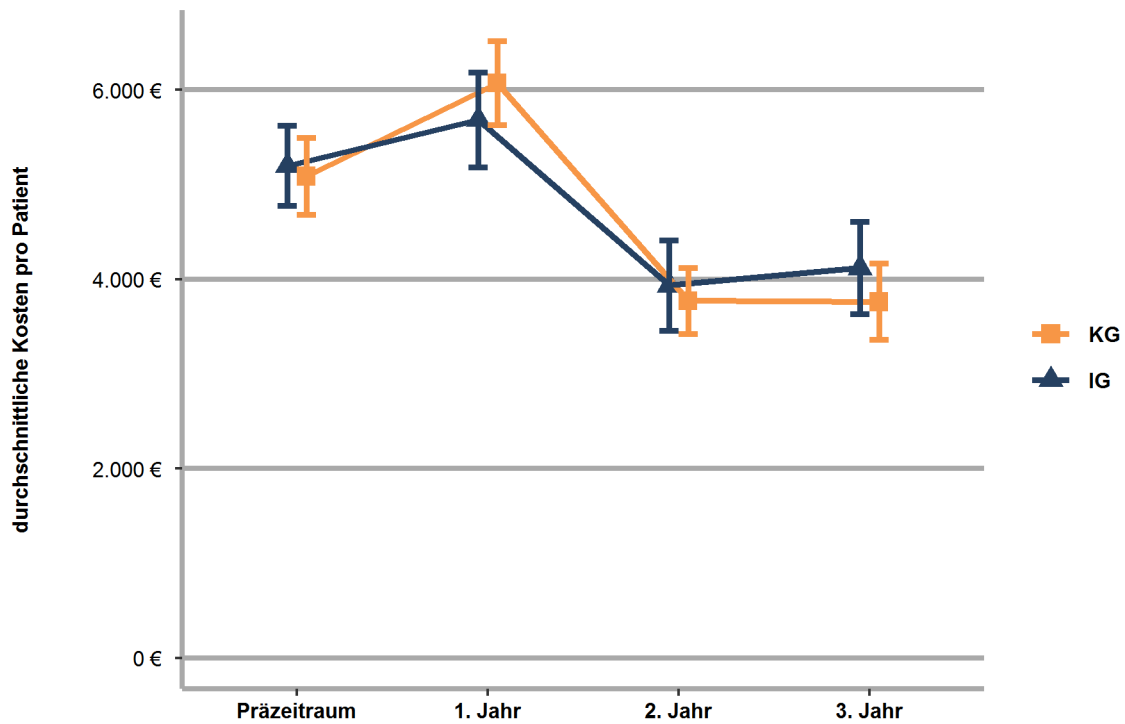


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	1.070	1.077	979	923	1.066	1.079	1.002	921
Mittelwert	5.198,65 €	5.686,11 €	3.937,41 €	4.120,73 €	5.087,44 €	6.074,09 €	3.772,87 €	3.762,94 €
Standardabweichung	8.460 €	10.004 €	9.229 €	9.249 €	8.106 €	8.800 €	6.787 €	7.672 €
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	56,57 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	796,78 €	992,65 €	517,42 €	482,92 €	676,82 €	993,72 €	522,96 €	324,42 €
Median	1.727,81 €	2.087,29 €	1.220,20 €	1.186,82 €	1.708,91 €	2.197,39 €	1.268,39 €	1.104,49 €
75%-Perzentil	6.555,91 €	6.492,18 €	3.365,20 €	3.029,04 €	6.397,58 €	7.992,26 €	3.600,81 €	2.960,87 €
Maximum	82.442 €	142.907 €	164.612 €	106.151 €	85.397 €	71.601 €	64.710 €	91.203 €

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 (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 646,99 € mehr Kosten als die KG mit 484,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.385,70 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.063,64 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.840,75 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 883,82 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 946,83 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 543,70 € signifikant ($p = 0,013$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.362,82 € in etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 3.351,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.764,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3.657,10 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 904,35 € signifikant ($p = 0,027$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.962,81 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.987,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 353,40 € nicht signifikant ($p = 0,306$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 637,85 € mehr Kosten als die KG mit 499,97 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.819,34 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.041,86 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 678,53 € größere Kosten als die KG mit 460,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.773,87 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4.999,59 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.444,12 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.090,07 €. In der KG verringerten sich die

Kosten auf 1.315,76 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1.469,34 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 689,54 € höhere Kosten als die KG mit 475,45 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.803,65 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.973,11 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 936,24 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 927,65 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.219,19 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 3.244,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.103,96 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3.921,05 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.296,99 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.313,29 €.

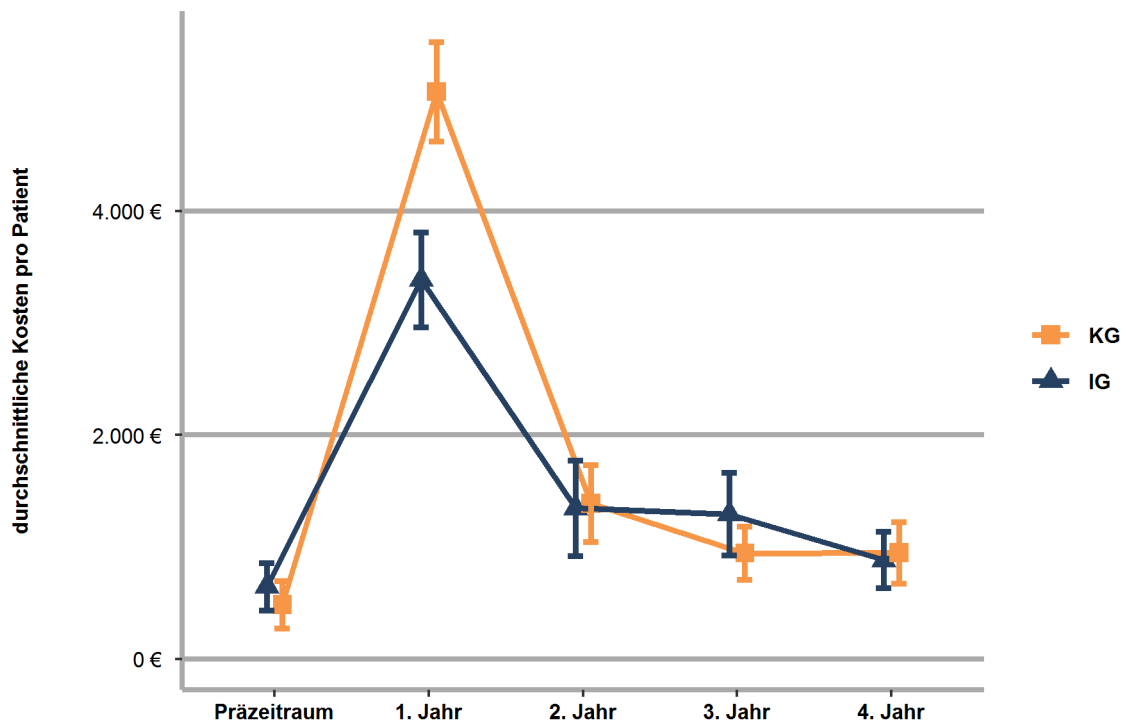
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	73	305	95	83	61	68	485	113	69	65
Mittelwert	646,99 €	3.385,70 €	1.346,88 €	1.293,15 €	883,82 €	484,17 €	5.063,64 €	1.389,18 €	943,75 €	946,83 €
Standardabweichung	3.590,87 €	7.181,86 €	6.959,94 €	5.959,96 €	3.999,28 €	3.646,19 €	7.512,42 €	5.647,68 €	3.868,11 €	4.445,73 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.018,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.766,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.701,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	65.914 €	73.291 €	137.774 €	106.127 €	44.342 €	72.216 €	59.661 €	87.887 €	33.539 €	73.896 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	294	259	160	140	142	321	310	200	169	144
Mittelwert	3.362,82 €	2.764,36 €	1.772,39 €	2.181,71 €	1.962,81 €	3.351,20 €	3.657,10 €	2.114,04 €	2.241,97 €	1.987,15 €
Standardabweichung	8.204,68 €	7.239,39 €	6.468,14 €	7.747,78 €	8.526,81 €	7.710,65 €	8.186,17 €	6.133,33 €	7.051,06 €	6.064,66 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	3.345,35 €	908,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.170,03 €	3.818,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	82.324 €	70.001 €	73.450 €	97.938 €	148.434 €	82.170 €	69.721 €	63.266 €	90.637 €	46.760 €

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

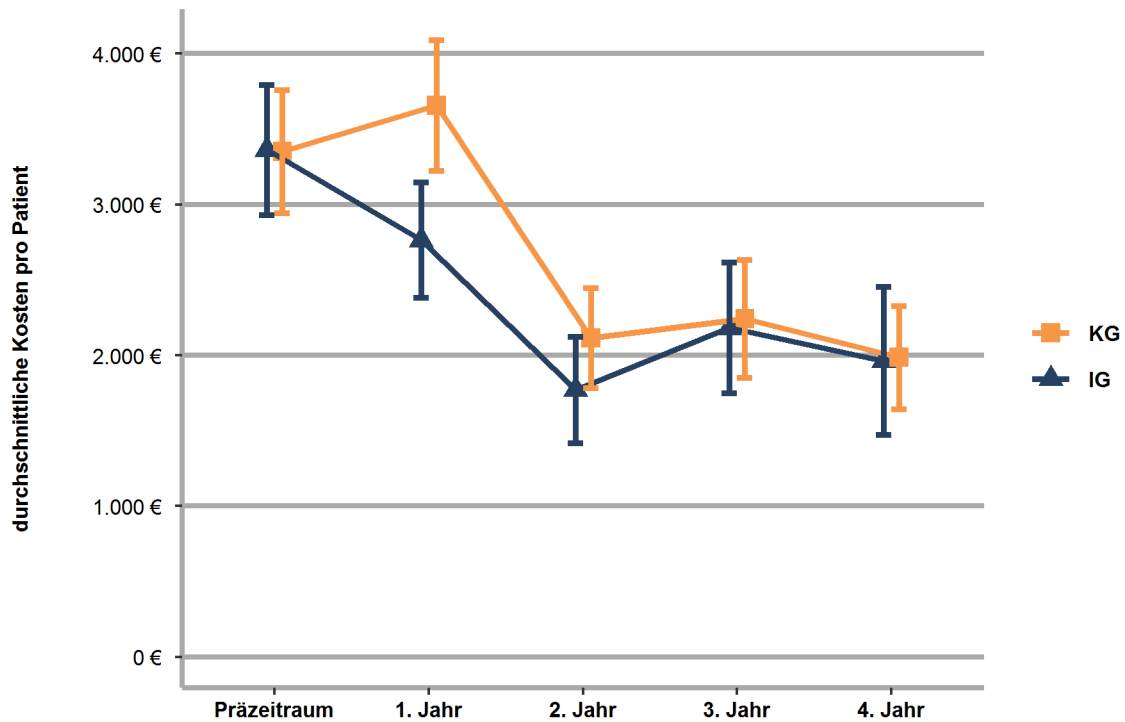


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	484,17 €	<0,001	484,17 €	<0,001	-143,22 €	0,683
IG (vs. KG)	162,81 €	0,374	162,81 €	0,374	198,06 €	0,219
Post (vs. Prä)	1.671,42 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-543,70 €	0,013				
1. Jahr (vs. Prä)			4.579,46 €	<0,001	5.158,98 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			905,01 €	<0,001	1.471,30 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			459,58 €	0,002	1.010,77 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			462,65 €	0,024	1.002,85 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.840,75 €	<0,001	-1.900,95 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-205,12 €	0,499	-283,68 €	0,357
IG x Jahr 3 (DiD)			186,59 €	0,485	123,49 €	0,652
IG x Jahr 4 (DiD)			-225,82 €	0,405	-277,17 €	0,291
Alter (30-47 J. vs. U30)					-543,75 €	0,032
Alter (48-64 J. vs. U30)					136,53 €	0,653
Alter (Ü64 vs. U30)					-612,25 €	0,049
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					73,35 €	0,677
F 00 (Demenz)					693,44 €	0,584
F 01 (Vaskuläre Demenz)					924,61 €	0,090
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-258,41 €	0,414
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.744,41 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					130,15 €	0,633
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.839,55 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					303,33 €	0,224
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-80,54 €	0,765
F 45 (Somatoforme Störungen)					-530,83 €	0,053
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-511,50 €	0,129
F 50 (Essstörungen)					162,39 €	0,774
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.217,57 €	0,146
F 70-79 (Intelligenzstörung)					309,29 €	0,815
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.374,18 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					914,33 €	0,338
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.261,92 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.084,62 €	0,447
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.237,30 €	0,009
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-75,67 €	0,528
R ²		0,011		0,061		0,136

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	3.351,20 €	<0,001	3.351,20 €	<0,001	-313,86 €	0,730
IG (vs. KG)	11,61 €	0,974	11,61 €	0,974	307,65 €	0,275
Post (vs. Prä)	-823,73 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-353,40 €	0,306				
1. Jahr (vs. Prä)			305,89 €	0,294	3.594,56 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-1.237,16 €	<0,001	2.001,29 €	0,008
3. Jahr (vs. Prä)			-1.109,23 €	<0,001	2.074,28 €	0,007
4. Jahr (vs. Prä)			-1.364,06 €	<0,001	1.781,35 €	0,019
IG x Jahr 1 (DiD)			-904,35 €	0,027	-1.170,02 €	0,004
IG x Jahr 2 (DiD)			-353,26 €	0,345	-638,59 €	0,064
IG x Jahr 3 (DiD)			-71,88 €	0,870	-349,78 €	0,399
IG x Jahr 4 (DiD)			-35,95 €	0,936	-325,94 €	0,444
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.198,69 €	0,013
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.519,19 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.484,71 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					336,32 €	0,108
F 00 (Demenz)					1.509,60 €	0,088
F 01 (Vaskuläre Demenz)					820,37 €	0,099
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-199,00 €	0,586
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					2.608,23 €	0,118
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.531,64 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.803,08 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					969,29 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					266,70 €	0,367
F 45 (Somatoforme Störungen)					-435,02 €	0,137
F 40-48 (ohne F43 und F45)					97,66 €	0,840
F 50 (Essstörungen)					-2.901,44 €	0,003
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.473,52 €	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.677,66 €	0,251
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					109,41 €	0,939
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.248,63 €	0,002
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.210,82 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.741,43 €	0,035
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					806,50 €	0,088
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-998,14 €	0,115
R ²		0,003		0,008		0,134

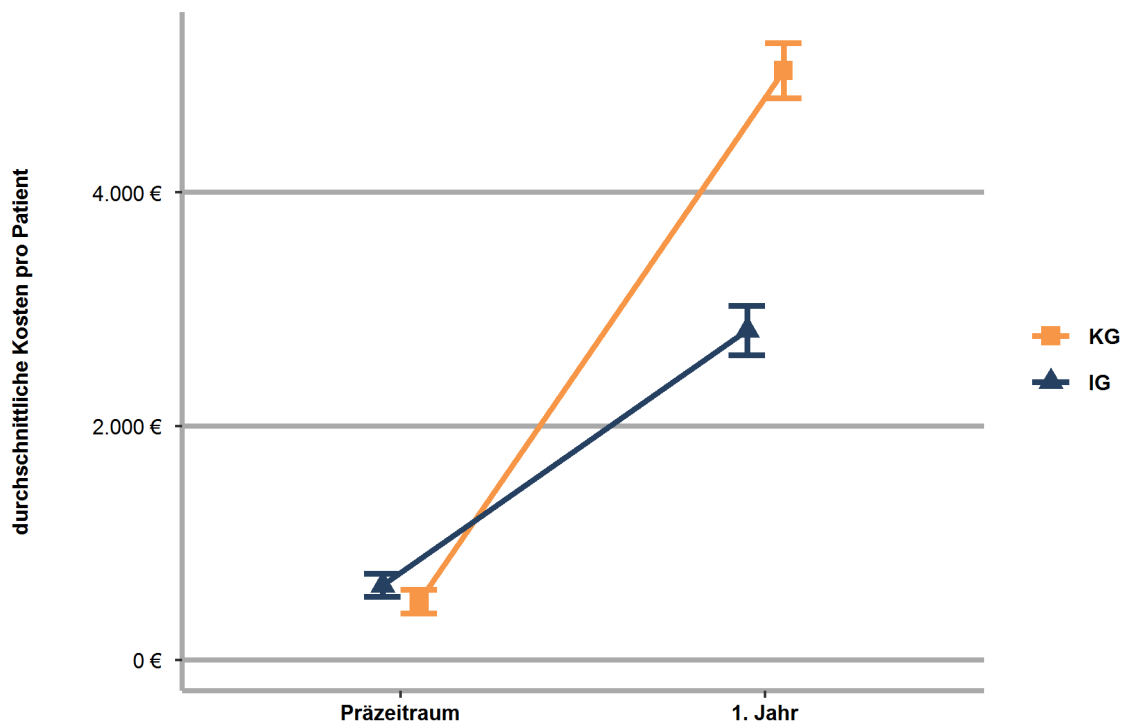
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	280	969	239	1.867
Mittelwert	637,85 €	2.819,34 €	499,97 €	5.041,86 €
Standardabweichung	3.351,73 €	7.108,39 €	3.474,18 €	7.942,63 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.656,42 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.341,78 €	0,00 €	7.555,98 €
Maximum	65.914 €	78.023 €	84.275 €	81.071 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	224	758	245	187	1.427	294
Mittelwert	678,53 €	2.773,87 €	1.090,07 €	460,12 €	4.999,59 €	1.315,76 €
Standardabweichung	3.575,25 €	6.854,99 €	5.589,60 €	3.036,16 €	7.764,15 €	5.278,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.656,37 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.548,86 €	0,00 €	0,00 €	7.652,64 €	0,00 €
Maximum	65.914 €	75.842 €	137.774 €	72.216 €	79.228 €	87.887 €

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

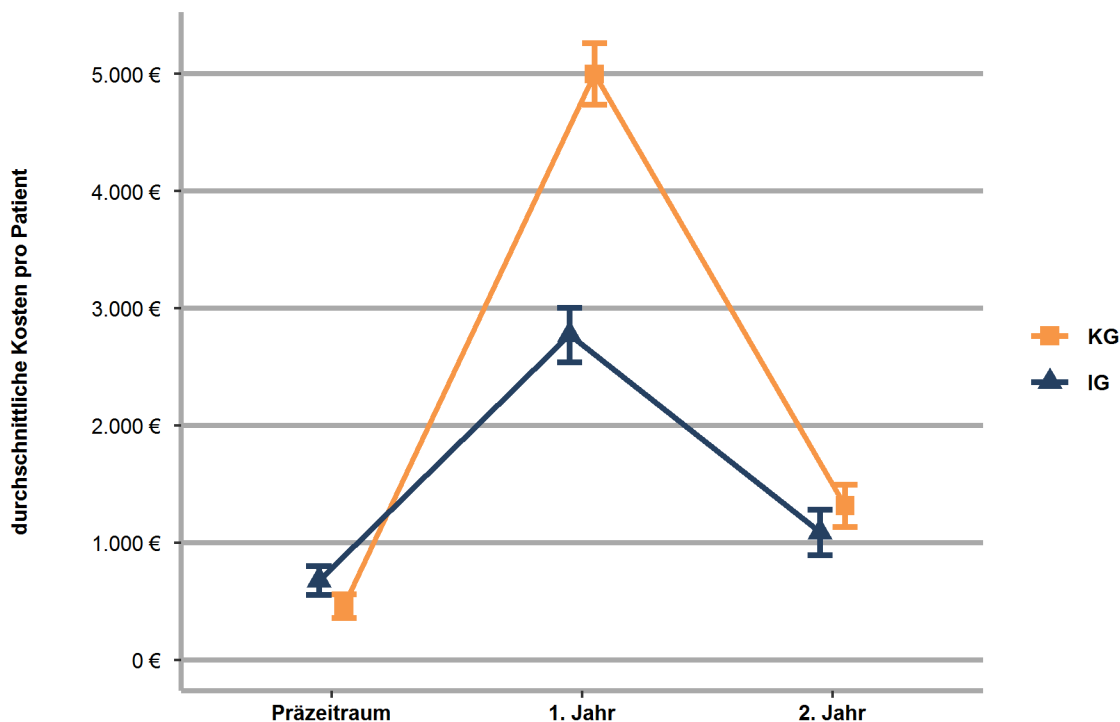


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	460,12 €	<0,001	460,12 €	<0,001	-319,19 €	0,186
IG (vs. KG)	218,40 €	0,023	218,40 €	0,023	171,98 €	0,033
Post (vs. Prä)	2.748,93 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-1.469,34 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			4.539,47 €	<0,001	4.973,95 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			855,64 €	<0,001	1.278,80 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.444,12 €	<0,001	-2.384,62 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-444,10 €	0,007	-396,63 €	0,017
Alter (30-47 J. vs. U30)					-405,04 €	0,017
Alter (48-64 J. vs. U30)					-136,21 €	0,469
Alter (Ü64 vs. U30)					-219,03 €	0,332
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-62,19 €	0,589
F 00 (Demenz)					987,87 €	0,068
F 01 (Vaskuläre Demenz)					962,72 €	0,040
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-331,53 €	0,152
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-406,21 €	0,308
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					618,16 €	0,004
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.053,75 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					769,37 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					260,41 €	0,216
F 45 (Somatoforme Störungen)					-467,21 €	0,012
F 40-48 (ohne F43 und F45)					535,46 €	0,189
F 50 (Essstörungen)					202,84 €	0,722
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.805,67 €	0,010
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.943,28 €	0,094
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.205,81 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					350,62 €	0,487
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.447,18 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2.242,26 €	0,036
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.370,21 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-183,98 €	0,011
R ²		0,035		0,074		0,155

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

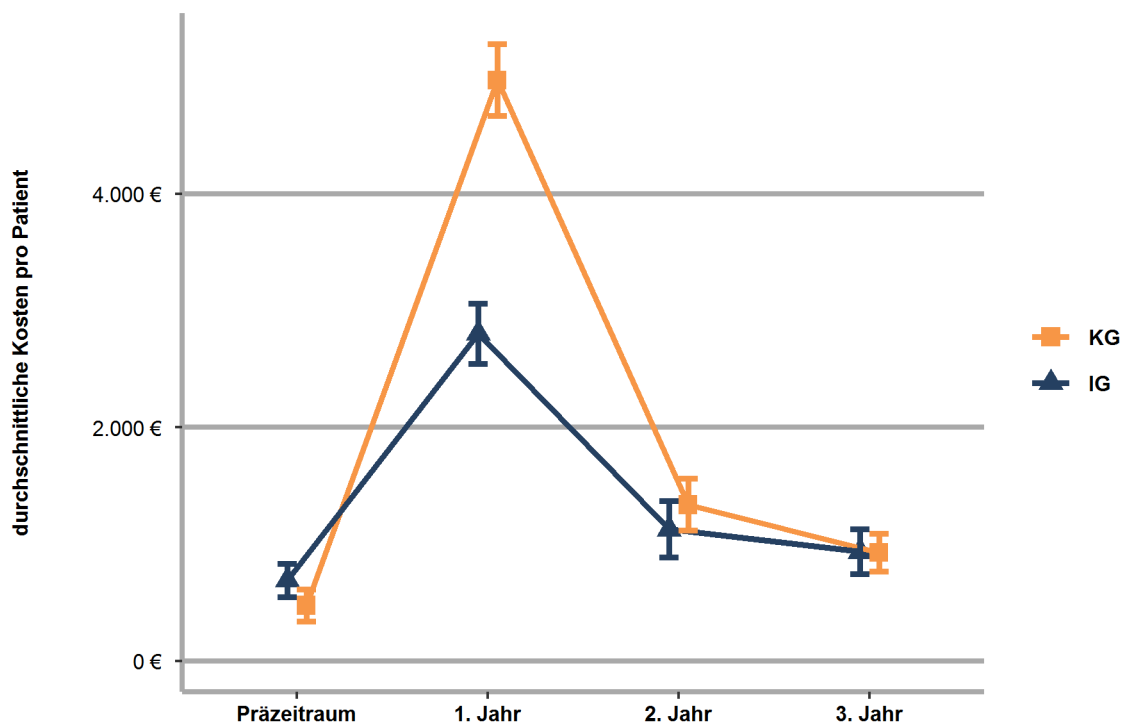
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	157	558	177	153	129	998	215	151
Mittelwert	689,54 €	2.803,65 €	1.128,19 €	936,24 €	475,45 €	4.973,11 €	1.338,37 €	927,65 €
Standardabweichung	3.562,23 €	6.361,53 €	5.774,27 €	4.531,12 €	3.355,92 €	7.561,63 €	5.322,00 €	3.758,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.778,84 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.099,93 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.726,15 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	65.914 €	73.291 €	137.774 €	106.127 €	72.216 €	62.909 €	87.887 €	54.921 €

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

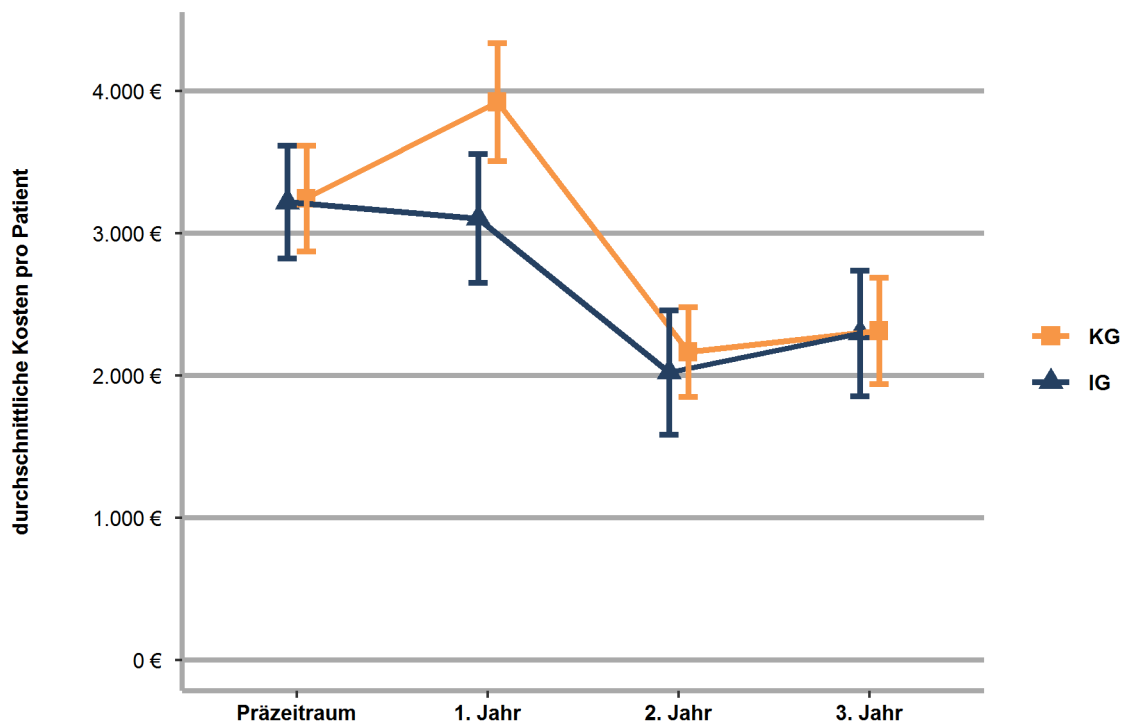


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	322	307	182	165	359	378	230	199
Mittelwert	3.219,19 €	3.103,96 €	2.022,03 €	2.296,99 €	3.244,14 €	3.921,05 €	2.164,13 €	2.313,29 €
Standardabweichung	7.920,69 €	9.021,28 €	8.467,35 €	8.316,53 €	7.441,98 €	8.255,10 €	6.160,99 €	7.111,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	3.223,65 €	1.924,07 €	0,00 €	0,00 €	3.080,31 €	5.054,55 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	82.324 €	130.272 €	163.427 €	99.662 €	82.170 €	69.721 €	63.266 €	90.637 €

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)

Stationersetzende psychiatrische Leistungen wurden nicht in Anspruch genommen. Die entsprechenden Abbildungen und Tabellen entfallen entsprechend.

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 (vgl. Tabelle 95, Tabelle 97 und Abbildung 54) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,94 € weniger Kosten als die KG mit 28,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 964,08 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 720,67 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 257,69 € signifikant ($p=0,038$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 114,03 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 66,09 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 130,44 € signifikant ($p=0,005$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 96, Tabelle 98 und Abbildung 55) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 422,06 € etwas höhere Kosten als die KG mit 386,46 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 687,10 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 419,26 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 232,23 € signifikant ($p=0,028$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 175,97 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 139,92 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 80,94 € nicht signifikant ($p=0,308$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 99 und Abbildung 56) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,79 € etwa gleich niedrige Kosten wie die KG mit 12,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.118,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 749,33 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 100, Tabelle 101 und Abbildung 57) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,15 € in etwa gleich niedrigere Kosten wie die KG mit 16,69 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.137,40 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 702,76 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 441,18 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 224,91 €. In

der KG verringerten sich die Kosten auf 129,06 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 277,95 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 58) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 12,84 € weniger Kosten als die KG mit 23,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.102,05 €. In der KG stiegen die Kosten auf 678,58 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 177,66 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 114,91 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 103 und Abbildung 59) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 399,98 € mehr Kosten als die KG mit 369,68 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 759,71 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 461,38 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 257,82 €. In der KG sanken die Kosten auf 170,30 €.

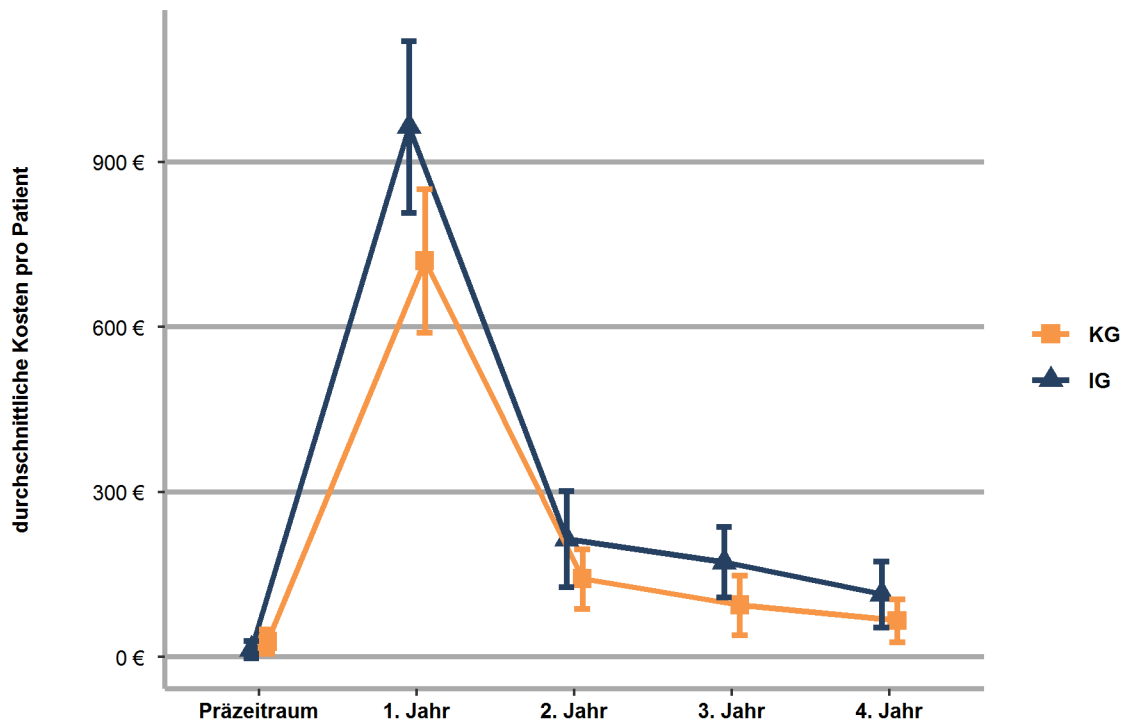
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	3	152	35	24	18	5	103	24	10	9
Mittelwert	13,94 €	964,08 €	214,37 €	172,70 €	114,03 €	28,23 €	720,67 €	142,35 €	94,36 €	66,09 €
Standardabweichung	264,74 €	2.640,82 €	1.421,74 €	1.031,05 €	949,02 €	379,56 €	2.216,25 €	894,53 €	879,60 €	629,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.791 €	26.191 €	25.980 €	9.364 €	17.944 €	7.273 €	15.747 €	9.221 €	11.802 €	10.091 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	74	131	63	47	34	83	83	43	34	21
Mittelwert	422,06 €	687,10 €	265,24 €	235,25 €	175,97 €	386,46 €	419,26 €	180,10 €	185,41 €	139,92 €
Standardabweichung	1.847,75 €	2.304,68 €	1.290,96 €	1.367,98 €	1.131,32 €	1.534,33 €	1.557,82 €	978,72 €	1.102,86 €	1.175,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	21.503 €	28.297 €	18.053 €	24.215 €	14.527 €	14.272 €	12.103 €	11.035 €	11.899 €	20.156 €

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

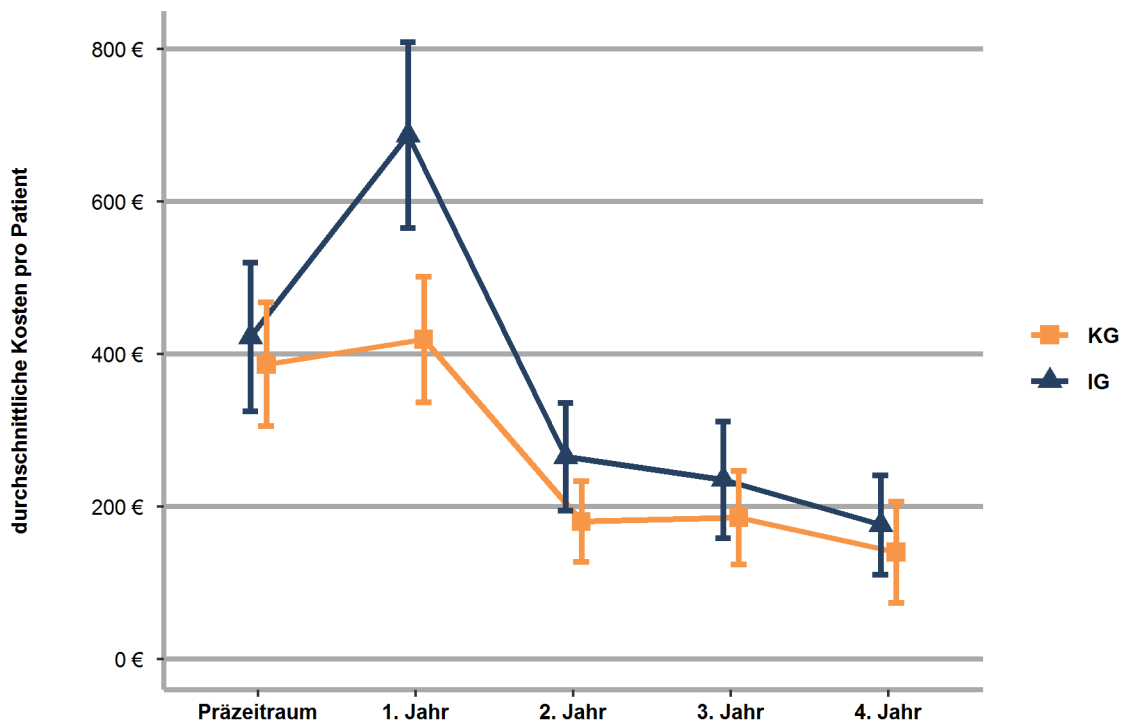


Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	28,23 €	0,037	28,23 €	0,038	-58,28 €	0,350
IG (vs. KG)	-14,28 €	0,388	-14,28 €	0,388	-4,92 €	0,661
Post (vs. Prä)	238,56 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	130,44 €	0,005				
1. Jahr (vs. Prä)			692,44 €	<0,001	680,19 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			114,12 €	<0,001	96,10 €	0,005
3. Jahr (vs. Prä)			66,13 €	0,040	44,66 €	0,179
4. Jahr (vs. Prä)			37,86 €	0,081	15,72 €	0,545
IG x Jahr 1 (DiD)			257,69 €	0,038	248,01 €	0,045
IG x Jahr 2 (DiD)			86,31 €	0,172	71,12 €	0,254
IG x Jahr 3 (DiD)			92,63 €	0,072	77,38 €	0,130
IG x Jahr 4 (DiD)			62,22 €	0,152	45,88 €	0,298
Alter (30-47 J. vs. U30)					52,92 €	0,323
Alter (48-64 J. vs. U30)					4,20 €	0,937
Alter (Ü64 vs. U30)					-25,56 €	0,766
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					57,67 €	0,105
F 00 (Demenz)					-337,96 €	0,327
F 01 (Vaskuläre Demenz)					433,31 €	0,435
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-137,73 €	0,127
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-175,17 €	0,065
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-18,30 €	0,730
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					39,20 €	0,624
F 30-39 (Affektive Störungen)					197,90 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					74,25 €	0,329
F 45 (Somatoforme Störungen)					-33,47 €	0,507
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-20,78 €	0,858
F 50 (Essstörungen)					-154,58 €	0,159
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-173,34 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-162,11 €	0,029
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-241,22 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					305,05 €	0,130
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,60 €	0,389
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.093,06 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-24,21 €	0,512
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-45,40 €	0,003
R ²		0,009		0,050		0,069

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	386,46 €	<0,001	386,46 €	<0,001	44,51 €	0,650
IG (vs. KG)	35,60 €	0,644	35,60 €	0,644	81,86 €	0,077
Post (vs. Prä)	-150,61 €	0,003				
IG x Post (DiD)	80,94 €	0,308				
1. Jahr (vs. Prä)			32,81 €	0,610	323,90 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-206,36 €	<0,001	79,63 €	0,321
3. Jahr (vs. Prä)			-201,04 €	<0,001	79,24 €	0,342
4. Jahr (vs. Prä)			-246,53 €	<0,001	29,63 €	0,725
IG x Jahr 1 (DiD)			232,23 €	0,028	185,94 €	0,054
IG x Jahr 2 (DiD)			49,54 €	0,577	1,25 €	0,986
IG x Jahr 3 (DiD)			14,23 €	0,878	-33,25 €	0,660
IG x Jahr 4 (DiD)			0,45 €	0,996	-46,10 €	0,529
Alter (30-47 J. vs. U30)					-40,50 €	0,474
Alter (48-64 J. vs. U30)					-98,34 €	0,066
Alter (Ü64 vs. U30)					-30,81 €	0,690
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					22,27 €	0,543
F 00 (Demenz)					-54,75 €	0,202
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-130,06 €	0,009
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-134,72 €	0,054
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					50,63 €	0,768
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					47,84 €	0,384
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					82,90 €	0,138
F 30-39 (Affektive Störungen)					181,04 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					44,72 €	0,475
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1,15 €	0,986
F 40-48 (ohne F43 und F45)					188,28 €	0,509
F 50 (Essstörungen)					-338,84 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					111,13 €	0,169
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-38,17 €	0,741
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-110,92 €	0,063
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-68,17 €	0,449
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-320,35 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.049,21 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-156,73 €	0,004
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					103,67 €	0,043
R ²		0,002		0,012		0,193

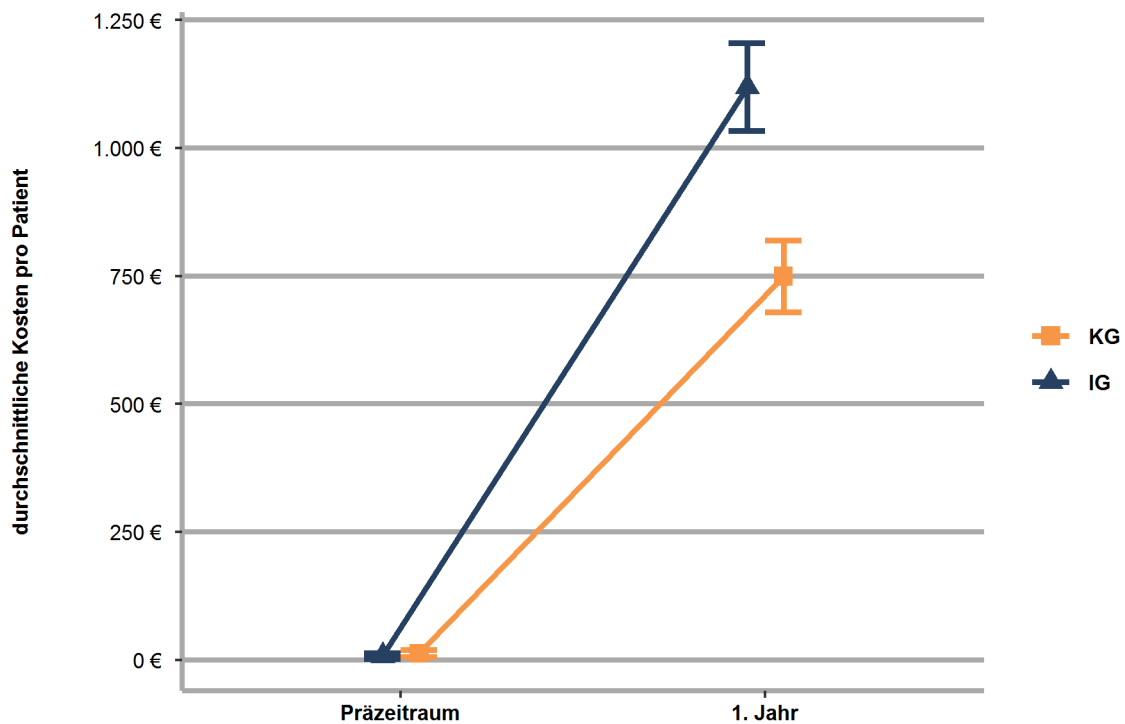
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	7	630	13	384
Mittelwert	7,79 €	1.118,79 €	12,70 €	749,33 €
Standardabweichung	200,24 €	2.914,63 €	245,71 €	2.369,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.279 €	26.646 €	7.273 €	19.694 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	6	478	108	13	282	56
Mittelwert	10,15 €	1.137,40 €	224,91 €	16,69 €	702,76 €	129,06 €
Standardabweichung	229,60 €	2.969,48 €	1.471,48 €	281,58 €	2.254,07 €	929,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.279 €	26.646 €	32.602 €	7.273 €	19.694 €	12.112 €

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

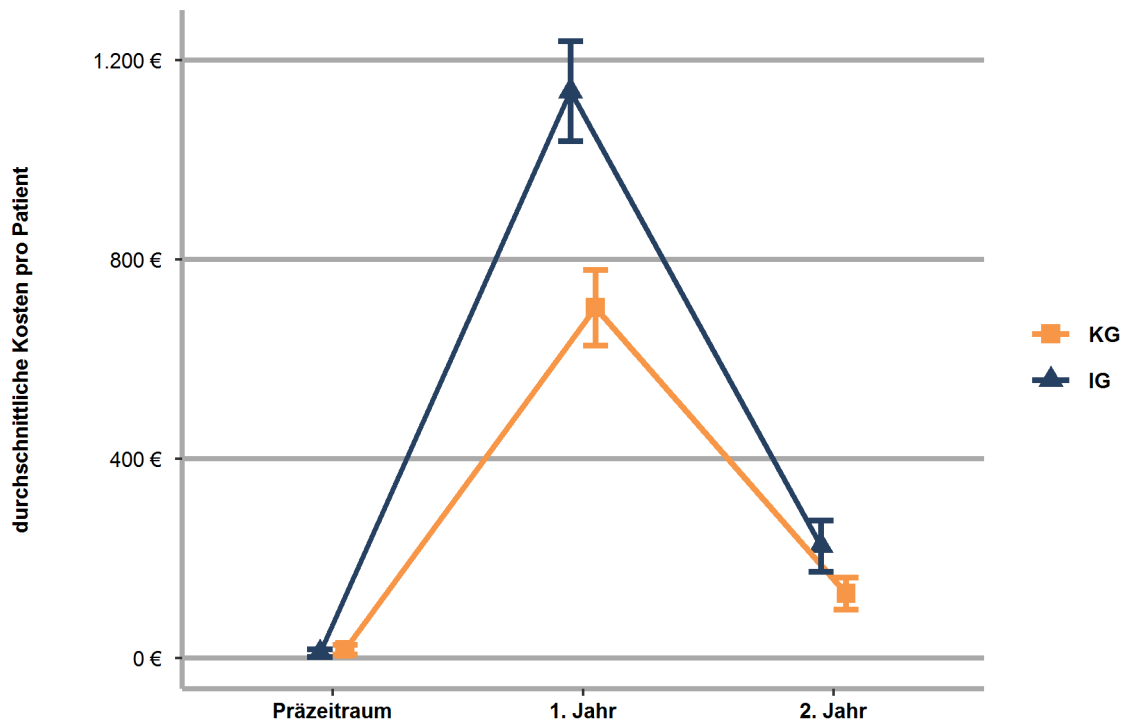


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	16,69 €	0,004	16,69 €	0,004	-135,69 €	0,014
IG (vs. KG)	-6,54 €	0,380	-6,54 €	0,380	4,68 €	0,535
Post (vs. Prä)	407,22 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	277,95 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			686,07 €	<0,001	634,39 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			112,37 €	<0,001	52,19 €	0,014
IG x Jahr 1 (DiD)			441,18 €	<0,001	430,50 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			102,40 €	0,006	89,94 €	0,015
Alter (30-47 J. vs. U30)					48,46 €	0,229
Alter (48-64 J. vs. U30)					63,30 €	0,144
Alter (Ü64 vs. U30)					93,79 €	0,219
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					48,04 €	0,125
F 00 (Demenz)					160,07 €	0,378
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-69,17 €	0,670
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-199,81 €	0,021
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-202,47 €	0,006
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-47,03 €	0,339
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					73,98 €	0,253
F 30-39 (Affektive Störungen)					380,71 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					211,72 €	0,002
F 45 (Somatoforme Störungen)					-32,27 €	0,522
F 40-48 (ohne F43 und F45)					41,57 €	0,759
F 50 (Essstörungen)					40,76 €	0,778
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					46,02 €	0,581
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-90,44 €	0,403
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-224,67 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-37,61 €	0,702
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					27,62 €	0,187
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.276,50 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-12,61 €	0,754
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-86,90 €	<0,001
R ²		0,026		0,057		0,077

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

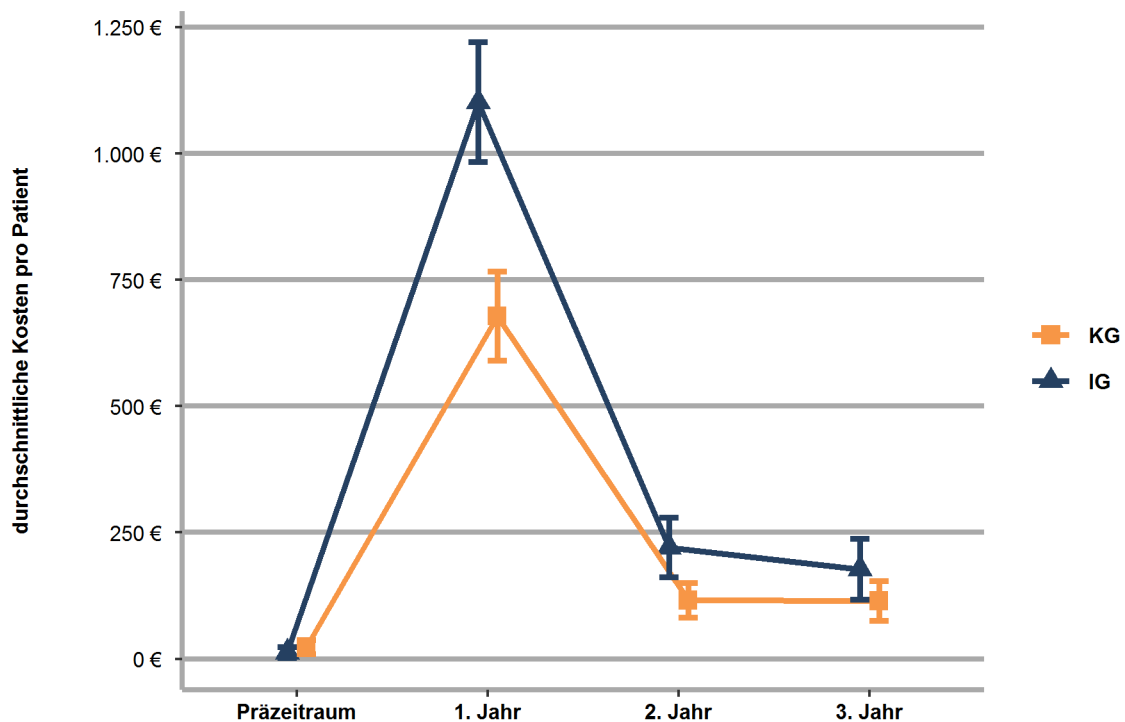
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	5	336	74	47	11	198	40	29
Mittelwert	12,84 €	1.102,05 €	220,77 €	177,66 €	23,27 €	678,58 €	116,44 €	114,91 €
Standardabweichung	265,97 €	2.911,30 €	1.406,08 €	1.407,98 €	337,26 €	2.185,07 €	821,56 €	932,75 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.279 €	26.646 €	25.980 €	38.532 €	7.273 €	15.747 €	10.606 €	13.677 €

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

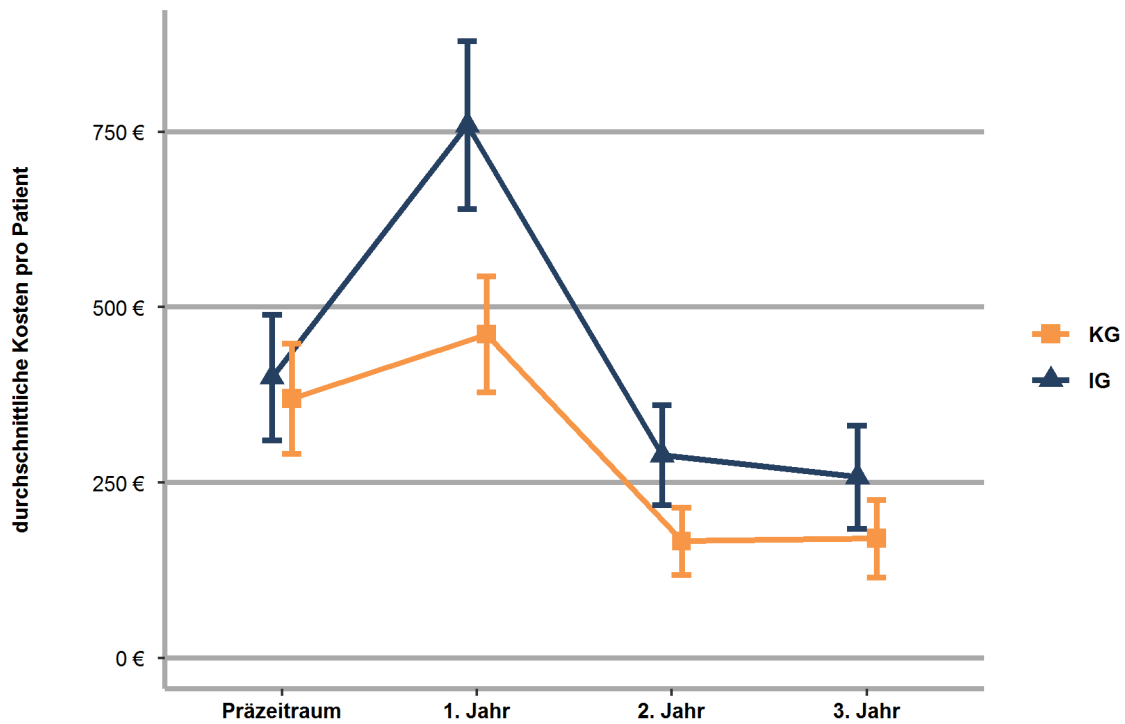


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	79	166	73	60	86	102	45	35
Mittelwert	399,98 €	759,71 €	289,20 €	257,82 €	369,68 €	461,38 €	166,52 €	170,30 €
Standardabweichung	1.788,81 €	2.383,65 €	1.374,84 €	1.391,21 €	1.568,09 €	1.648,27 €	936,26 €	1.052,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	21.503 €	28.297 €	18.053 €	24.215 €	18.953 €	12.479 €	11.035 €	11.899 €

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



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 6,12 € geringere Kosten als die KG mit 20,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 309,84 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 215,81 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 108,47 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. In der KG verringerten sich die Kosten auf 94,80 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 80,00 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 482,58 € mehr Kosten als die KG mit 430,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 672,89 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 534,72 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 86,42 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 453,08 €. In der KG sanken die Kosten auf 386,86 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 93,01 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,90 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 14,06 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 367,74 €. In der KG stiegen die Kosten auf 232,24 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 11,00 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 13,16 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 351,79 €. In der KG stiegen die Kosten auf 229,37 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 124,59 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 156,92 €. In der KG sanken die Kosten auf

99,16 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 93,46 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,96 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 14,28 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 330,11 €. In der KG stiegen die Kosten auf 221,95 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 121,39 €. In der KG sanken die Kosten auf 89,82 €.

Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 452,93 € mehr Kosten als die KG mit 399,98 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 653,63 €. In der KG stiegen die Kosten auf 510,79 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 579,19 €. In der KG sanken die Kosten auf 364,70 €.

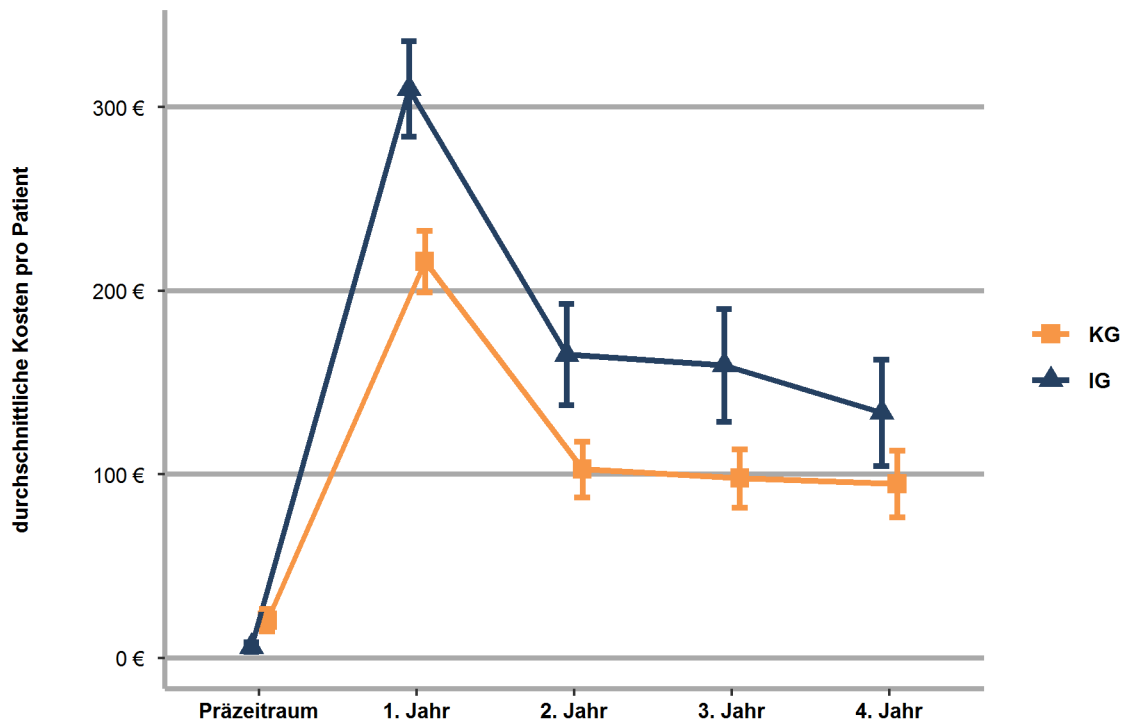
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	23	672	201	160	148	47	495	160	124	105
Mittelwert	6,12 €	309,84 €	165,20 €	159,50 €	133,56 €	20,55 €	215,81 €	102,73 €	97,83 €	94,80 €
Standardabweichung	44,73 €	440,53 €	450,59 €	494,16 €	461,98 €	103,70 €	285,57 €	250,80 €	258,65 €	293,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	145,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	138,66 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	363,38 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	282,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	762,18 €	4.098,16 €	4.451,88 €	4.591,02 €	5.212,73 €	1.314,90 €	1.928,90 €	1.964,89 €	1.694,29 €	3.387,24 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	843	929	696	618	524	795	841	644	525	483
Mittelwert	482,58 €	672,89 €	565,96 €	591,75 €	453,08 €	430,84 €	534,72 €	405,15 €	385,51 €	386,86 €
Standardabweichung	337,96 €	612,77 €	715,27 €	829,39 €	793,08 €	355,34 €	410,68 €	403,98 €	452,90 €	461,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	190,98 €	229,55 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	148,74 €	222,03 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	480,23 €	550,84 €	405,48 €	395,23 €	205,75 €	428,14 €	548,99 €	406,48 €	302,30 €	252,02 €
75%-Perzentil	718,67 €	944,84 €	799,48 €	797,00 €	604,59 €	625,86 €	742,20 €	646,07 €	664,75 €	661,41 €
Maximum	2.892 €	8.104 €	7.716 €	7.805 €	10.009 €	3.952 €	4.668 €	4.377 €	4.981 €	4.058 €

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

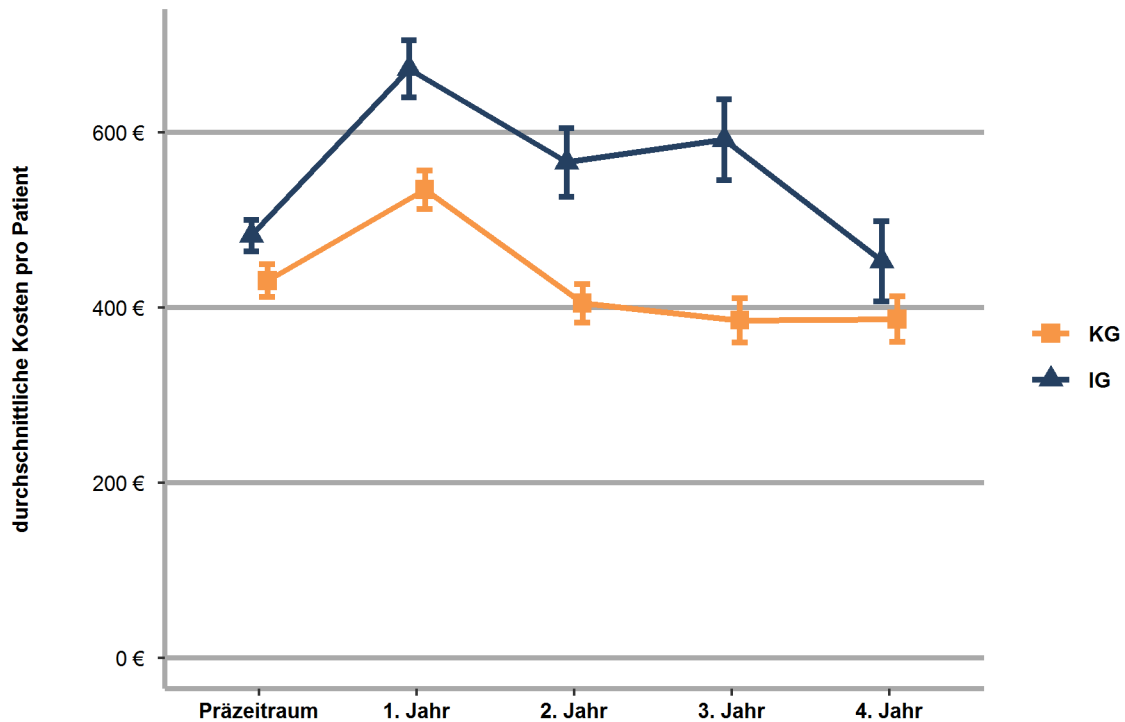


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	20,55 €	<0,001	20,55 €	<0,001	-12,57 €	0,593
IG (vs. KG)	-14,44 €	<0,001	-14,44 €	<0,001	-6,55 €	0,083
Post (vs. Prä)	109,26 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	80,00 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			195,26 €	<0,001	201,48 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			82,18 €	<0,001	92,81 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			77,28 €	<0,001	90,04 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			74,24 €	<0,001	87,99 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			108,47 €	<0,001	99,13 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			76,90 €	<0,001	69,16 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			76,11 €	<0,001	68,18 €	0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			53,20 €	0,011	45,70 €	0,029
Alter (30-47 J. vs. U30)					-15,93 €	0,409
Alter (48-64 J. vs. U30)					-2,73 €	0,894
Alter (Ü64 vs. U30)					-37,50 €	0,093
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-1,25 €	0,928
F 00 (Demenz)					-64,13 €	0,483
F 01 (Vaskuläre Demenz)					147,88 €	0,128
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					198,41 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					124,16 €	0,162
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					10,26 €	0,653
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					118,81 €	0,013
F 30-39 (Affektive Störungen)					27,74 €	0,121
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					10,37 €	0,639
F 45 (Somatoforme Störungen)					-5,94 €	0,753
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-16,85 €	0,719
F 50 (Essstörungen)					-31,88 €	0,493
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-11,60 €	0,688
F 70-79 (Intelligenzstörung)					143,40 €	0,167
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-113,40 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					98,08 €	0,129
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,01 €	0,429
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,65 €	0,943
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					302,71 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-12,99 €	0,020
R ²		0,038		0,062		0,094

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	430,84 €	<0,001	430,84 €	<0,001	-359,87 €	<0,001
IG (vs. KG)	51,74 €	0,001	51,74 €	0,001	24,72 €	0,063
Post (vs. Prä)	-0,15 €	0,987				
IG x Post (DiD)	93,01 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			103,88 €	<0,001	557,83 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-25,69 €	0,018	427,95 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-45,33 €	<0,001	408,16 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-43,98 €	0,001	408,78 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			86,42 €	<0,001	110,52 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			109,07 €	<0,001	131,32 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			154,50 €	<0,001	176,19 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			14,48 €	0,636	35,09 €	0,251
Alter (30-47 J. vs. U30)					153,15 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					168,47 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					144,12 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					42,10 €	0,034
F 00 (Demenz)					38,11 €	0,694
F 01 (Vaskuläre Demenz)					141,20 €	0,020
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					141,98 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					133,23 €	0,149
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					61,73 €	0,096
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					325,20 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					96,13 €	0,010
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					103,93 €	0,061
F 45 (Somatoforme Störungen)					43,63 €	0,376
F 40-48 (ohne F43 und F45)					31,12 €	0,700
F 50 (Essstörungen)					-291,74 €	0,007
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					270,91 €	0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					101,48 €	0,157
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					151,65 €	0,356
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					123,62 €	0,095
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					15,33 €	0,365
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,11 €	0,311
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					521,37 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21,15 €	0,325
R ²		0,014		0,027		0,099

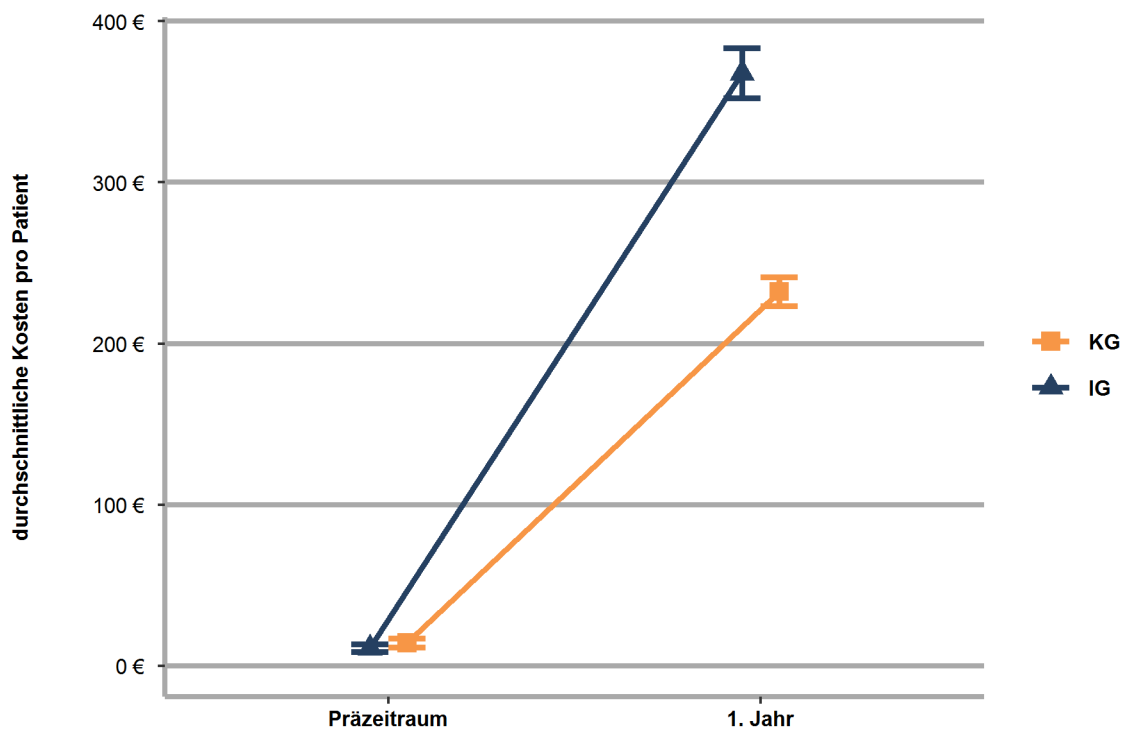
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	97	2.841	120	2.043
Mittelwert	10,90 €	367,74 €	14,06 €	232,24 €
Standardabweichung	78,41 €	527,37 €	92,90 €	307,38 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	79,78 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	166,52 €	0,00 €	145,80 €
75%-Perzentil	0,00 €	425,07 €	0,00 €	294,50 €
Maximum	1.614,87 €	8.188,68 €	1.828,76 €	2.550,33 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	76	2.139	553	92	1.562	454
Mittelwert	11,00 €	351,79 €	156,92 €	13,16 €	229,37 €	99,16 €
Standardabweichung	78,70 €	506,00 €	513,68 €	86,85 €	299,26 €	244,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	166,52 €	0,00 €	0,00 €	143,93 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	411,17 €	0,00 €	0,00 €	294,81 €	0,00 €
Maximum	1.614,87 €	8.188,68 €	7.621,24 €	1.828,76 €	2.550,33 €	1.964,89 €

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

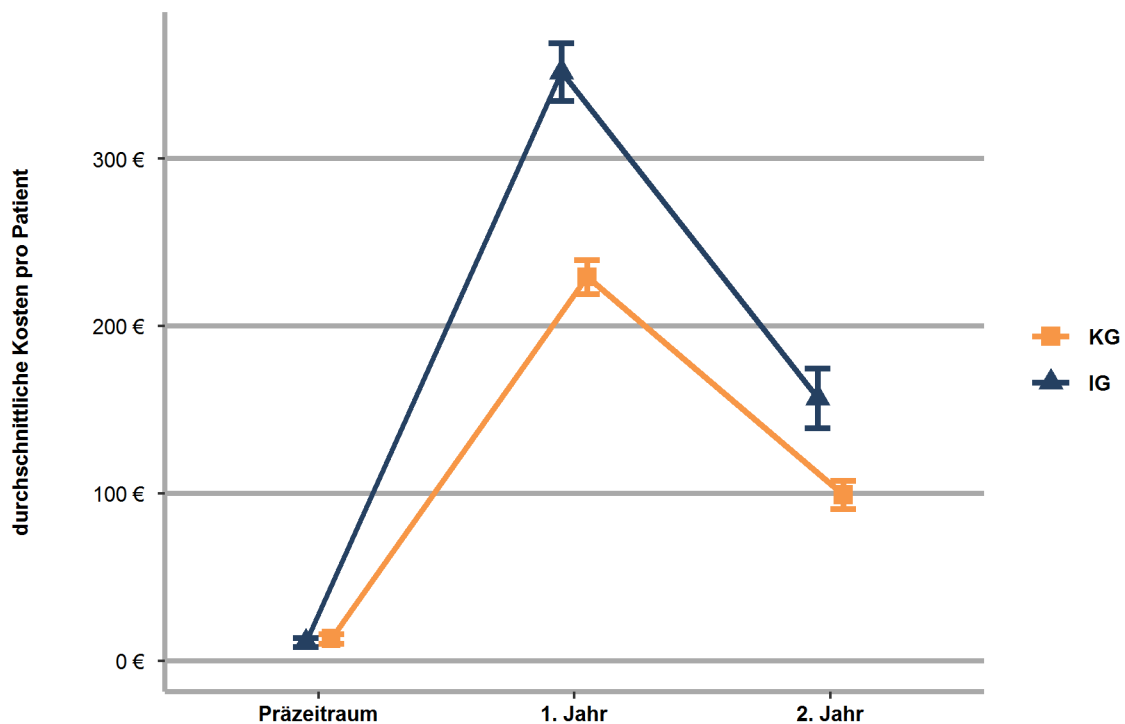


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	13,16 €	<0,001	13,16 €	<0,001	-27,85 €	0,060
IG (vs. KG)	-2,16 €	0,369	-2,16 €	0,369	0,37 €	0,852
Post (vs. Prä)	152,92 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	93,46 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			216,20 €	<0,001	219,87 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			86,00 €	<0,001	93,13 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			124,59 €	<0,001	122,22 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			59,92 €	<0,001	57,80 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					1,52 €	0,868
Alter (48-64 J. vs. U30)					8,11 €	0,440
Alter (Ü64 vs. U30)					2,18 €	0,850
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					15,25 €	0,040
F 00 (Demenz)					-31,91 €	0,526
F 01 (Vaskuläre Demenz)					99,03 €	0,006
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					123,41 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					41,71 €	0,313
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-13,96 €	0,298
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					79,65 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					20,74 €	0,071
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					10,77 €	0,496
F 45 (Somatoforme Störungen)					-4,90 €	0,699
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-8,43 €	0,761
F 50 (Essstörungen)					9,60 €	0,786
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					61,89 €	0,015
F 70-79 (Intelligenzstörung)					20,72 €	0,658
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-39,21 €	0,196
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					69,07 €	0,020
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,68 €	0,786
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-46,43 €	0,256
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					340,50 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,12 €	<0,001
R ²		0,081		0,116		0,141

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

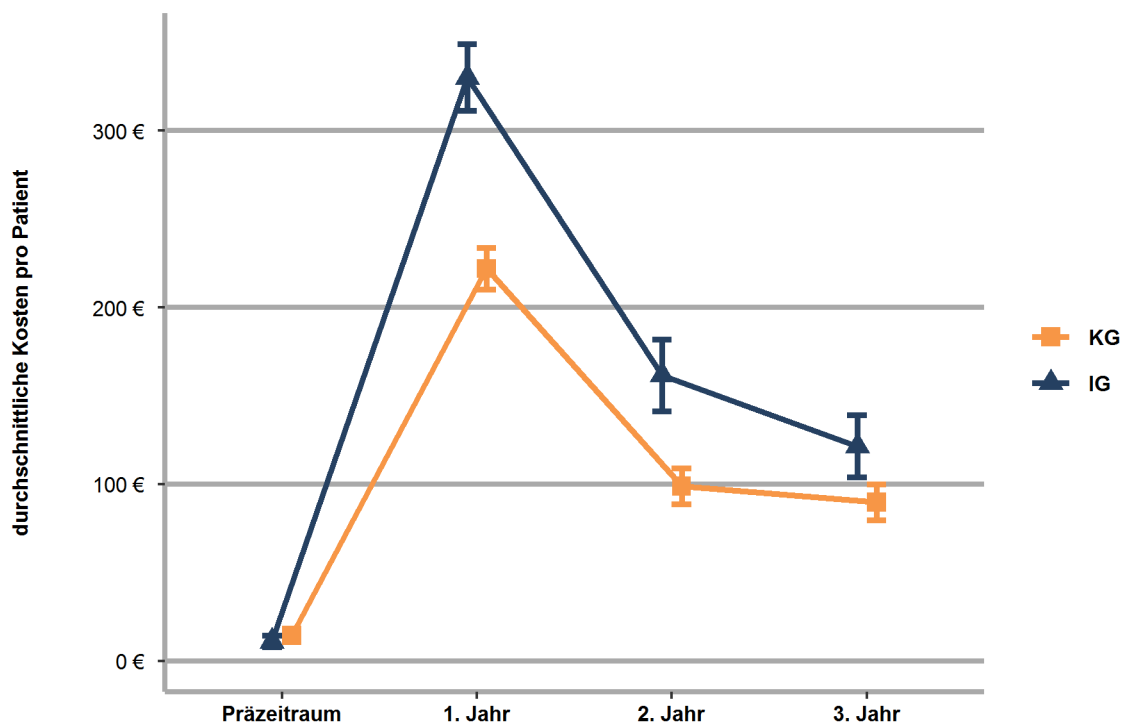
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	52	1.455	409	303	69	1.067	315	269
Mittelwert	10,96 €	330,11 €	161,64 €	121,39 €	14,28 €	221,95 €	98,87 €	89,82 €
Standardabweichung	81,47 €	462,48 €	485,03 €	414,52 €	86,91 €	288,19 €	242,61 €	242,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	145,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	141,06 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	371,75 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	294,81 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.614,87 €	4.767,02 €	6.690,09 €	4.591,02 €	1.314,90 €	1.988,71 €	1.964,89 €	2.121,16 €

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

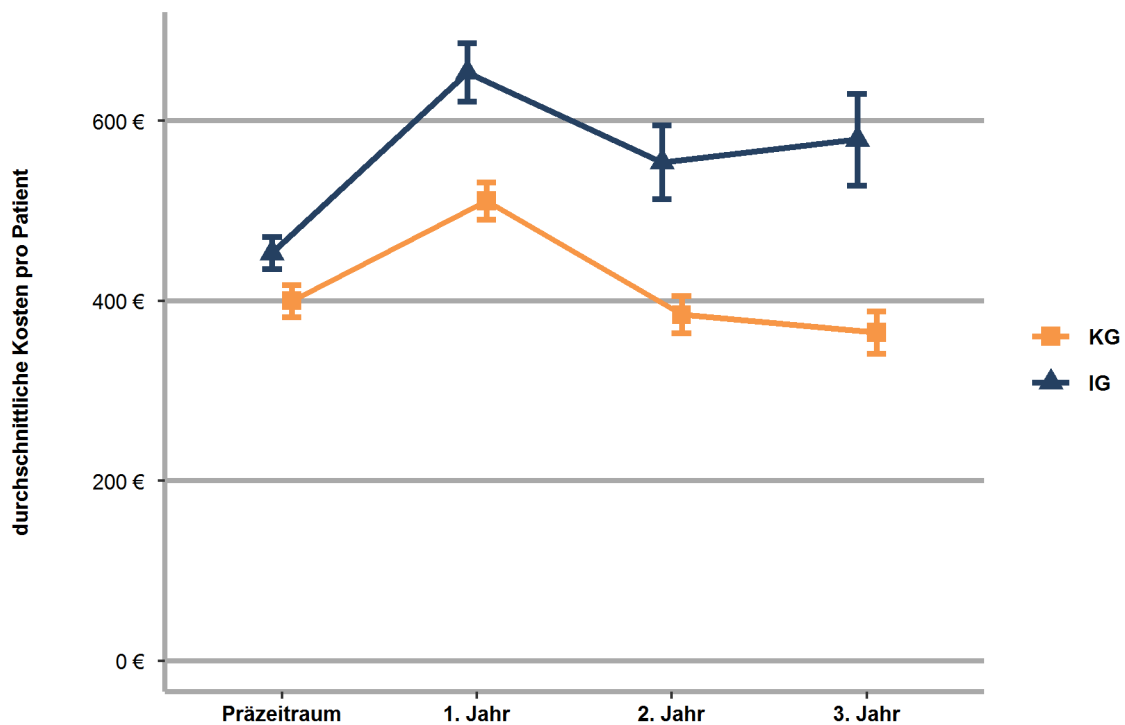


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	883	1.020	744	664	841	909	687	556
Mittelwert	452,93 €	653,63 €	553,85 €	579,19 €	399,98 €	510,79 €	384,46 €	364,70 €
Standardabweichung	353,87 €	645,65 €	792,72 €	961,82 €	356,39 €	412,32 €	402,88 €	443,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	150,71 €	218,04 €	0,00 €	0,00 €	105,13 €	167,08 €	0,00 €	0,00 €
Median	452,81 €	508,76 €	374,83 €	368,74 €	380,45 €	519,12 €	364,43 €	217,00 €
75%-Perzentil	697,07 €	914,84 €	793,70 €	787,76 €	610,51 €	727,90 €	622,45 €	645,83 €
Maximum	2.892 €	8.104 €	11.774 €	16.098 €	3.952 €	4.668 €	4.377 €	4.981 €

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



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen wurden nur vereinzelt in Anspruch genommen ($N < 10$). Entsprechend entfallen Abbildungen und die Tabellen zur Inferenzstatistik.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert	0,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	15,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	440,43 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	1,68 €	3,85 €	0,00 €	0,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	50,84 €	113,18 €	0,00 €	8,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	1.534,45 €	3.330,71 €	0,00 €	273,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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

Tabelle 115: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	2	4	1	2
Mittelwert	0,41 €	0,71 €	0,07 €	0,11 €
Standardabweichung	16,93 €	20,99 €	4,10 €	5,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	837,60 €	724,97 €	229,00 €	297,07 €

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

Tabelle 116: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	2	2	4	1	1	4
Mittelwert	0,54 €	0,52 €	1,47 €	0,10 €	0,12 €	1,08 €
Standardabweichung	19,42 €	18,18 €	61,56 €	4,70 €	6,09 €	30,53 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	837,60 €	724,97 €	2.891,25 €	229,00 €	297,07 €	1.208,04 €

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 117: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	2	0	1	0	1	0	3	3
Mittelwert	0,78 €	0,00 €	0,02 €	0,00 €	0,14 €	0,00 €	1,46 €	0,90 €
Standardabweichung	23,33 €	0,00 €	0,88 €	0,00 €	5,65 €	0,00 €	36,49 €	21,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	837,60 €	0,00 €	34,75 €	0,00 €	229,00 €	0,00 €	1.208,04 €	645,49 €

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 118: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	0	0	1	1	1	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	1,52 €	3,46 €	0,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	48,24 €	107,33 €	8,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	1.534,45 €	3.330,71 €	273,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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 (vgl. Tabelle 119, Tabelle 121 und Abbildung 66) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 268,04 € mehr Kosten als die KG mit 184,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 477,35 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 328,47 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 65,22 € nicht signifikant ($p=0,054$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 89,06 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 73,80 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 15,82 € nicht signifikant ($p=0,551$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 120, Tabelle 122 und Abbildung 67) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 263,68 € mehr Kosten als die KG mit 170,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 285,15 €. In der KG stiegen die Kosten auf 206,71 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 14,32 € nicht signifikant ($p=0,506$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 154,13 €. In der KG sanken die Kosten auf 119,08 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 34,74 € nicht signifikant ($p=0,089$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 123 und Abbildung 68) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 237,02 € größere Kosten als die KG mit 169,77 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 392,28 €. In der KG stiegen die Kosten auf 271,89 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 124, Tabelle 125 und Abbildung 69) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 245,49 € höhere Kosten als die KG mit 172,56 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 464,78 €. In der KG erhöhten sich die

Kosten auf 317,05 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 74,79 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 319,91 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 225,85 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 48,93 € signifikant ($p = 0,005$) stärker als in der KG. U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 126 und Abbildung 70) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 247,08 € höhere Kosten als die KG mit 176,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 464,09 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 330,46 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 183,36 €. In der KG sanken die Kosten auf 147,52 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 127 und Abbildung 71) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 278,19 € höhere Kosten als die KG mit 171,36 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 305,01 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 204,69 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 254,36 €. In der KG sanken die Kosten auf 187,58 €.

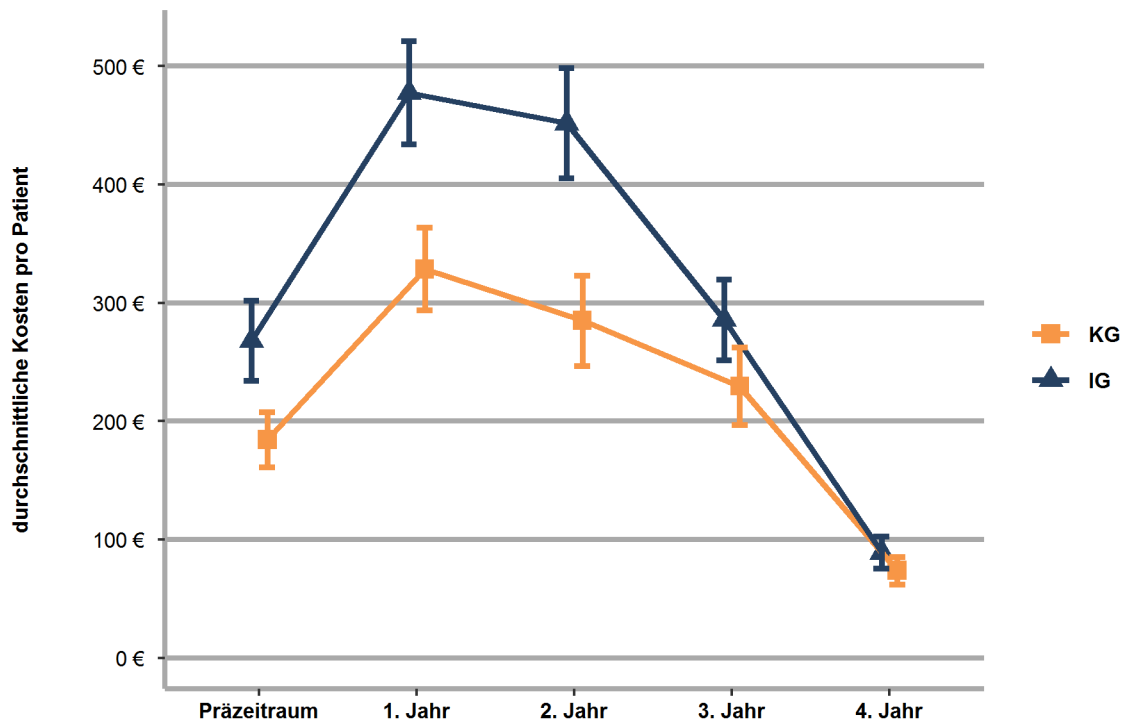
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 119: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	671	707	600	557	450	671	706	610	559	439
Mittelwert	268,04 €	477,35 €	451,88 €	285,74 €	89,06 €	184,38 €	328,47 €	284,95 €	229,61 €	73,80 €
Standardabweichung	574,66 €	739,72 €	757,70 €	547,13 €	211,93 €	395,50 €	593,93 €	629,46 €	531,20 €	185,81 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	14,86 €	30,12 €	16,14 €	9,56 €	0,00 €	13,47 €	28,45 €	13,91 €	7,59 €	0,00 €
Median	50,22 €	118,19 €	89,07 €	62,30 €	17,71 €	53,05 €	101,91 €	61,54 €	50,01 €	12,33 €
75%-Perzentil	197,26 €	527,67 €	444,88 €	255,15 €	85,95 €	174,26 €	298,85 €	238,45 €	190,46 €	55,72 €
Maximum	3.982,76 €	4.103,90 €	4.274,36 €	3.914,50 €	2.349,46 €	3.559,52 €	4.850,44 €	6.703,37 €	4.596,62 €	1.815,18 €

Abbildung 66: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 120: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	874	861	788	746	693	875	868	806	760	681
Mittelwert	263,68 €	285,15 €	264,48 €	256,52 €	154,13 €	170,93 €	206,71 €	213,95 €	193,47 €	119,08 €
Standardabweichung	584,60 €	584,28 €	584,20 €	569,11 €	303,32 €	386,45 €	447,83 €	468,18 €	426,18 €	242,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	9,71 €	18,70 €	14,99 €	17,14 €	13,69 €	12,01 €	23,30 €	18,75 €	18,64 €	9,54 €
Median	35,57 €	53,30 €	48,69 €	50,34 €	56,18 €	41,11 €	58,59 €	56,93 €	51,14 €	37,14 €
75%-Perzentil	157,25 €	189,78 €	170,97 €	166,17 €	152,21 €	138,69 €	156,52 €	159,92 €	151,30 €	111,42 €
Maximum	3.793,01 €	3.880,53 €	4.419,38 €	5.204,07 €	2.403,57 €	4.406,91 €	4.095,11 €	3.541,49 €	3.982,64 €	2.108,51 €

Abbildung 67: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

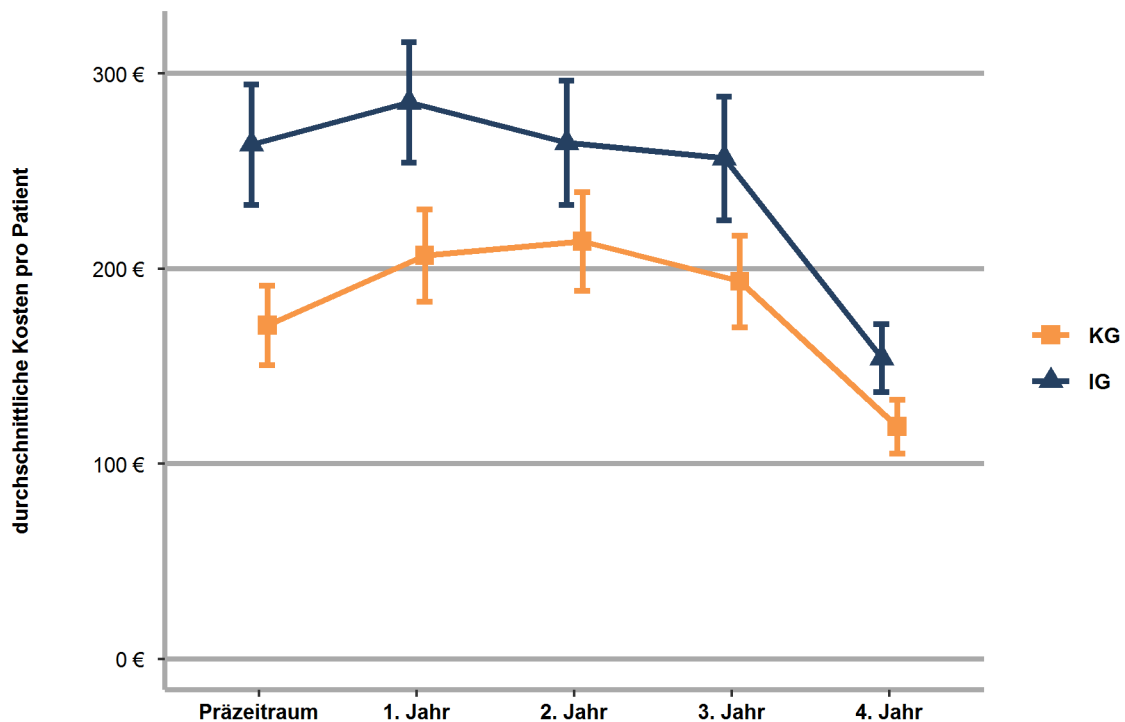


Tabelle 121: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	184,38 €	<0,001	184,38 €	<0,001	-68,79 €	0,066
IG (vs. KG)	83,66 €	<0,001	83,66 €	<0,001	81,58 €	<0,001
Post (vs. Prä)	48,46 €	0,004				
IG x Post (DiD)	15,82 €	0,551				
1. Jahr (vs. Prä)			144,09 €	<0,001	346,07 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			100,57 €	<0,001	293,75 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			45,22 €	0,043	232,87 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-110,59 €	<0,001	73,94 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			65,22 €	0,054	63,95 €	0,062
IG x Jahr 2 (DiD)			83,27 €	0,033	76,02 €	0,052
IG x Jahr 3 (DiD)			-27,52 €	0,392	-34,01 €	0,290
IG x Jahr 4 (DiD)			-68,39 €	0,005	-75,36 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					33,92 €	0,236
Alter (48-64 J. vs. U30)					55,35 €	0,063
Alter (Ü64 vs. U30)					-198,18 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					93,86 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-17,56 €	0,822
F 01 (Vaskuläre Demenz)					45,86 €	0,298
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-22,88 €	0,440
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					40,64 €	0,489
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-99,44 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-12,97 €	0,737
F 30-39 (Affektive Störungen)					72,42 €	0,009
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					126,45 €	0,002
F 45 (Somatoforme Störungen)					-14,69 €	0,610
F 40-48 (ohne F43 und F45)					35,64 €	0,543
F 50 (Essstörungen)					31,67 €	0,756
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-15,67 €	0,827
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-77,95 €	0,219
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-251,39 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-29,38 €	0,683
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					66,02 €	0,102
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					111,04 €	0,266
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					79,42 €	0,243
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					222,62 €	<0,001
R ²		0,009		0,049		0,107

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

Tabelle 122: 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	170,93 €	<0,001	170,93 €	<0,001	-31,16 €	0,441
IG (vs. KG)	92,75 €	<0,001	92,75 €	<0,001	97,65 €	<0,001
Post (vs. Prä)	13,91 €	0,227				
IG x Post (DiD)	-34,74 €	0,089				
1. Jahr (vs. Prä)			35,78 €	0,004	227,21 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			43,02 €	0,007	229,02 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			22,54 €	0,125	200,92 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-51,85 €	<0,001	121,81 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-14,32 €	0,506	-19,00 €	0,390
IG x Jahr 2 (DiD)			-42,22 €	0,117	-49,62 €	0,069
IG x Jahr 3 (DiD)			-29,69 €	0,263	-35,97 €	0,180
IG x Jahr 4 (DiD)			-57,70 €	0,012	-65,79 €	0,005
Alter (30-47 J. vs. U30)					53,03 €	0,098
Alter (48-64 J. vs. U30)					-27,86 €	0,346
Alter (Ü64 vs. U30)					-180,66 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					24,14 €	0,142
F 00 (Demenz)					3,60 €	0,889
F 01 (Vaskuläre Demenz)					20,30 €	0,383
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					9,93 €	0,667
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-73,13 €	0,092
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-55,52 €	0,035
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-45,55 €	0,108
F 30-39 (Affektive Störungen)					89,92 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					101,65 €	0,008
F 45 (Somatoforme Störungen)					50,97 €	0,145
F 40-48 (ohne F43 und F45)					42,68 €	0,605
F 50 (Essstörungen)					223,32 €	0,247
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					193,17 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-3,11 €	0,951
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					24,01 €	0,798
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-54,16 €	0,328
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					28,72 €	0,247
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					26,30 €	0,542
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-60,48 €	0,040
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					254,12 €	<0,001
R ²		0,005		0,011		0,086

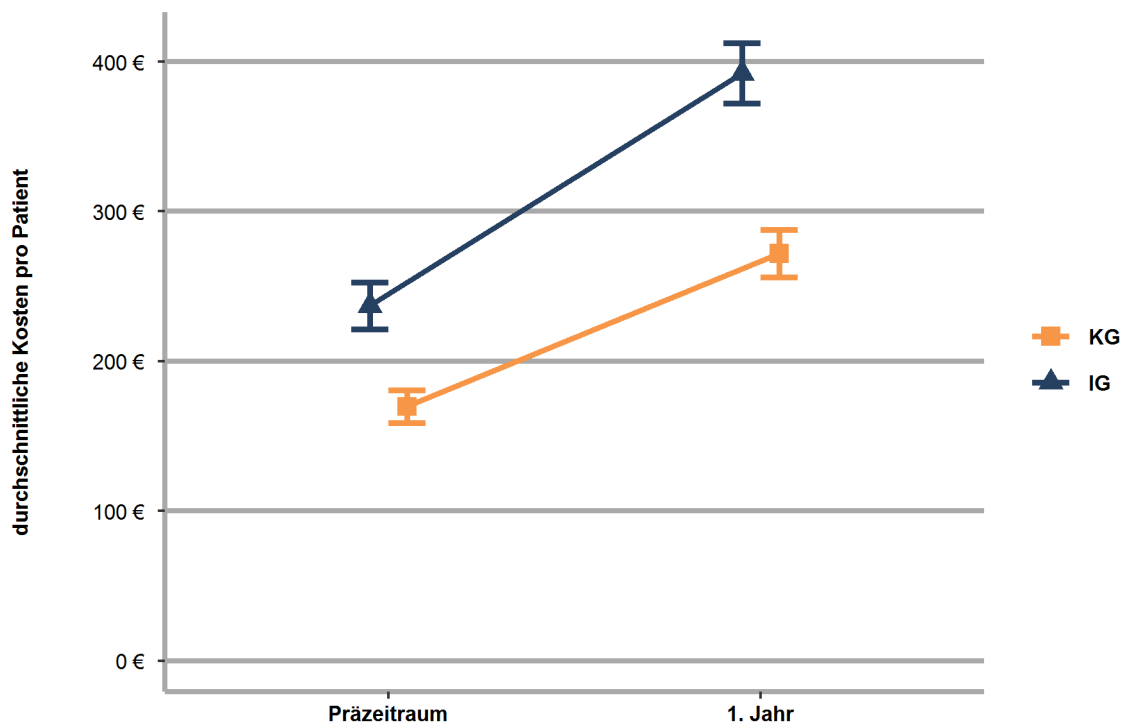
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	2.612	2.765	2.572	2.654
Mittelwert	237,02 €	392,28 €	169,77 €	271,89 €
Standardabweichung	534,73 €	679,07 €	374,64 €	535,58 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	11,52 €	24,63 €	11,52 €	16,40 €
Median	48,41 €	102,73 €	50,91 €	76,47 €
75%-Perzentil	176,51 €	353,70 €	166,93 €	249,86 €
Maximum	5.468,28 €	5.470,32 €	3.837,60 €	5.294,65 €

Abbildung 68: 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 124: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	1.990	2.138	1.756	1.950	2.068	1.689
Mittelwert	245,49 €	464,78 €	319,91 €	172,56 €	317,05 €	225,85 €
Standardabweichung	550,89 €	745,45 €	620,45 €	384,97 €	591,83 €	529,99 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,38 €	30,24 €	5,75 €	10,98 €	22,17 €	0,27 €
Median	49,15 €	121,59 €	56,23 €	50,24 €	93,13 €	42,61 €
75%-Perzentil	179,84 €	482,38 €	270,16 €	164,15 €	289,13 €	180,47 €
Maximum	5.468,28 €	5.470,32 €	4.274,36 €	3.837,60 €	5.294,65 €	6.703,37 €

Abbildung 69: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

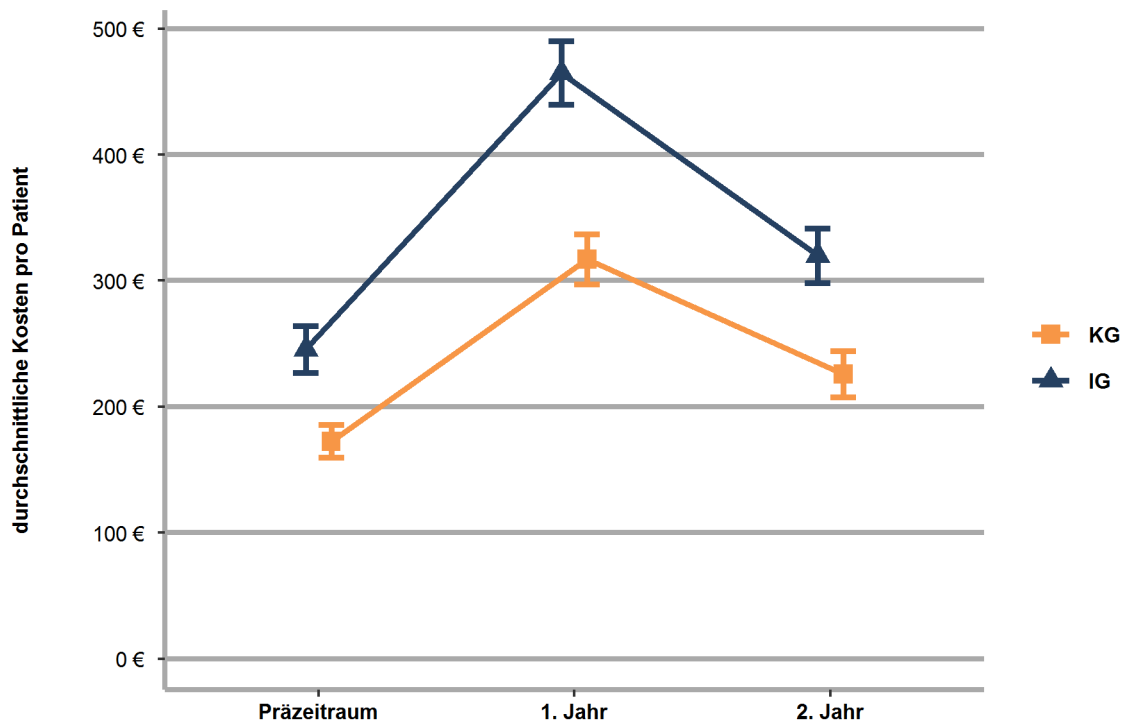


Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	172,56 €	<0,001	172,56 €	<0,001	-61,68 €	0,012
IG (vs. KG)	72,93 €	<0,001	72,93 €	<0,001	67,04 €	<0,001
Post (vs. Prä)	100,16 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	48,93 €	0,005				
1. Jahr (vs. Prä)			144,49 €	<0,001	327,79 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			53,29 €	<0,001	227,00 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			74,79 €	<0,001	79,02 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			21,12 €	0,284	23,29 €	0,236
Alter (30-47 J. vs. U30)					35,59 €	0,073
Alter (48-64 J. vs. U30)					27,06 €	0,173
Alter (Ü64 vs. U30)					-181,70 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					68,44 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-8,13 €	0,736
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-10,56 €	0,643
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-24,78 €	0,209
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-65,32 €	0,079
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-107,09 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-27,14 €	0,240
F 30-39 (Affektive Störungen)					111,20 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					135,07 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-6,95 €	0,726
F 40-48 (ohne F43 und F45)					10,96 €	0,784
F 50 (Essstörungen)					65,58 €	0,464
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					35,96 €	0,441
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-121,61 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-187,82 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-18,99 €	0,710
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					94,72 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-76,58 €	0,290
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					175,81 €	0,003
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					206,57 €	<0,001
R ²		0,018		0,025		0,087

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

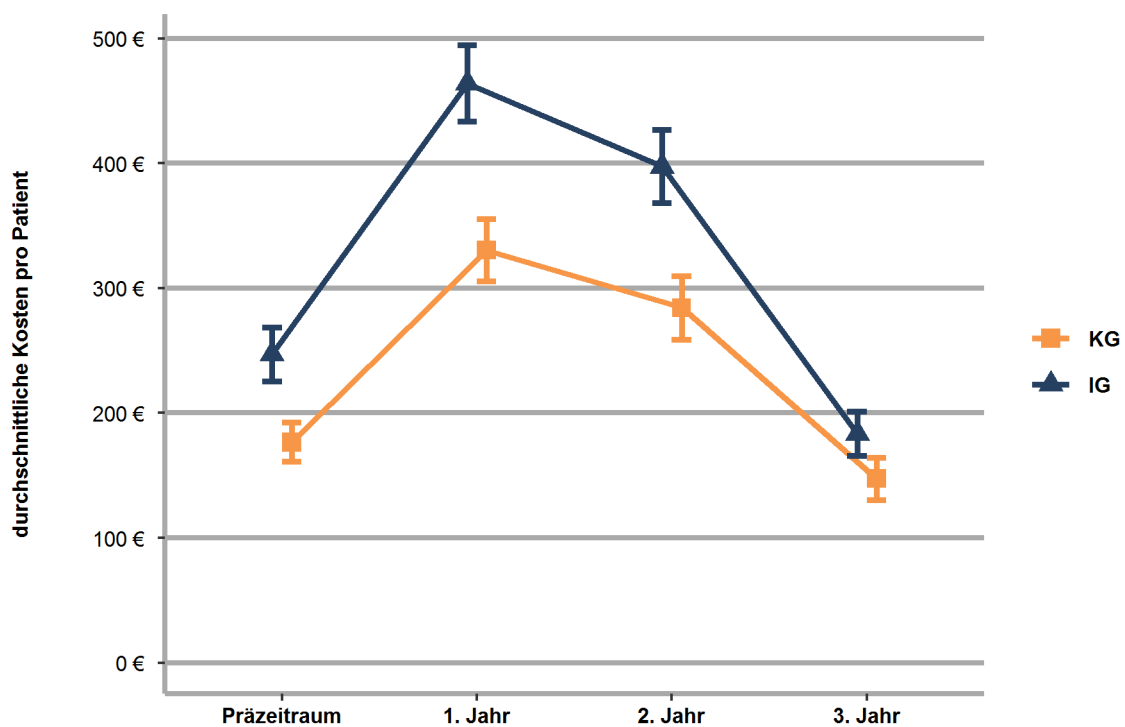
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	1.383	1.482	1.277	1.090	1.365	1.444	1.240	1.047
Mittelwert	247,08 €	464,09 €	397,41 €	183,36 €	176,72 €	330,46 €	284,27 €	147,52 €
Standardabweichung	535,87 €	749,63 €	698,89 €	418,71 €	388,44 €	610,57 €	611,15 €	398,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	11,95 €	28,69 €	14,88 €	0,00 €	12,36 €	24,94 €	10,29 €	0,00 €
Median	49,65 €	115,67 €	82,80 €	31,71 €	51,83 €	97,30 €	58,53 €	26,42 €
75%-Perzentil	181,32 €	451,97 €	360,70 €	145,63 €	166,23 €	290,01 €	235,12 €	111,77 €
Maximum	3.982,76 €	4.853,44 €	4.274,36 €	3.914,50 €	3.837,60 €	4.850,44 €	6.703,37 €	4.596,62 €

Abbildung 70: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

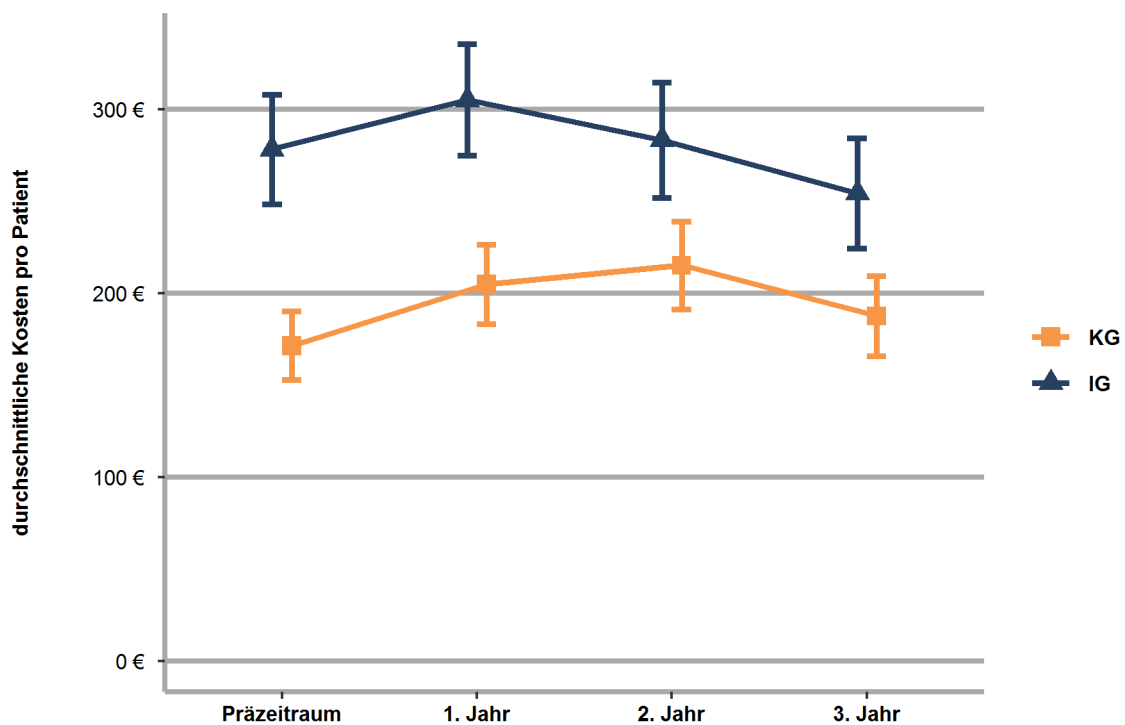


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	970	953	871	824	972	967	900	839
Mittelwert	278,19 €	305,01 €	283,35 €	254,36 €	171,36 €	204,69 €	215,09 €	187,58 €
Standardabweichung	596,73 €	604,55 €	606,54 €	564,59 €	372,55 €	431,41 €	467,69 €	413,99 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	10,40 €	18,77 €	15,01 €	16,28 €	13,03 €	23,95 €	20,33 €	17,44 €
Median	38,57 €	57,79 €	51,56 €	50,13 €	46,05 €	61,65 €	57,90 €	50,86 €
75%-Perzentil	171,55 €	212,67 €	200,89 €	167,71 €	150,71 €	164,97 €	172,62 €	150,34 €
Maximum	3.793,01 €	3.880,53 €	4.419,38 €	5.204,07 €	4.406,91 €	4.095,11 €	3.610,22 €	3.982,64 €

Abbildung 71: 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 (vgl. Tabelle 128, Tabelle 130 und Abbildung 72) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 201,52 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 206,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 275,61 €. In der KG stiegen die Kosten auf 326,25 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 45,97 € nicht signifikant ($p=0,143$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 284,50 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 263,52 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 12,06 € nicht signifikant ($p=0,773$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 129, Tabelle 131 und Abbildung 73) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 857,23 € in etwa gleich hohe Kosten wie KG mit 893,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr die Kosten in der IG mit 857,36 € konstant. In der KG erhöhten sich die Kosten leicht auf 947,63 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 53,79 € nicht signifikant ($p=0,186$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 715,35 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 662,47 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 16,06 € nicht signifikant ($p=0,743$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 132 und Abbildung 74) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 169,90 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 168,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 279,76 €. In der KG stiegen die Kosten auf 263,92 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 133, Tabelle 134 und Abbildung 75) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 181,02 € in etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 171,89 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 280,42 €. In der KG stiegen die Kosten auf 267,56 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um

3,73 € nicht signifikant ($p=0,818$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 239,97 €. In der KG sanken die Kosten auf 245,68 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 5,23 € nicht signifikant ($p=0,756$) schwächer als in der KG

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 135 und Abbildung 76) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 190,13 € mehr Kosten als die KG mit 188,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 285,16 €. In der KG stiegen die Kosten auf 284,43 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 246,60 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 235,02 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 136 und Abbildung 77) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 811,69 € etwas geringere Kosten als die KG mit 846,62 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in der IG mit 812,18 € konstant. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 906,26 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 673,33 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 687,55 €.

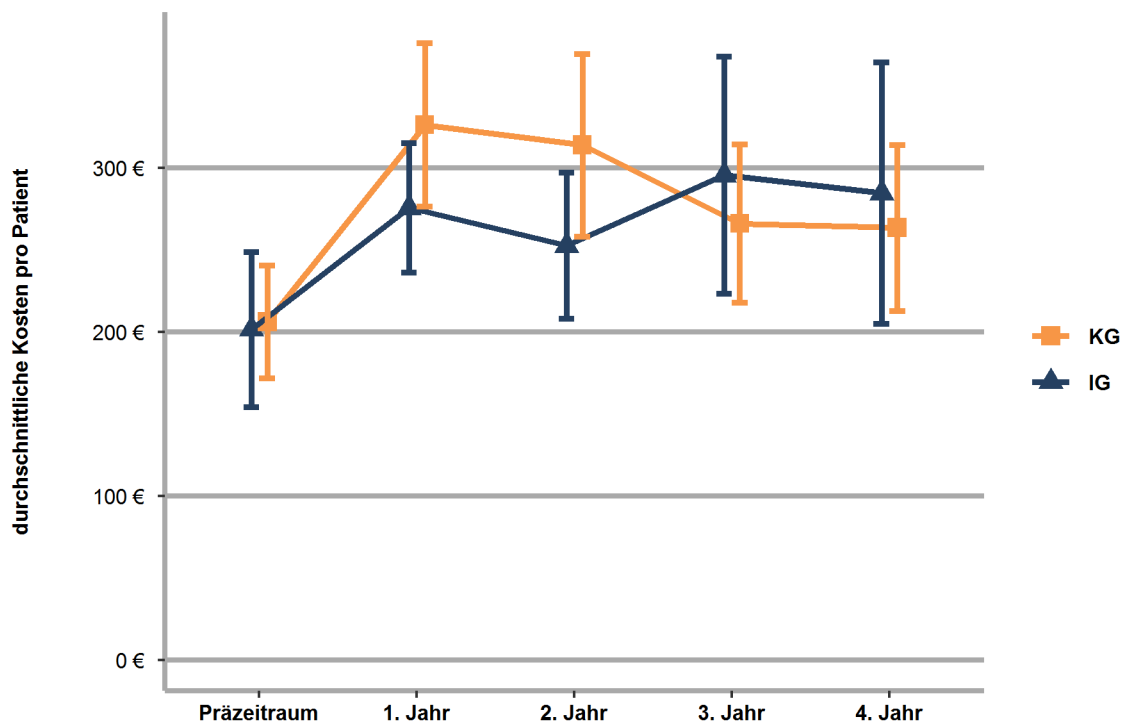
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 128: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	453	583	426	367	354	446	535	406	373	349
Mittelwert	201,52 €	275,61 €	252,53 €	295,59 €	284,50 €	206,20 €	326,25 €	313,91 €	266,07 €	263,52 €
Standardabweichung	800,91 €	668,04 €	727,44 €	1.161,90 €	1.267,51 €	585,86 €	845,52 €	920,81 €	784,45 €	813,81 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	15,78 €	80,91 €	37,80 €	14,84 €	14,36 €	17,93 €	83,34 €	28,04 €	14,78 €	5,84 €
75%-Perzentil	115,53 €	282,77 €	224,16 €	194,99 €	173,82 €	134,27 €	321,97 €	272,92 €	239,18 €	207,09 €
Maximum	12.790 €	8.906 €	11.708 €	16.084 €	22.639 €	7.362 €	14.534 €	13.455 €	12.352 €	12.436 €

Abbildung 72: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 129: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	866	874	762	708	641	831	856	763	702	673
Mittelwert	857,23 €	857,36 €	775,11 €	705,29 €	715,35 €	893,72 €	947,63 €	810,21 €	707,23 €	662,47 €
Standardabweichung	1.508,02 €	1.448,94 €	1.581,99 €	1.563,33 €	1.730,87 €	1.824,20 €	1.878,52 €	1.733,42 €	1.570,94 €	1.507,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	98,51 €	106,39 €	69,00 €	55,80 €	38,10 €	67,48 €	90,04 €	47,91 €	31,00 €	27,32 €
Median	297,46 €	326,48 €	255,86 €	249,24 €	216,93 €	311,14 €	358,71 €	284,01 €	231,81 €	221,71 €
75%-Perzentil	876,08 €	874,64 €	788,15 €	649,18 €	686,97 €	909,65 €	992,53 €	904,42 €	797,19 €	675,76 €
Maximum	11.202 €	11.179 €	21.324 €	18.271 €	21.822 €	28.867 €	30.679 €	29.990 €	27.599 €	22.230 €

Abbildung 73: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

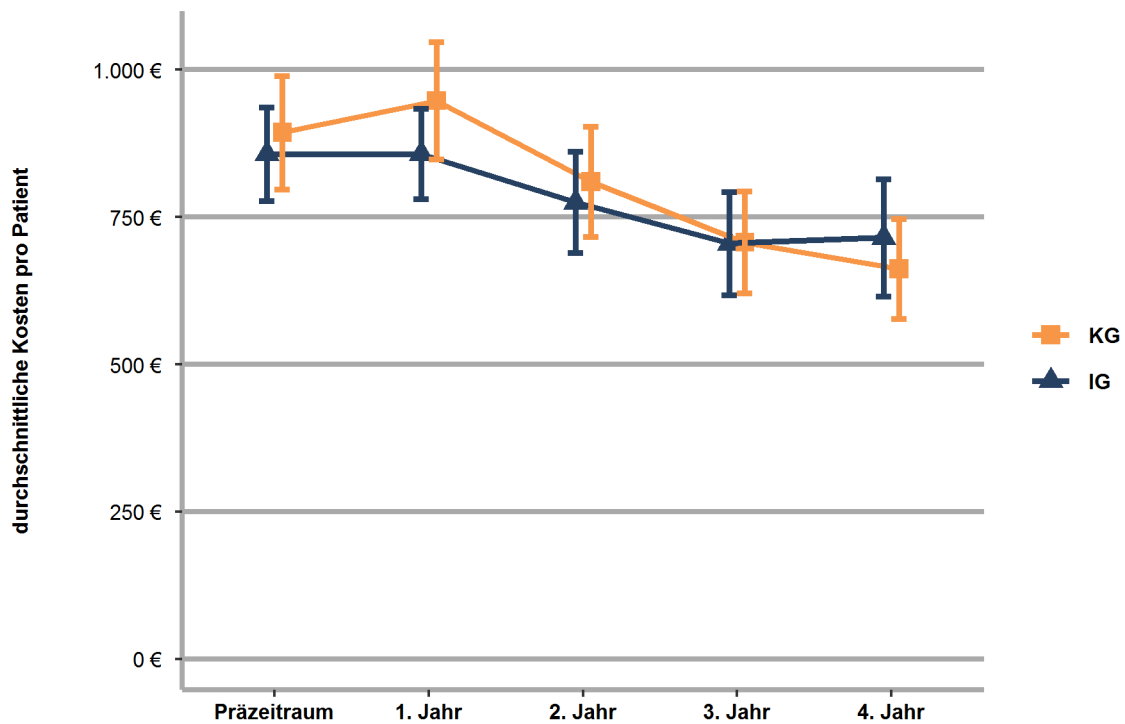


Tabelle 130: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	206,20 €	<0,001	206,20 €	<0,001	-265,01 €	<0,001
IG (vs. KG)	-4,67 €	0,895	-4,67 €	0,895	-6,34 €	0,852
Post (vs. Prä)	87,35 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-12,06 €	0,773				
1. Jahr (vs. Prä)			120,05 €	<0,001	262,92 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			107,72 €	<0,001	251,82 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			59,87 €	0,048	203,37 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			57,32 €	0,077	199,65 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-45,97 €	0,143	-49,32 €	0,121
IG x Jahr 2 (DiD)			-56,71 €	0,189	-61,08 €	0,153
IG x Jahr 3 (DiD)			34,19 €	0,538	31,89 €	0,564
IG x Jahr 4 (DiD)			25,66 €	0,681	26,63 €	0,667
Alter (30-47 J. vs. U30)					96,99 €	0,063
Alter (48-64 J. vs. U30)					120,54 €	0,017
Alter (Ü64 vs. U30)					20,52 €	0,690
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					83,25 €	0,012
F 00 (Demenz)					-71,93 €	0,350
F 01 (Vaskuläre Demenz)					219,57 €	0,061
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					227,40 €	0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.150,35 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					87,23 €	0,241
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					999,50 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					174,97 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					59,25 €	0,306
F 45 (Somatoforme Störungen)					93,93 €	0,060
F 40-48 (ohne F43 und F45)					67,27 €	0,451
F 50 (Essstörungen)					358,41 €	0,289
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					125,45 €	0,279
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.085,82 €	0,056
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-9,67 €	0,910
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					256,64 €	0,015
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					192,92 €	0,108
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-65,84 €	0,555
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					178,22 €	0,132
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					135,17 €	<0,001
R ²		0,002		0,002		0,084

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

Tabelle 131: 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	893,72 €	<0,001	893,72 €	<0,001	-418,84 €	0,014
IG (vs. KG)	-36,48 €	0,631	-36,48 €	0,631	-51,03 €	0,476
Post (vs. Prä)	-106,44 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	16,06 €	0,743				
1. Jahr (vs. Prä)			53,92 €	0,060	650,02 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-83,51 €	0,025	499,87 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-186,49 €	<0,001	385,61 €	0,002
4. Jahr (vs. Prä)			-231,24 €	<0,001	329,19 €	0,007
IG x Jahr 1 (DiD)			-53,79 €	0,186	-32,98 €	0,425
IG x Jahr 2 (DiD)			1,39 €	0,980	11,15 €	0,840
IG x Jahr 3 (DiD)			34,54 €	0,573	43,12 €	0,478
IG x Jahr 4 (DiD)			89,36 €	0,211	93,08 €	0,189
Alter (30-47 J. vs. U30)					389,04 €	0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					171,74 €	0,109
Alter (Ü64 vs. U30)					121,55 €	0,269
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					19,32 €	0,785
F 00 (Demenz)					107,69 €	0,173
F 01 (Vaskuläre Demenz)					130,53 €	0,179
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					161,50 €	0,062
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					560,37 €	0,022
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					36,00 €	0,687
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.425,99 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					255,17 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					35,07 €	0,617
F 45 (Somatoforme Störungen)					-47,42 €	0,578
F 40-48 (ohne F43 und F45)					6,68 €	0,955
F 50 (Essstörungen)					-797,56 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					524,52 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					454,80 €	0,155
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					612,52 €	0,327
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					403,69 €	0,133
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					120,37 €	0,153
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-169,10 €	0,039
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					486,12 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					191,03 €	0,077
R ²		<0,001		0,003		0,128

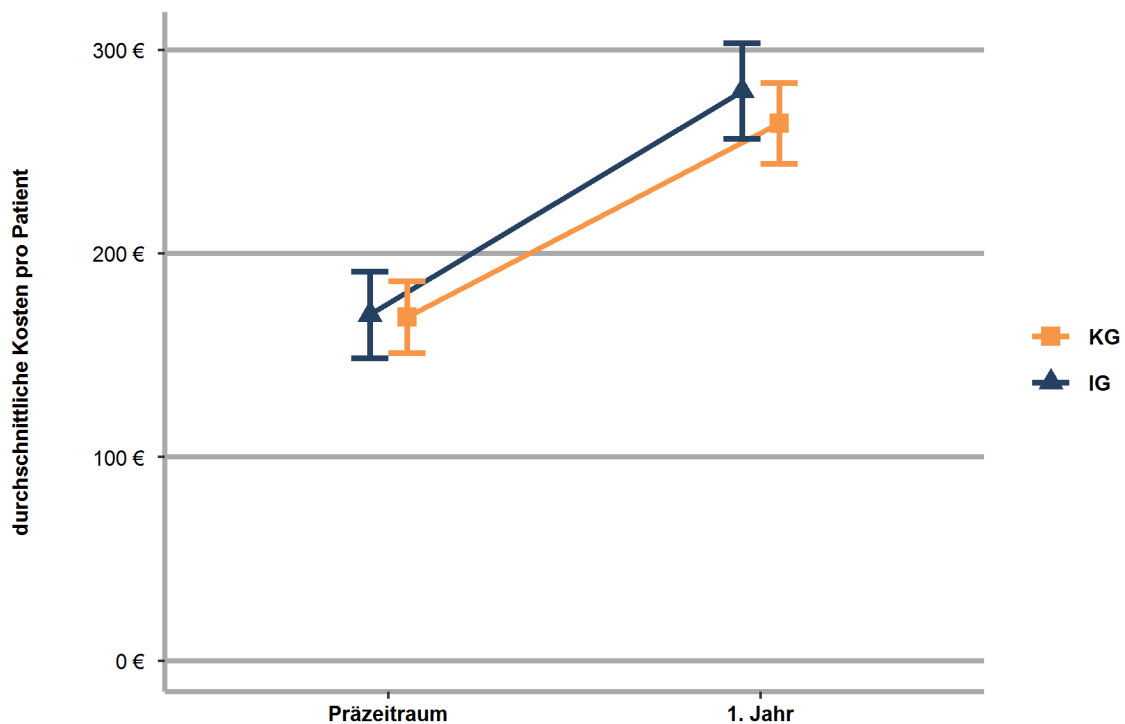
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	1.681	2.336	1.699	2.148
Mittelwert	169,90 €	279,76 €	168,76 €	263,92 €
Standardabweichung	722,75 €	797,07 €	602,66 €	675,10 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	13,22 €	83,14 €	13,40 €	74,00 €
75%-Perzentil	103,55 €	273,64 €	109,03 €	274,86 €
Maximum	21.950 €	15.742 €	14.828 €	14.870 €

Abbildung 74: 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 133: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	1.304	1.789	1.267	1.295	1.637	1.239
Mittelwert	181,02 €	280,42 €	239,97 €	171,89 €	267,56 €	245,68 €
Standardabweichung	788,54 €	779,31 €	733,14 €	569,43 €	652,02 €	696,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	11,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	13,34 €	82,22 €	30,51 €	13,70 €	74,78 €	25,50 €
75%-Perzentil	104,94 €	271,99 €	220,94 €	110,59 €	280,20 €	228,28 €
Maximum	21.950 €	14.758 €	14.608 €	12.386 €	14.534 €	13.455 €

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

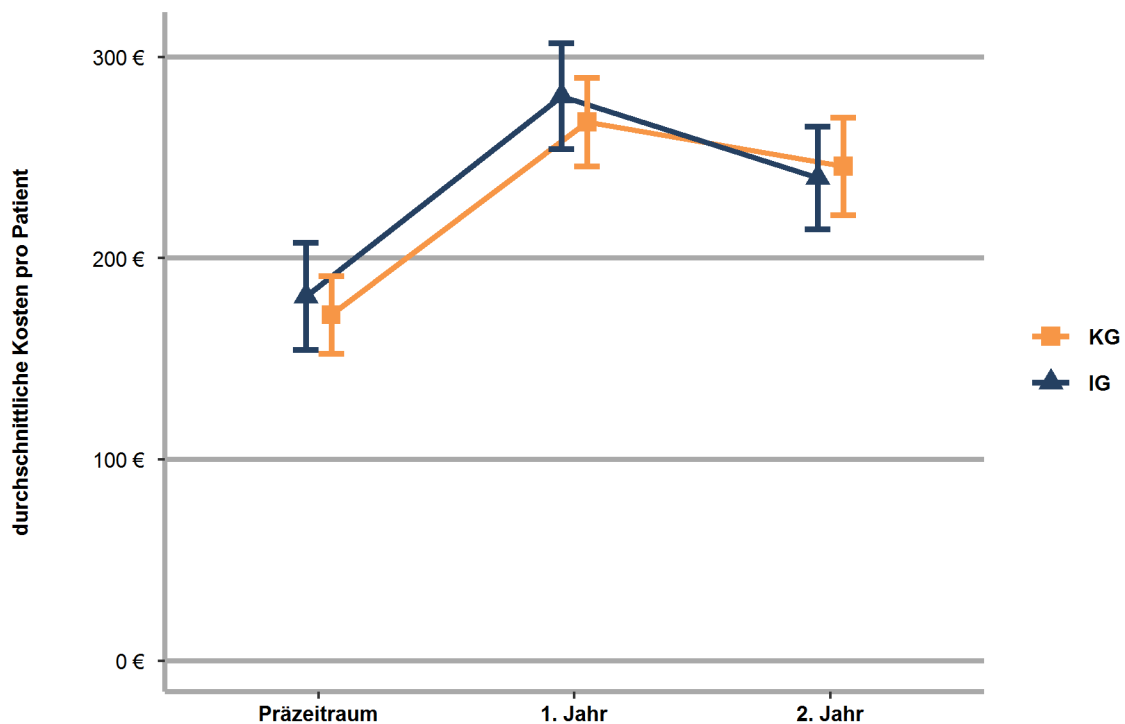


Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	171,89 €	<0,001	171,89 €	<0,001	-160,98 €	<0,001
IG (vs. KG)	9,13 €	0,647	9,13 €	0,647	3,62 €	0,849
Post (vs. Prä)	85,04 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-5,23 €	0,756				
1. Jahr (vs. Prä)			95,67 €	<0,001	204,92 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			73,79 €	<0,001	186,85 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			3,73 €	0,818	6,72 €	0,682
IG x Jahr 2 (DiD)			-14,84 €	0,462	-13,63 €	0,497
Alter (30-47 J. vs. U30)					128,27 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					141,75 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					96,10 €	0,002
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					31,10 €	0,077
F 00 (Demenz)					4,02 €	0,938
F 01 (Vaskuläre Demenz)					147,13 €	0,043
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					130,52 €	0,031
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					489,46 €	0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-18,29 €	0,561
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					744,31 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					97,58 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					16,94 €	0,582
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1,95 €	0,935
F 40-48 (ohne F43 und F45)					7,31 €	0,826
F 50 (Essstörungen)					68,49 €	0,516
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					170,41 €	0,034
F 70-79 (Intelligenzstörung)					367,22 €	0,037
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-12,02 €	0,742
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					173,87 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					161,64 €	0,002
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-171,48 €	0,090
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					289,26 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					105,17 €	<0,001
R ²		0,003		0,003		0,089

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

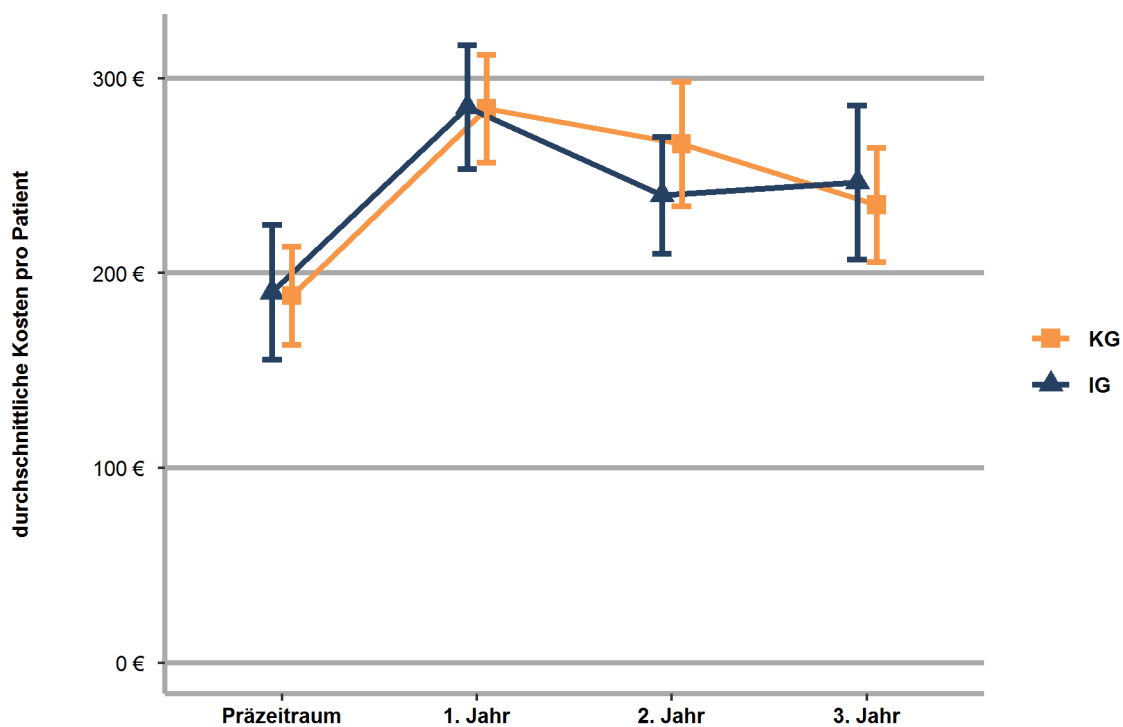
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 135: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	934	1.225	888	784	915	1.138	858	786
Mittelwert	190,13 €	285,16 €	239,97 €	246,60 €	188,41 €	284,43 €	266,28 €	235,02 €
Standardabweichung	851,28 €	781,77 €	715,22 €	927,97 €	620,54 €	684,76 €	765,15 €	692,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	13,98 €	81,10 €	34,56 €	15,38 €	15,10 €	80,17 €	27,96 €	15,53 €
75%-Perzentil	108,58 €	273,32 €	221,93 €	190,82 €	122,32 €	298,71 €	239,47 €	207,14 €
Maximum	21.950 €	14.758 €	14.608 €	16.084 €	12.386 €	14.534 €	13.455 €	12.352 €

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

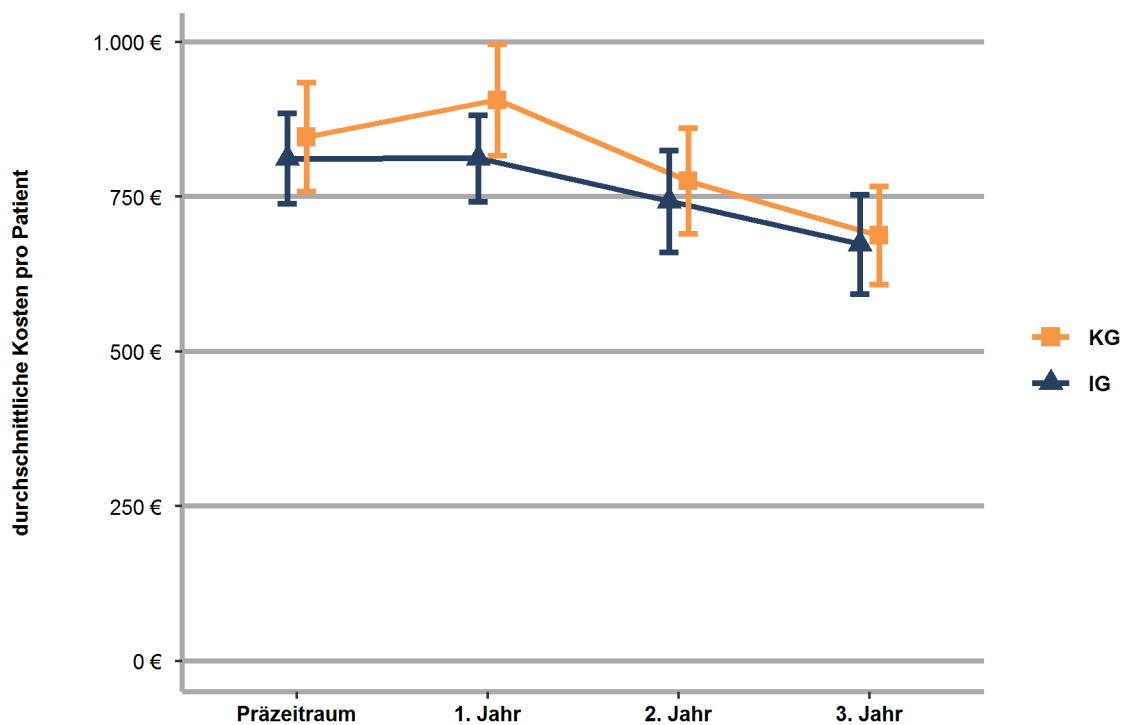


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	944	964	835	777	908	944	842	773
Mittelwert	811,69 €	812,18 €	742,83 €	673,33 €	846,62 €	906,26 €	775,62 €	687,55 €
Standardabweichung	1.457,47 €	1.399,18 €	1.592,46 €	1.517,90 €	1.752,18 €	1.798,81 €	1.665,66 €	1.511,15 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	85,24 €	101,97 €	52,01 €	41,39 €	50,84 €	88,78 €	41,27 €	28,96 €
Median	270,59 €	312,60 €	233,76 €	231,72 €	278,47 €	342,26 €	281,24 €	231,81 €
75%-Perzentil	854,63 €	825,84 €	744,96 €	629,27 €	866,02 €	985,36 €	863,92 €	797,19 €
Maximum	11.202 €	11.179 €	21.324 €	18.271 €	28.867 €	30.679 €	29.990 €	27.599 €

Abbildung 77: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 137, Tabelle 139 und Abbildung 78) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,10 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 1,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 27,50 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 32,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 10,22 € nicht signifikant ($p=0,373$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 74,60 €. In der KG stiegen die Kosten auf 59,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 3,06 € nicht signifikant ($p=0,859$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 138, Tabelle 140 und Abbildung 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 40,58 € geringere Kosten als die KG mit 60,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 55,49 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 75,33 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,15 € nicht signifikant ($p=0,992$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 162,28 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 79,55 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 28,11 € nicht signifikant ($p=0,133$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 141 und Abbildung 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 16,99 € größere Kosten als die KG mit 10,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 42,35 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 44,67 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 142, Tabelle 143 und Abbildung 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,77 € mehr Kosten als die KG mit 7,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 35,57 €. In der KG stiegen die Kosten auf 35,66 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6,72 € nicht signifikant ($p=0,357$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten

Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 40,58 €. In der KG stiegen die Kosten auf 51,13 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 11,81 € nicht signifikant ($p=0,185$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 144 und Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,61 € größere Kosten als die KG mit 2,90 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 30,67 €. In der KG stiegen die Kosten auf 27,71 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 48,70 €. In der KG stiegen die Kosten auf 32,60 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 145 und Abbildung 83) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 36,67 € niedrigere Kosten als die KG mit 55,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 51,62 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 69,92 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 55,58 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 39,52 €.

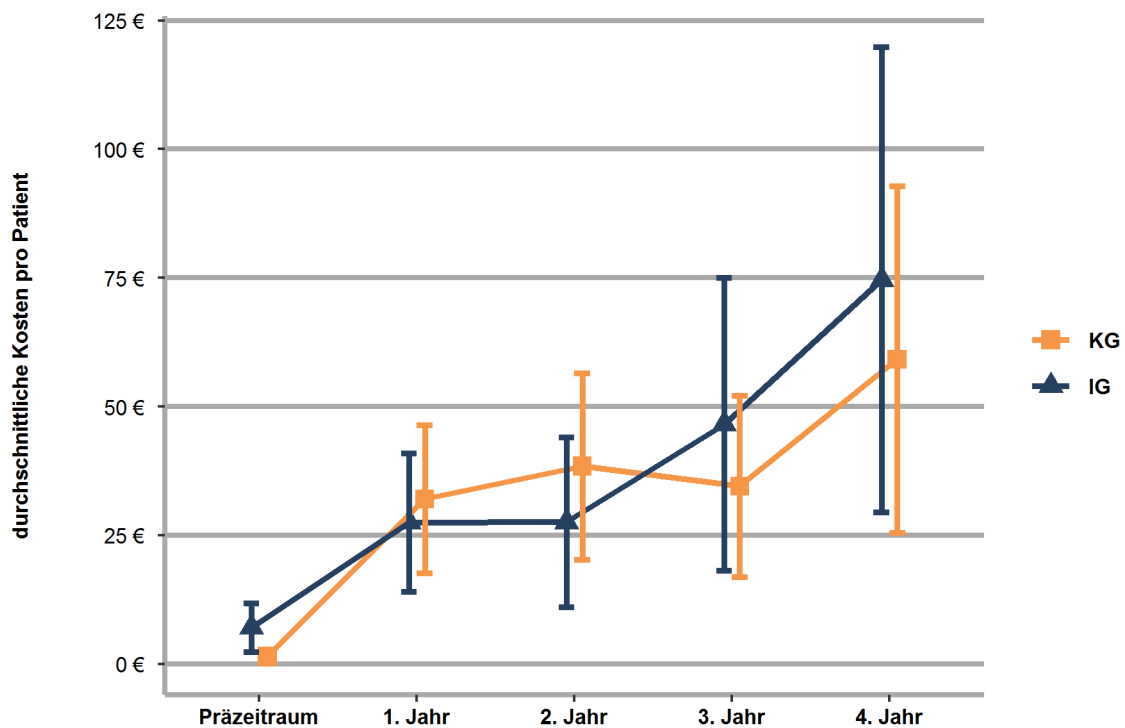
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 137: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG									
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr					
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698					
N mit Fall	8	22	15	17	12	3	26	20	16	16					
Mittelwert	7,10 €	27,50 €	27,53 €	46,58 €	74,60 €	1,41 €	32,02 €	38,39 €	34,51 €	59,15 €					
Standardabweichung	80,21 €	228,30 €	269,65 €	457,95 €	718,59 €	23,17 €	244,21 €	299,46 €	286,64 €	540,79 €					
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €					
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €					
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €					
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 € </tr <tr> <td>Maximum</td> <td>1.363 €</td> <td>4.164 €</td> <td>5.593 €</td> <td>7.780 €</td> <td>11.712 €</td> <td>468 €</td> <td>3.922 €</td> <td>4.168 €</td> <td>4.121 €</td> <td>9.393 €</td> </tr>	Maximum	1.363 €	4.164 €	5.593 €	7.780 €	11.712 €	468 €	3.922 €	4.168 €	4.121 €	9.393 €
Maximum	1.363 €	4.164 €	5.593 €	7.780 €	11.712 €	468 €	3.922 €	4.168 €	4.121 €	9.393 €					

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



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 138: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	43	47	34	27	36	53	64	52	25	33
Mittelwert	40,58 €	55,49 €	44,17 €	50,25 €	162,28 €	60,27 €	75,33 €	70,93 €	43,39 €	79,55 €
Standardabweichung	278,16 €	339,38 €	292,78 €	383,62 €	1.052,63 €	359,79 €	415,69 €	416,59 €	363,27 €	553,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.651 €	4.597 €	3.732 €	4.562 €	12.252 €	5.628 €	5.544 €	5.196 €	5.414 €	8.697 €

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

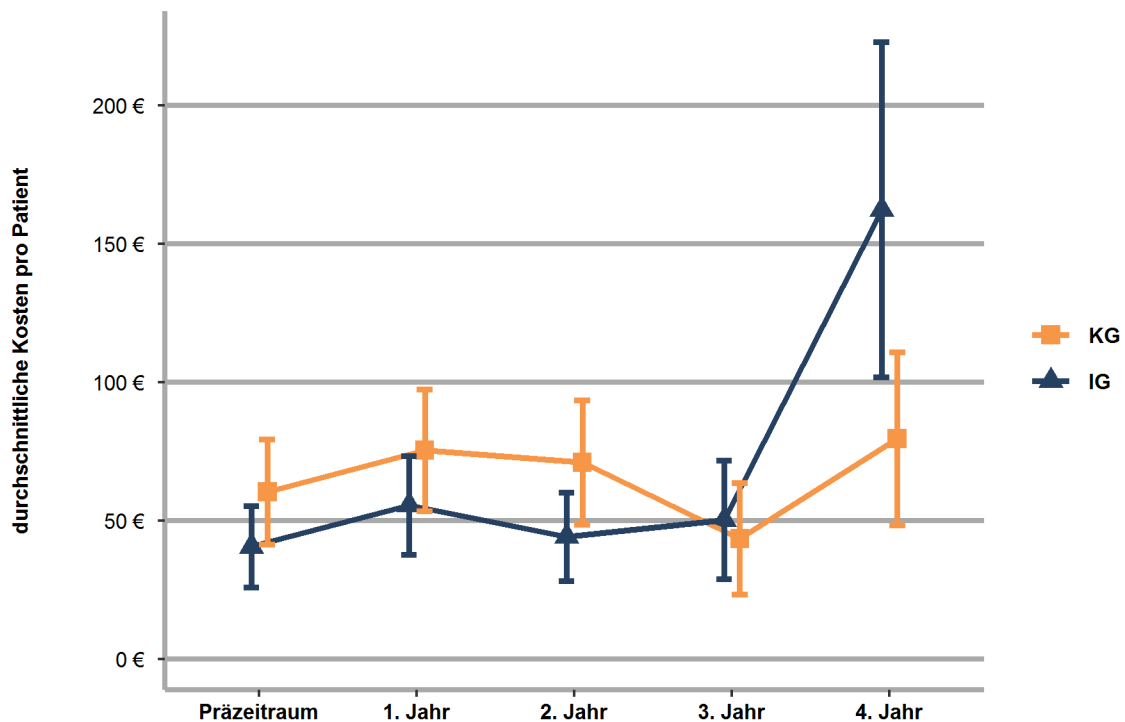


Tabelle 139: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1,41 €	0,089	1,41 €	0,089	-32,03 €	0,120
IG (vs. KG)	5,69 €	0,057	5,69 €	0,057	6,08 €	0,096
Post (vs. Prä)	39,27 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-3,06 €	0,859				
1. Jahr (vs. Prä)			30,61 €	<0,001	28,23 €	0,007
2. Jahr (vs. Prä)			36,98 €	<0,001	34,94 €	0,005
3. Jahr (vs. Prä)			33,11 €	0,002	31,01 €	0,009
4. Jahr (vs. Prä)			57,75 €	0,005	55,78 €	0,008
IG x Jahr 1 (DiD)			-10,22 €	0,373	-10,25 €	0,371
IG x Jahr 2 (DiD)			-16,55 €	0,269	-16,97 €	0,255
IG x Jahr 3 (DiD)			6,37 €	0,757	6,22 €	0,762
IG x Jahr 4 (DiD)			9,75 €	0,777	9,81 €	0,776
Alter (30-47 J. vs. U30)					3,14 €	0,866
Alter (48-64 J. vs. U30)					32,61 €	0,188
Alter (Ü64 vs. U30)					17,59 €	0,490
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					29,55 €	0,030
F 00 (Demenz)					-7,42 €	0,598
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-29,62 €	0,057
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					6,02 €	0,785
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-21,13 €	0,353
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-17,23 €	0,333
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					29,71 €	0,431
F 30-39 (Affektive Störungen)					13,73 €	0,285
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-17,42 €	0,422
F 45 (Somatoforme Störungen)					4,37 €	0,824
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-37,06 €	0,023
F 50 (Essstörungen)					-16,54 €	0,539
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-27,49 €	0,052
F 70-79 (Intelligenzstörung)					178,57 €	0,357
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					470,65 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					135,12 €	0,139
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,08 €	0,684
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					19,13 €	0,117
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,39 €	0,962
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,11 €	0,610
R ²		0,002		0,003		0,012

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	60,27 €	<0,001	60,27 €	<0,001	-39,34 €	0,225
IG (vs. KG)	-19,68 €	0,177	-19,68 €	0,178	-22,41 €	0,131
Post (vs. Prä)	7,15 €	0,557				
IG x Post (DiD)	28,11 €	0,133				
1. Jahr (vs. Prä)			15,06 €	0,160	38,74 €	0,100
2. Jahr (vs. Prä)			10,66 €	0,429	35,63 €	0,144
3. Jahr (vs. Prä)			-16,88 €	0,282	10,01 €	0,670
4. Jahr (vs. Prä)			19,28 €	0,354	46,94 €	0,100
IG x Jahr 1 (DiD)			-0,15 €	0,992	0,99 €	0,949
IG x Jahr 2 (DiD)			-7,08 €	0,694	-5,51 €	0,761
IG x Jahr 3 (DiD)			26,54 €	0,212	27,12 €	0,207
IG x Jahr 4 (DiD)			102,42 €	0,013	103,09 €	0,013
Alter (30-47 J. vs. U30)					44,67 €	0,026
Alter (48-64 J. vs. U30)					24,37 €	0,181
Alter (Ü64 vs. U30)					16,69 €	0,444
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					13,20 €	0,388
F 00 (Demenz)					346,63 €	0,389
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-40,91 €	0,098
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					100,41 €	0,008
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					51,86 €	0,315
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-15,74 €	0,445
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					31,36 €	0,172
F 30-39 (Affektive Störungen)					54,43 €	0,012
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,97 €	0,900
F 45 (Somatoforme Störungen)					41,89 €	0,302
F 40-48 (ohne F43 und F45)					87,68 €	0,295
F 50 (Essstörungen)					92,10 €	0,507
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-17,13 €	0,546
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-19,00 €	0,512
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					17,92 €	0,343
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-26,66 €	0,120
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,49 €	0,696
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					25,57 €	0,217
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					31,83 €	0,021
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,10 €	0,765
R ²		<0,001		0,005		0,013

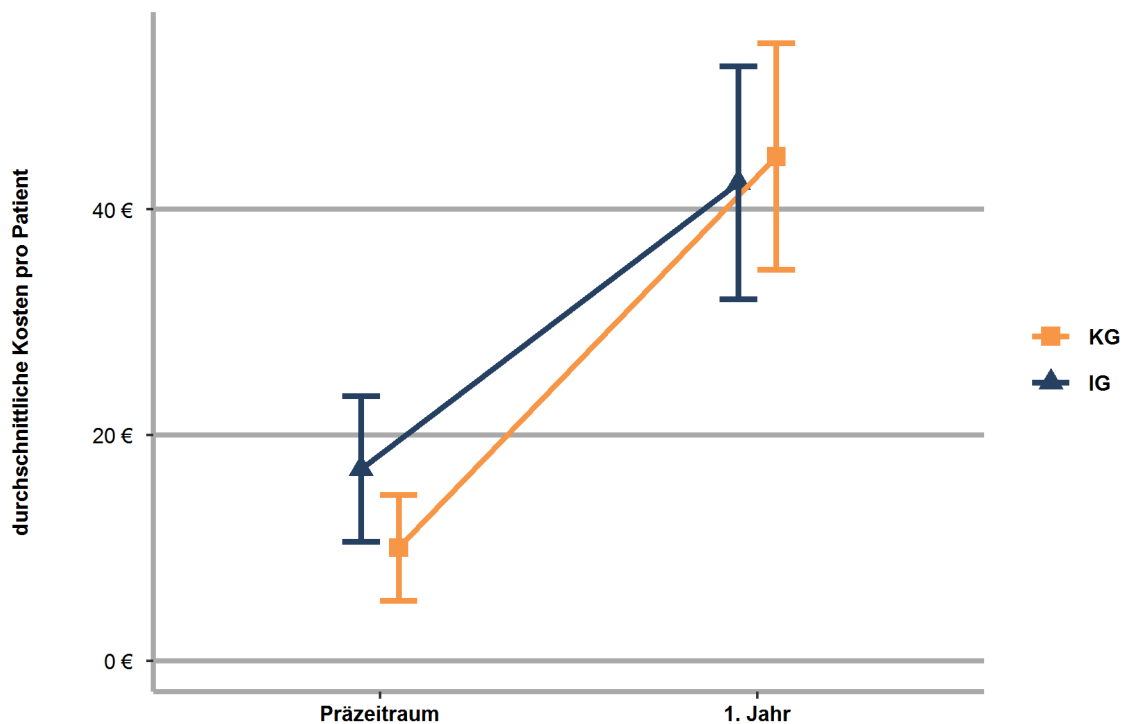
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	43	102	26	108
Mittelwert	16,99 €	42,35 €	10,02 €	44,67 €
Standardabweichung	219,20 €	350,39 €	158,84 €	340,97 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.354,47 €	7.607,33 €	5.514,39 €	6.416,12 €

Abbildung 80: 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 142: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	29	71	54	16	75	58
Mittelwert	13,77 €	35,57 €	40,58 €	7,14 €	35,66 €	51,13 €
Standardabweichung	196,78 €	329,89 €	437,07 €	140,52 €	291,45 €	485,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.354 €	7.607 €	13.848 €	5.514 €	6.416 €	13.259 €

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

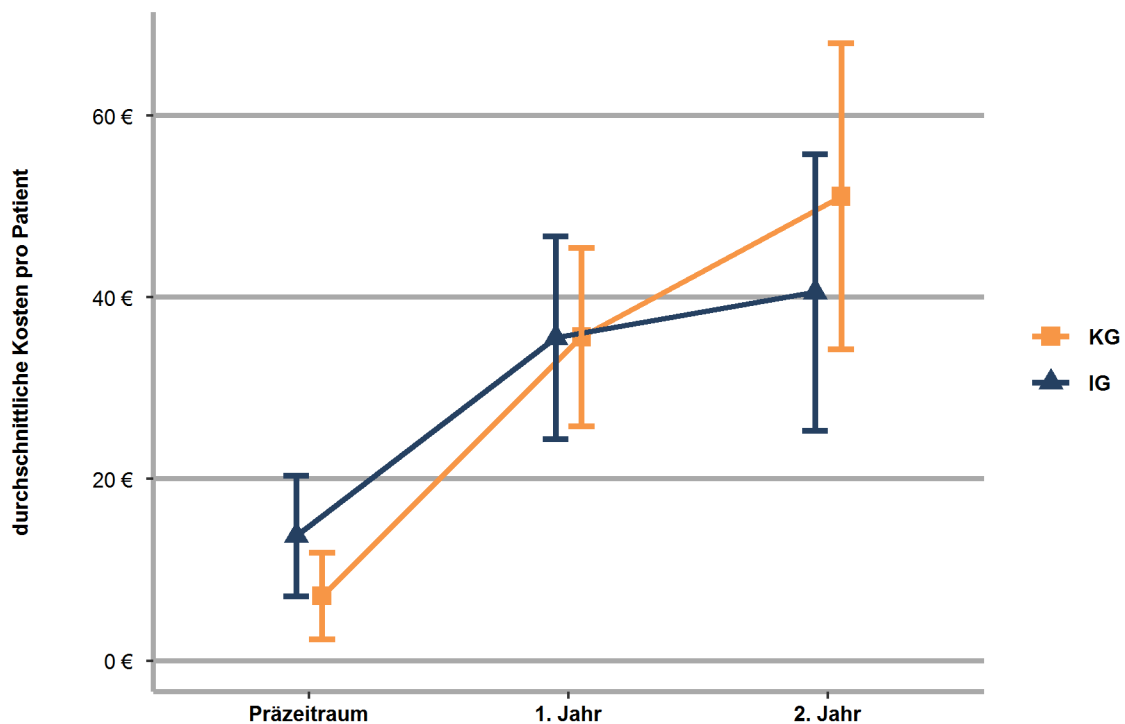


Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	7,14 €	0,013	7,14 €	0,013	-38,35 €	0,018
IG (vs. KG)	6,63 €	0,181	6,63 €	0,181	6,50 €	0,194
Post (vs. Prä)	36,04 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-11,81 €	0,185				
1. Jahr (vs. Prä)			28,52 €	<0,001	32,47 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			44,00 €	<0,001	49,18 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-6,72 €	0,357	-6,50 €	0,375
IG x Jahr 2 (DiD)			-17,18 €	0,159	-16,96 €	0,165
Alter (30-47 J. vs. U30)					12,50 €	0,022
Alter (48-64 J. vs. U30)					34,66 €	0,006
Alter (Ü64 vs. U30)					55,91 €	0,005
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,94 €	0,841
F 00 (Demenz)					-21,21 €	0,348
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-3,07 €	0,909
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					6,12 €	0,817
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					77,15 €	0,300
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-12,00 €	0,255
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					34,09 €	0,354
F 30-39 (Affektive Störungen)					18,63 €	0,101
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					22,40 €	0,455
F 45 (Somatoforme Störungen)					13,88 €	0,387
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-8,69 €	0,446
F 50 (Essstörungen)					-0,47 €	0,970
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3,14 €	0,787
F 70-79 (Intelligenzstörung)					70,97 €	0,090
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					10,80 €	0,469
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					39,76 €	0,076
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,64 €	0,450
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,48 €	0,294
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,45 €	0,683
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4,34 €	0,235
R ²		0,002		0,002		0,007

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

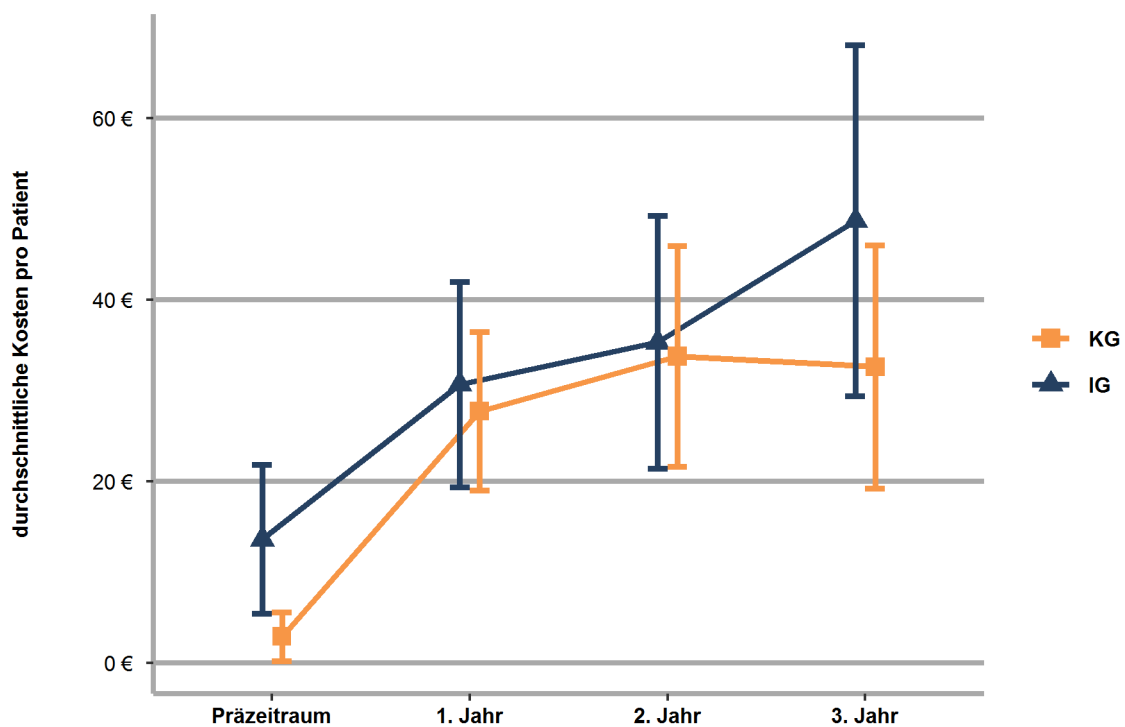
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	19	51	39	39	7	49	37	30
Mittelwert	13,61 €	30,67 €	35,30 €	48,70 €	2,90 €	27,71 €	33,78 €	32,60 €
Standardabweichung	202,43 €	278,70 €	332,26 €	454,72 €	66,03 €	215,60 €	291,11 €	315,23 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.354,47 €	5.691,20 €	5.694,70 €	7.779,84 €	2.442,20 €	3.922,41 €	5.083,68 €	5.838,58 €

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

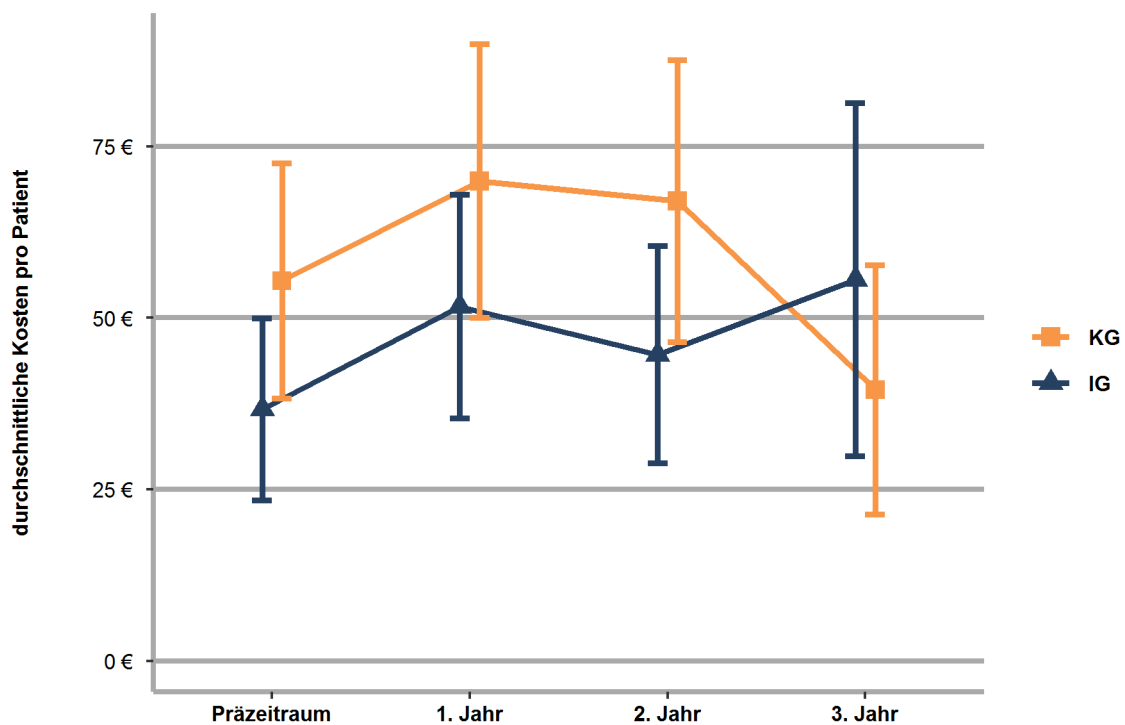


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	44	49	37	28	55	67	54	26
Mittelwert	36,67 €	51,62 €	44,64 €	55,58 €	55,41 €	69,92 €	67,04 €	39,52 €
Standardabweichung	264,51 €	325,00 €	306,50 €	485,44 €	342,62 €	398,22 €	402,14 €	345,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.651 €	4.597 €	4.088 €	10.009 €	5.628 €	5.544 €	5.196 €	5.414 €

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



11. Ergebnisse: Effizienz

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4)

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2 – Variante A: Der Anstieg der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten** fiel in der IG um 1.788,56 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG (vgl. Tabelle 146 und Abbildung 84). Der Anstieg der **vollstationären psych. Tage** fiel in der IG um 9,7 Tage signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 184,73 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 184,73 € eingespart.

Variante B: Der Anstieg der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten** fiel in der IG um 2.266,54 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 84). Der Anstieg der **AU-Tage** fiel in der IG um 1,6 Tage nicht signifikant ($p = 0,653$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von -1.381,90 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 1.381,90 € eingespart. Abbildung 85

U4 – Variante A: Der Anstieg der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten** fiel in der IG um 559,94 € nicht signifikant ($p = 0,296$) schwächer aus als in der KG (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 84). Der Anstieg der **vollstationären psych. Tage** fiel in der IG um 3,4 Tage nicht signifikant ($p = 0,073$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 164,74 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 164,74 € eingespart.

Variante B: Der Anstieg der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten** fiel in der IG um 534,10 € nicht signifikant ($p = 0,526$) schwächer aus als in der KG (vgl. Tabelle 149 und Abbildung 84). Der Anstieg der **AU-Tage** fiel in der IG um 8,2 Tage nicht signifikant ($p = 0,215$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von -65,08 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 65,08 € eingespart.

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

Tabelle 146: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.080,87 €		3.124	5.020,98 €		3.124	3.940,11 €	
	KG	875,35 €		3.124	6.604,02 €		3.124	5.728,67 €	
	Diff (IG - KG)	205,52 €	0,028		-1.583,05 €	<0,001		-1.788,56 €	<0,001
KH-Tage	IG	2,12		3.124	9,91		3.124	7,80	
	KG	1,63		3.124	19,11		3.124	17,48	
	Diff (IG - KG)	0,48	0,121		-9,20	<0,001		-9,68	<0,001
ICER	184,73 €/d								

Tabelle 147: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	879,04 €		1.950	4.373,02 €		1.950	3.493,98 €	
	KG	700,61 €		1.896	6.461,13 €		1.896	5.760,52 €	
	Diff (IG - KG)	178,44 €	0,084		-2.088,10 €	<0,001		-2.266,54 €	<0,001
AU-Tage	IG	20,17		1.950	67,62		1.950	47,45	
	KG	19,46		1.896	65,27		1.896	45,81	
	Diff (IG - KG)	0,71	0,678		2,35	0,466		1,64	0,653
ICER	-1.381,90 €/d								

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

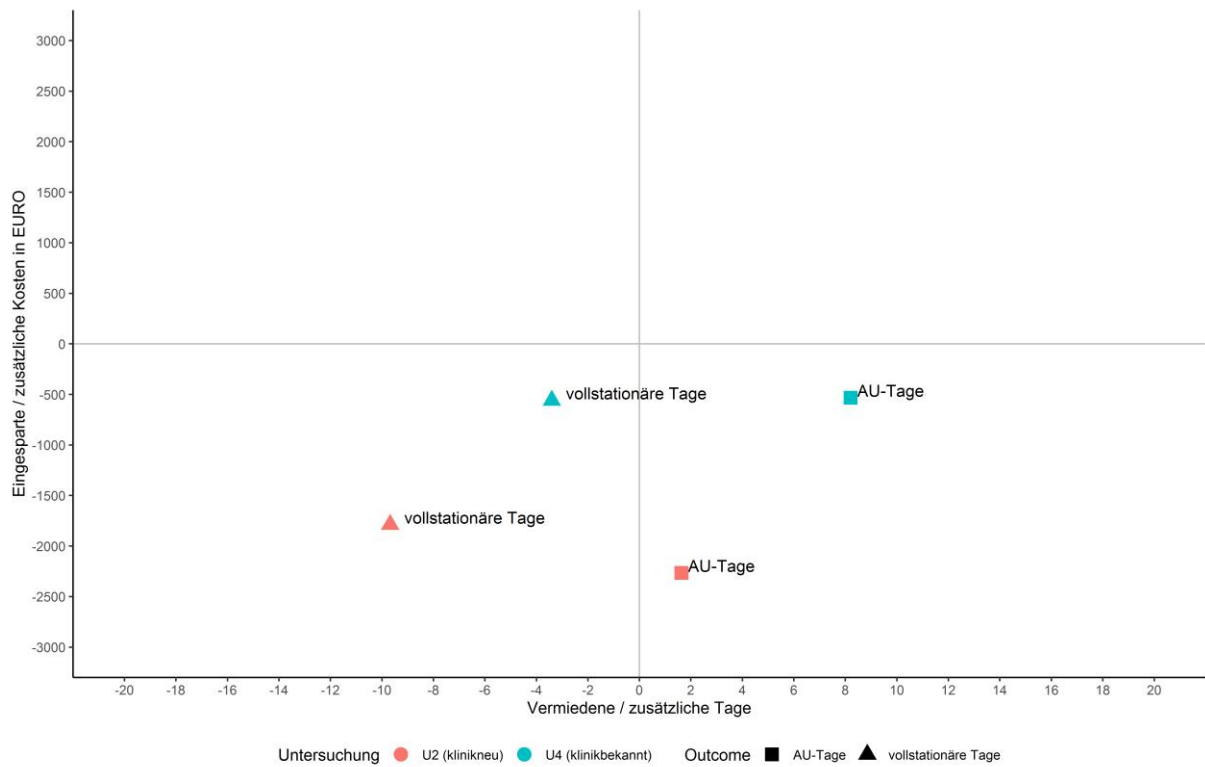
Tabelle 148: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	5.237,08 €		1.098	5.672,78 €		1.098	435,70 €	
	KG	5.068,98 €		1.098	6.064,62 €		1.098	995,64 €	
	Diff (IG - KG)	168,10 €	0,636		-391,85 €	0,327		-559,94 €	0,295
KH-Tage	IG	11,57		1.098	11,79		1.098	0,22	
	KG	11,24		1.098	14,86		1.098	3,62	
	Diff (IG - KG)	0,33	0,796		-3,07	0,028		-3,40	0,072
ICER	164,74 €/d								

Tabelle 149: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	4.890,25 €		465	6.169,16 €		465	1.278,91 €	
	KG	4.975,18 €		469	6.788,19 €		469	1.813,01 €	
	Diff (IG - KG)	-84,93 €	0,871		-619,02 €	0,347		-534,10 €	0,525
AU-Tage	IG	26,28		465	41,34		465	15,05	
	KG	36,16		469	43,01		469	6,84	
	Diff (IG - KG)	-9,88	0,016		-1,67	0,746		8,21	0,215
ICER	-65,08 €/d								

Abbildung 84: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4



Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik St. Marien-Hospital Hamm GmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollkliniken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbeobachtung). Hier steht die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen¹ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen². Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Lediglich der Aufnahmeort des Referenzfalls (PIA vs. Krankenhaus) war zwischen IG und KG verschieden (siehe Tabelle 5), da bereits hier Modellstrukturen wirkten.

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

¹ In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

² Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

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 geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten in Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten waren die Anteile in der IG stets geringer als in der KG. Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, gab es hier in U1 keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Der geringere Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt im Jahr vor Referenzfall weist hier darauf hin, dass bereits im Präzeitraum bei den klinikbekannten Patienten weniger vollstationär behandelt wurde im Vergleich zur Regelversorgung.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten der Modellklinik stärker als bei Patienten der Regelversorgung. Während dieser Unterschied in U1 noch keine statistische Signifikanz erreichte, war dieser Unterschied in U3 statistisch signifikant. Auch in den weiteren Untersuchungen U2 und U4 war ein größerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Auch bei den klinikbekannten Patienten war hier ein stärkerer Anstieg dieses Anteils im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Somit wurden sowohl klinikneue als auch klinikbekannte Patienten in der Modellklinik häufiger teilstationär versorgt als in der Kontrollgruppe.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. In U1 (Verlauf über vier Jahre) verlief der Anstieg der vollstationären Tage klinikneuer Patienten der IG im Jahr nach Referenzfall auf einem geringeren Niveau als bei Patienten der KG. Dieser Unterschied war auch bei Patienten, die im zweiten bis vierten Modelljahr eingeschlossen wurden (U2) sowie bei Patienten mit zweijährigen und dreijähriger Nachbeobachtung (U3, U4), ersichtlich. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit erkennbar, besonders im ersten patientenindividuellen Jahr. Dieser Unterschied nahm über die Zeit der Behandlung der Patienten ab (U1), blieb jedoch für das Jahr nach Referenzfall der Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren konstant (U2). Auch der Peak an vollstationären Tagen im Jahr nach

Referenzfall war über die beobachteten drei ersten Modelljahre ersichtlich (U3). Die geringeren vollstationären Behandlungstage in der IG bestanden hier noch im zweiten Jahr nach Referenzfall. Für Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr (U4) war im ersten Jahr nach Referenzfall ein Peak ersichtlich, welcher in der IG geringer als in der KG ausfiel. Danach ging die Anzahl vollstationärer Tage im dritten Jahr nach Referenzfall auf ein zwischen IG und KG vergleichbares Niveau zurück. Die geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG war zudem im Gesamtschätzer über alle vier Jahre nach Referenzfall (U1) statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl vollstationäre Behandlungstage im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Jedoch stiegen auch hier, analog zu den vollstationären Behandlungstagen klinikneuer Patienten, die vollstationären Behandlungstage im Modellvorhaben weniger stark als in der Regelversorgung bzw. sanken bereits im ersten Jahr nach Referenzfall während diese zunächst in der Regelversorgung stiegen (U1). Analog zu den Anteilen ist somit auch hier bei den vollstationären Behandlungstagen ein Absinken der Tage im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung zu erkennen. Auch in anderen Studien zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen Psychriatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22% im Vergleich vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30% der stationären Leistungen durch stationersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7).

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu sein. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein größerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich (in U1 auch erneut statistisch signifikant). Diese Entwicklung ist analog zu den teilstationären Tagen klinikneuer Patienten. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8).

Die beobachtete Entwicklung von einer Verringerung vollstationärer Behandlung hin zu einer Stärkung teilstationärer Behandlung ist im Modellvorhaben somit sowohl bei den klinikneuen als auch den klinikbekannt

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass bei der PIA-Inanspruchnahme linikneue Patienten der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall stets eine höhere PIA-Inanspruchnahme als Patienten der Regelversorgung aufwiesen. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Die linikbekannten Patienten der Modellklinik wiesen zu jedem untersuchten Zeitpunkt eine geringere PIA-Inanspruchnahme auf. Hier ist zu beachten, dass diese

Inanspruchnahme in der Modellklinik jedoch stärker zunahm als in der Regelversorgung, d.h. der Unterschied zwischen Modellklinik und Regelversorgung verringerte sich über die patientenindividuelle Zeit. In U1 führte dieser stärkere Anstieg zu einem statistisch signifikanten Anstieg im Modellvorhaben im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall. Hier lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Modellklinik die PIA-Behandlung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten ausgebaut hat, um somit, zusammen mit der Erhöhung teilstationärer Angebote, die Verringerung vollstationärer Behandlungen aufzufangen.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. Meist waren zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbare Verläufe ersichtlich. Jedoch war das stärkere Absinken der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in U3 bei klinikneuen Patienten im zweiten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung statistisch signifikant. Weiterhin ist in allen Untersuchungen ersichtlich, dass die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik numerisch unter der Inanspruchnahme in der Regelversorgung lag. Weiterhin wiesen klinikbekannte Patienten der Modellklinik stets eine geringere Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im Vergleich zu Patienten der Regelversorgung auf. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits stets im Jahr vor Referenzfall. Eine Ursache der etwas geringeren Inanspruchnahme könnte durch die verstärkte Einbindung im teilstationären Bereich sowie in der PIA in der Modellklinik liegen. Auf der anderen Seite war die Inanspruchnahme bei einem anderen Vertragsarzt in der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. In U3 war hier zudem ein statistisch signifikant größerer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall erkennbar. Dies könnte auf eine generell unterschiedliche Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte (z.B. Einbindung von Hausärzten) in der Region der Modellklinik im Vergleich zu den Regionen der Kontrollkliniken schließen. Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Modellklinik am St. Marien-Hospital Hamm 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 meist 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 verringert sowie die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte erhöht werden konnte. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigt sich eine höhere Inanspruchnahme in der PIA.

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 Behandlungskontinuität sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Einzelne Jahresscheiben und Nachbeobachtungszeiträume waren hier statistisch signifikant. Eine erhöhte Behandlungskontinuität konnte somit im Modellvorhaben nachgewiesen werden.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch erkrankter Menschen zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange linikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren in der Modellklinik stets statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass eine Behandlung mit weniger Abbrüchen des Kontakts im Modellvorhaben sichergestellt werden konnte. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein

Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegeern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch bei dem Kontaktabbruch konnten Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass das Modellvorhaben hier geschafft hatte, den Patienten früher als in der Regelversorgung wieder in die psychiatrische Versorgung zu bringen.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben gewährleistet werden konnte. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung.

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

*„[...] sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen**, für die Entwicklung von **psychischen und somatischen Komorbiditäten**, für **Erkrankungsprogression** und für eine erhöhte **Mortalität**.“*

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) und U4 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr) zwischen IG und KG bei den klinikneuen Patienten vergleichbar. In U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) und U2 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr) wiesen die Patienten der Modellklinik geringere AU-Episoden im Vergleich zur Regelversorgung auf. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war der Verlauf der Anzahl der Personen mit einer AU-Episode zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Hier wiesen jedoch Patienten des Modellvorhabens stets weniger AU-

Episoden als Patienten der Regelversorgung auf. Dieser Unterschied glich sich über die Zeit etwas an. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** verzeichnete keine statistisch signifikanten Unterschiede. So gab es zwar bei den klinikneuen Patienten in allen Untersuchungen zunächst eine etwas stärkere Zunahme an AU-Tagen in der Modellklinik, diese Unterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. In U3 und U4 sanken auch hier teils die AU-Tage im patientenindividuellen Verlauf in der Modellklinik dann wieder stärker bzw. waren zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Auch bei den klinikbekannten Patienten stieg die Anzahl an AU-Tagen in der Modellklinik etwas stärker als in der Regelversorgung bzw. glich sich die Anzahl an AU-Tage in der Modellklinik dem Niveau der Regelversorgung an. Hier blieben die absoluten AU-Tage jedoch stets (außer im vierten Jahr nach Referenzfall in U1) unter den Werten der Regelversorgung. Eine eindeutige Tendenz zur Verringerung der AU-Tage im Modellvorhaben ist somit nicht ersichtlich. Ob Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung „Seelische Gesundheit Aachen“ wurde für Depression eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (12). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen herausgefunden werden (13). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§ 64b SGB V-ähnlichen) Modellvorhaben lag u.a. auf der Reduktion vollstationärer Tage, Veränderung ambulanter Inanspruchnahme, Lebensqualität, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Patienten, Mitarbeiter und Angehörigen und weitere Outcomes.

Die Rückführung von psychisch Erkrankten in den primären Arbeitsmarkt bzw. die Vermeidung von AU ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (14), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken konnte sichergestellt werden, dass diese vergleichbare Erkrankungsschweren aufweisen. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. „Supported Employment“ oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Der Anteil klinikneuer Patienten mit

vollstationärer Wiederaufnahme war in der Modellklinik statistisch signifikant höher, während die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar war. Somit wurden vollstationäre Wiederaufnahmen im Modellvorhaben erhöht. Jedoch kann auch eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwerer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer Erkrankten“ zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patienten der Kontrollkliniken (zweistufiges 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 werden. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauser-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 meist vergleichbar. Es ist jedoch ersichtlich, dass der Komorbiditäts-Score sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten in der Modellklinik stets etwas größer als der Score in der Regelversorgung war. Bei den klinikbekannten Patienten der U4 (Referenzfall im ersten Modelljahr) glich sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Verlauf etwas an. Hier wies die Modellklinik im vierten Jahr nach Referenzfall einen statistisch signifikant geringeren Komorbiditäts-Score im Vergleich zur Regelversorgung und dem Jahr vor Referenzfall auf.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurde gezählt und als Summe bewertet. Je

höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Co-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen Modellklinik und Regelversorgung unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Modellklinik und Regelversorgung. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten Bereich keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach § 64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in den Modellkrankenhäusern 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) folgte bei den klinikneuen Patienten keinem einheitlichen Muster (im Modellvorhaben in U1 und U2 etwas geringer und in U3 und U4 etwas größer als in der Regelversorgung) und war bei den klimbekannt Patienten im Modellvorhaben etwas größer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klimbekannt Patienten aller Kohorten zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war bei klinikneuen Patienten der Modellklinik numerisch stets geringer als bei den klinikneuen Patienten der Regelversorgung. Die Inferenzstatistik wies zwar in U3 ein statistisch signifikant höheres

Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung auf. Dieser Effekt ist jedoch nicht auf die Modellversorgung zurückzuführen, sondern auf ein zeitlich unterschiedliches Auftreten der Suchterkrankung in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Daher ist hier nicht von einer erhöhten Erkrankungsprogression durch das Modellvorhaben auszugehen. Bei den klinikbekannten Patienten war bei dem Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung kein einheitlicher Trend zu erkennen.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit nicht verringert werden konnte. Jedoch zeigte sich eine Tendenz hin zu weniger AU-Episoden klinikneuer Patienten in der Modellklinik. Im Modellvorhaben in Hamm wurden die Patienten häufiger, jedoch nicht schneller, vollstationär wiederaufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Der Verlauf der Komorbiditäten war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Das Risiko der Entwicklung einer Erkrankungsprogression veränderte sich im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung nicht.

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. Im Modellvorhaben war der Anteil der klinikneuen Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen statistisch signifikant größer als in der Regelversorgung. Dies entspricht der Empfehlung der Leitlinien, auf welchen die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering.

Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz

der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach § 64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgefedert werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) in den Modellvorhaben nach § 64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach § 64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw.

Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde bei den linikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung stets statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Auch bei den linikbekannten Patienten wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (ausgenommen U1, 4. Jahr nach Referenzfall). Bei den klinikbekannten Patienten waren bereits die Inanspruchnahmen aufsuchender Behandlungen im Jahr vor Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant größer als in der Regelversorgung. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit eindeutig nachgewiesen werden. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß § 64b SGB V oder ähnlichen Projekten zur Integrierten Versorgung ((IV-)Projekten)) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre, und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nur in einer Konstellation nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Bei den Outcomes der Depression, bei denen ausreichende Fallzahlen vorlagen, war der Anteil der Inanspruchnahme einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Dies entspricht der Empfehlung. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte gezeigt werden.

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

„[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.“

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationärer psychiatrischer Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.840,75 € signifikant günstiger als die KG. Von Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG um 543,70 € signifikant günstiger als die KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum Postzeitraum nicht signifikant günstiger als die KG. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr entwickelte sich die IG um 904,35 € signifikant günstiger als die KG. Von Prä- zu vierjährigem Postzeitraum entwickelte sich die IG nicht signifikant günstiger als die KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich die Patienten der IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 2.444,12 € signifikant günstiger als die KG. Von Prä- zu Postzeitraum entwickelte sie sich um 1.469,34 € signifikant günstiger als die KG.

Zusammenfassend zeigt sich, dass hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden kann. Zum ersten Jahr hin entwickelte sich die IG jeweils signifikant günstiger als die KG.

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

*„[...] führen zu geringeren Kosten. Die **direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.**“*

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkter psychiatrischer Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.466,12 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum entwickelte sich die IG nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Bei den linikbekannten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum weder zum ersten Nachbeobachtungsjahr noch zum gesamten Postzeitraum signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.806,60 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum entwickelte sich die IG um 1.066,09 € signifikant günstiger als die KG.

Zusammenfassend zeigt sich bei den klinikneuen Patienten hypothesenkonformes Verhalten.

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

*„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“*

Der Begriff der **Leistungstransparenz** wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Seit dem ersten Quartal 2014 werden PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich festhalten, dass somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem ließe sich jedoch entgegen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

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

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr als auch zum gesamten Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sowie zum gesamten Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 74,79 € signifikant teurer als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum entwickelte sich die IG um 48,93 € signifikant teurer als die KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass teilweise hypotesenkonformes Verhalten beobachtet werden konnte.

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

*„[...] führen zu einen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.“*

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten der Psychopharmakaversorgung** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sowie zum gesamten Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG ebenfalls vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sowie zum gesamten Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant teurer als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum entwickelte sich die IG nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren Arzneimittelkosten verworfen werden kann.

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

*„[...] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.“*

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 184,73 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 184,73 € eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich keine signifikant voneinander unterschiedliche Entwicklung der Kosten zwischen den Gruppen.

U4: Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich IG und KG nicht signifikant unterschiedlich voneinander.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine kosten-effektivere Verwendung von Mitteln teilweise festgestellt werden kann.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V im Krankenhaus St. Marien-Hospital Hamm wurden im Beobachtungszeitraum vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich sowie in die ambulante Behandlung im Krankenhaus (PIA). Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich positive Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität durch eine höhere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor und eine geringere Anzahl und Dauer von Kontaktabbrüchen schwer psychisch erkrankter Menschen. Auch zeigte das Modellvorhaben eine Tendenz zu weniger AU-Episoden klinikneuer Patienten auf, während AU-Tage nicht verringert werden konnten. Weiterhin wies der höhere Anteil der Inanspruchnahme einer Psychotherapie bei klinikneuen Patienten mit einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode zu einer zum Teil erhöhten Leitlinien-gerechten Versorgung im Modellvorhaben hin. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Lediglich der höhere Anteil an vollstationären Wiederaufnahmen im Modellvorhaben ist als hypothesenkonträr einzuschätzen. Hier könnte jedoch das durch die verminderte vollstationäre Behandlung im Modellvorhaben voraussichtlich veränderte Patienten Klientel eine Erklärung liefern. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte nachgewiesen werden. Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten sowie der direkten stationären psychiatrischen Versorgungskosten konnte für die klinikneuen Patienten hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden. Insgesamt zeigen sich eine Reihe positiver Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse auf die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer

Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen

Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem Zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die

Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter AU-Tage ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierten Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u.a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen

Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (41).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen – grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (42). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Hackl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), *PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern*. 2010.
3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *International journal of integrated care*. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
7. 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.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2008;35(279):285.
9. Melchinger H. *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung*. Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. *Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(10):1313-23.
14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. *Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. 2012.
15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? *Gesundheitswesen*. 2015;77(4):e70-e6.
16. Gühne U, Riedel-Heller SG. *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin; 2015.
17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.
18. Huttner DM. *Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten* 2006.
19. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare*. 2005;43(11):1130-9.

20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München
2014.
22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. *Medical care*. 2009;47(6):626-33.
23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer*. 2016;53(3):432-4.
25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psyc*. 2008;76(5):263-71.
27. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Brit J Psychiat*. 2011;199(6):453-8.
28. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiat*. 2015;72(4):334-41.
29. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt international*. 2019;116(23-24):405-+.
30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie 2017 [Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektoreuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>].
32. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(1):34-42.
33. von Peter S, Ignatyev Y, John J, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;9(785).
34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. *Psychiatr Prax*. 2014;41(5):266-73.
35. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5(15):146.
37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. *Psychother Psych Med*. 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen*. 2020;DOI <https://doi.org/10.1055/a-1036-6364>.

40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research*. 2012;47(2):746-55.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen*. 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 150: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	3.124	3.124
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	83,1 %	84,1 %
• Zwei Diagnosen	15,8 %	14,4 %
• Drei Diagnosen	1,2 %	1,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	84	85
2. F10 & F43	46	47
3. F33 & F43	29	31

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

Tabelle 151: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.595	2.628	3.124	3.124
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	8,6 %	8,7 %	8,6 %	8,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,4 %	13,3 %	14,9 %	15,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,3 %	6,4 %	7,0 %	6,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	29,3 %	29,4 %	34,3 %	34,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	27,5 %	27,2 %	30,7 %	30,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,9 %	0,9 %	1,9 %	1,9 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	48,6 47 (33 - 60)	48,8 47 (32 - 61)	48,1 46 (33 - 59)	48,0 47 (31 - 60)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	53,1 % 46,9 %	54,7 % 45,3 %	54,3 % 45,7 %	55,2 % 44,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	13,0 % 87,0 %	42,6 % 57,4 %	15,9 % 84,1 %	45,5 % 54,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,6 % 8,1 % 8,4 % 6,6 % 13,9 % 62,5 %	0,9 % 9,5 % 9,9 % 7,4 % 12,3 % 60,0 %	0,6 % 8,1 % 8,2 % 6,6 % 13,9 % 62,7 %	0,9 % 9,6 % 9,5 % 7,5 % 12,5 % 59,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,9 % 19,5 % 1,3 % 0,2 % 2,0 % 0,0 % 9,6 % 62,5 %	8,6 % 19,9 % 1,1 % 0,3 % 2,0 % 0,1 % 8,0 % 60,0 %	5,2 % 19,0 % 1,3 % 0,2 % 1,8 % 0,0 % 9,9 % 62,7 %	8,2 % 19,8 % 1,1 % 0,4 % 2,0 % 0,1 % 8,5 % 59,9 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	9,4 % 73,7 % 16,8 %	10,0 % 64,9 % 25,1 %	9,2 % 73,5 % 17,3 %	9,6 % 65,5 % 24,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	21,7 % 14,3 % 64,0 %	24,1 % 14,7 % 61,2 %	23,2 % 15,5 % 61,2 %	25,2 % 15,7 % 59,2 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter 	62,7 % 7,0 %	60,6 % 7,5 %	62,4 % 7,7 %	60,7 % 7,8 %

• Rentner und deren Familienangehörige	27,4 %	28,7 %	26,8 %	28,4 %
• Fehlende Angabe	2,9 %	3,2 %	3,1 %	3,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 152: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.374	2.377
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	81,9 %	82,8 %
• Zwei Diagnosen	16,7 %	15,4 %
• Drei Diagnosen	1,4 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	66	69
2. F10 & F43	35	37
3. F33 & F43	24	24

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

Tabelle 153: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.944	1.968	2.374	2.377
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	9,4 %	9,5 %	9,3 %	9,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,7 %	13,7 %	15,4 %	15,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,8 %	6,1 %	6,6 %	6,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	29,0 %	28,9 %	34,3 %	34,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	26,9 %	26,7 %	30,3 %	30,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,9 %	0,9 %	1,9 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,4 %	9,2 %	12,1 %	11,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,3 %	0,9 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	1,3 %	2,6 %	2,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,3 %	0,8 %	0,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	48,8 47 (33 - 60)	49,2 48 (33 - 61)	48,3 46 (33 - 59)	48,4 47 (32 - 60)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	53,2 % 46,8 %	55,3 % 44,7 %	54,5 % 45,5 %	55,7 % 44,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	13,5 % 86,5 %	42,0 % 58,0 %	16,7 % 83,3 %	45,4 % 54,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,6 % 7,5 % 8,1 % 6,2 % 14,2 % 63,3 %	0,9 % 9,4 % 9,5 % 6,8 % 12,4 % 61,0 %	0,6 % 7,5 % 8,1 % 6,1 % 14,1 % 63,5 %	0,9 % 9,5 % 9,3 % 6,9 % 12,9 % 60,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,8 % 19,1 % 1,1 % 0,2 % 1,8 % 0,0 % 9,7 % 63,3 %	8,2 % 19,7 % 1,1 % 0,3 % 1,9 % 0,1 % 7,7 % 61,0 %	4,9 % 18,6 % 1,2 % 0,2 % 1,6 % 0,0 % 10,0 % 63,5 %	7,9 % 19,8 % 1,1 % 0,3 % 1,9 % 0,1 % 8,5 % 60,5 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	9,0 % 73,7 % 17,4 %	9,3 % 65,0 % 25,7 %	8,9 % 73,4 % 17,7 %	9,1 % 65,6 % 25,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	21,7 % 13,7 % 64,6 %	24,4 % 13,8 % 61,8 %	23,5 % 15,2 % 61,2 %	25,4 % 14,9 % 59,7 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	62,3 % 7,0 % 27,8 % 2,9 %	59,5 % 7,6 % 29,9 % 3,0 %	62,0 % 7,8 % 27,0 % 3,2 %	59,8 % 7,7 % 29,6 % 3,0 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 154: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.644	1.641
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	80,8 %	81,7 %
• Zwei Diagnosen	17,8 %	16,6 %
• Drei Diagnosen	1,4 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	46	48
2. F10 & F43	28	31
3. IG: F33 & F43 / KG: F41 & F43	17	16

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.077	1.079
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	77,9 %	79,7 %
• Zwei Diagnosen	20,1 %	17,7 %
• Drei Diagnosen	1,8 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	16	17
2. F33 & F43	15	16
3. F10 & F32	13	16

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

Tabelle 155: 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
Gesamtzahl (n)	1.328	1.341	1.644	1.641
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	10,3 %	10,6 %	10,0 %	10,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,3 %	14,1 %	16,4 %	16,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,3 %	6,6 %	7,1 %	6,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	29,4 %	29,2 %	35,3 %	35,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	25,2 %	25,2 %	29,1 %	28,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,0 %	0,9 %	1,9 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,2 %	9,3 %	12,0 %	12,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,1 %	0,7 %	0,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,4 %	1,3 %	2,7 %	2,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,3 %	0,9 %	0,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,0 %	1,0 %	1,3 %	1,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	48,7	49,5	48,2	48,7
• Median	47	48	46	48
• (Interquartilsabstand)	(33 - 60)	(33 - 62)	(33 - 59)	(32 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,8 %	55,1 %	54,4 %	55,5 %
• Männer	47,2 %	44,9 %	45,6 %	44,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	14,8 %	42,5 %	18,7 %	45,9 %
• PIA	85,2 %	57,5 %	81,3 %	54,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,5 %	0,9 %	0,6 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,7 %	8,9 %	6,9 %	9,1 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,0 %	9,8 %	7,9 %	9,6 %
• Abitur/Fachabitur	6,0 %	6,5 %	6,0 %	6,4 %
• Abschluss unbekannt	14,2 %	11,6 %	13,9 %	12,3 %
• Fehlende Angabe	64,5 %	62,3 %	64,7 %	61,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				

• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,1 %	7,5 %	4,2 %	7,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,9 %	18,5 %	18,2 %	18,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,3 %	1,3 %	1,4 %	1,1 %
• Bachelor	0,1 %	0,4 %	0,1 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,0 %	2,3 %	1,8 %	2,3 %
• Promotion	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	9,0 %	7,5 %	9,6 %	8,4 %
• Fehlende Angabe	64,5 %	62,3 %	64,7 %	61,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	8,0 %	8,9 %	8,1 %	8,7 %
• Nein	74,7 %	65,6 %	74,6 %	66,4 %
• Fehlende Angabe	17,3 %	25,4 %	17,3 %	24,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	21,6 %	24,7 %	23,5 %	26,1 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	14,5 %	13,7 %	15,8 %	14,8 %
• Weder A noch B	63,9 %	61,6 %	60,6 %	59,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	60,2 %	57,6 %	60,0 %	58,0 %
• Familienversicherter	7,7 %	7,8 %	8,4 %	7,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	29,0 %	30,8 %	28,1 %	30,5 %
• Fehlende Angabe	3,1 %	3,7 %	3,5 %	3,7 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	839	860	1.077	1.079
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,7 %	0,7 %	1,2 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	12,0 %	12,3 %	12,3 %	11,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,4 %	14,3 %	17,9 %	17,8 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) 	24,9 %	25,2 %	22,2 %	22,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 30-39 (Affektive Störungen) 	34,1 %	33,8 %	40,7 %	40,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) 	4,6 %	4,3 %	9,5 %	8,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 45 (Somatoforme Störungen) 	0,4 %	0,5 %	0,9 %	0,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ 	4,4 %	4,2 %	7,9 %	7,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) 	0,1 %	0,1 %	0,6 %	0,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) 	2,3 %	2,4 %	5,4 %	5,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 70-79 (Intelligenzstörung) 	0,1 %	0,2 %	1,2 %	1,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	1,0 %	0,9 %	1,1 %	1,8 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert 	54,6	54,8	54,0	53,4
<ul style="list-style-type: none"> • Median 	53	52	53	52
<ul style="list-style-type: none"> • (Interquartilsabstand) 	(41 - 67)	(41 - 70)	(40 - 66)	(40 - 66)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen 	57,0 %	54,7 %	57,7 %	55,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Männer 	43,0 %	45,3 %	42,3 %	44,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär 	11,8 %	22,6 %	14,1 %	25,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • PIA 	88,2 %	77,4 %	85,9 %	74,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss 	0,1 %	1,7 %	0,1 %	2,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Haupt-/Volksschulabschluss 	2,9 %	6,6 %	3,5 %	6,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss 	2,9 %	4,5 %	2,9 %	4,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abitur/Fachabitur 	2,7 %	2,8 %	2,7 %	3,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	9,1 %	6,5 %	9,5 %	7,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	82,4 %	77,8 %	81,3 %	77,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss 	1,9 %	5,6 %	2,3 %	6,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung 	7,9 %	10,2 %	8,0 %	9,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	0,1 %	0,7 %	0,1 %	0,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Bachelor 	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	7,0 %	5,1 %	7,6 %	5,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	82,4 %	77,8 %	81,3 %	77,1 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	12,3 %	12,7 %	12,4 %	12,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Nein 	72,0 %	60,6 %	71,2 %	61,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	15,7 %	26,7 %	16,3 %	26,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² 	23,0 %	26,3 %	24,0 %	27,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ 	49,0 %	45,6 %	49,8 %	45,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • Weder A noch B 	28,0 %	28,1 %	26,3 %	27,1 %

Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	42,2 %	40,2 %	42,5 %	42,4 %
• Familienversicherter	4,9 %	5,5 %	4,7 %	5,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	47,1 %	51,3 %	47,4 %	49,1 %
• Fehlende Angabe	5,8 %	3,0 %	5,4 %	2,8 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 156: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	628	628	576	561	548	636	636	596	577	561
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	2,1	11,6	4,1	4,3	2,9	1,5	18,5	4,3	3,3	3,2
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 46 Jahre; KG: < 49 Jahre)	2,3 (n=303)	8,7 (n=303)	3,7 (n=301)	4,3 (n=300)	3,8 (n=300)	1,6 (n=316)	17,3 (n=316)	3,5 (n=315)	3,0 (n=314)	2,6 (n=313)
Älter (IG: ≥ 46 Jahre; KG: ≥ 49 Jahre)	1,9 (n=325)	14,2 (n=325)	4,5 (n=275)	4,2 (n=261)	1,8 (n=248)	1,5 (n=320)	19,7 (n=320)	5,1 (n=281)	3,7 (n=263)	4,1 (n=248)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	24,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	18,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,5 (n=72)	7,4 (n=72)	0,9 (n=41)	0,4 (n=32)	0,0 (n=26)	0,3 (n=74)	5,4 (n=74)	0,8 (n=53)	2,0 (n=42)	0,0 (n=36)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	22,0 (n<10)	—	—	—	0,0 (n<10)	24,0 (n<10)	2,0 (n<10)	38,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,5 (n=95)	11,3 (n=95)	4,0 (n=86)	3,6 (n=86)	1,6 (n=85)	2,8 (n=95)	19,1 (n=95)	5,2 (n=92)	3,7 (n=91)	2,3 (n=89)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	14,1 (n=36)	42,4 (n=36)	22,5 (n=36)	17,1 (n=34)	16,0 (n=33)	11,9 (n=37)	45,9 (n=37)	27,7 (n=34)	16,1 (n=33)	19,9 (n=33)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,7 (n=175)	14,3 (n=175)	3,4 (n=169)	4,7 (n=167)	3,1 (n=163)	0,4 (n=182)	26,0 (n=182)	3,5 (n=175)	1,6 (n=172)	4,3 (n=166)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	1,2 (n=166)	4,7 (n=166)	2,1 (n=163)	3,0 (n=162)	2,1 (n=161)	0,3 (n=167)	7,0 (n=167)	1,6 (n=162)	2,4 (n=161)	1,2 (n=160)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	4,3 (n<10)	1,6 (n<10)	0,4 (n<10)	0,0 (n<10)	3,5 (n<10)	57,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,2 (n=53)	9,7 (n=53)	4,7 (n=53)	2,9 (n=53)	1,8 (n=53)	1,2 (n=52)	24,3 (n=52)	2,9 (n=52)	2,1 (n=51)	1,0 (n=51)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	26,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	14,0 (n<10)	44,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	12,4 (n<10)	14,9 (n<10)	0,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,1 (n<10)	30,9 (n<10)	7,0 (n<10)	13,3 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	2,3 (n<10)	2,7 (n<10)	20,7 (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)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	7,4 (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)	5,7 (n<10)	0,0 (n<10)

Klinikbekannte Patienten

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

	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	757	757	707	670	631	773	773	736	696	668
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	11,6	9,8	5,8	6,0	6,8	10,3	12,8	7,2	8,1	6,6
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 53 Jahre)	13,3 (n=361)	13,6 (n=361)	7,9 (n=358)	6,0 (n=356)	7,3 (n=353)	14,0 (n=386)	17,7 (n=386)	9,5 (n=383)	8,9 (n=382)	7,4 (n=376)
Älter (IG/KG: ≥ 53 Jahre)	10,0 (n=396)	6,4 (n=396)	3,7 (n=349)	6,1 (n=314)	6,2 (n=278)	6,7 (n=387)	8,0 (n=387)	4,8 (n=353)	7,2 (n=314)	5,5 (n=292)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	10,7 (n<10)	11,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	10,5 (n<10)	1,2 (n<10)	0,0 (n<10)	5,3 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,7 (n=93)	0,8 (n=93)	0,4 (n=69)	0,0 (n=49)	0,3 (n=34)	2,3 (n=98)	1,3 (n=98)	0,8 (n=73)	0,6 (n=49)	0,5 (n=35)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	21,8 (n<10)	9,6 (n<10)	12,8 (n<10)	55,3 (n<10)	2,0 (n<10)	6,2 (n<10)	0,0 (n<10)	15,0 (n<10)	3,5 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,2 (n=104)	13,2 (n=104)	6,2 (n=97)	6,5 (n=94)	6,8 (n=88)	10,6 (n=105)	18,1 (n=105)	10,8 (n=105)	10,9 (n=104)	12,3 (n=99)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	20,1 (n=195)	15,6 (n=195)	13,8 (n=195)	10,3 (n=192)	9,7 (n=189)	16,5 (n=201)	21,0 (n=201)	13,8 (n=199)	13,8 (n=193)	10,9 (n=191)
F 30-39 (Affektive Störungen)	9,1 (n=258)	9,3 (n=258)	2,2 (n=247)	4,4 (n=240)	5,6 (n=227)	9,8 (n=261)	9,9 (n=261)	4,0 (n=255)	5,4 (n=249)	3,5 (n=244)

F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,4 (n=32)	3,7 (n=32)	0,6 (n=30)	0,7 (n=29)	0,1 (n=28)	3,2 (n=29)	13,9 (n=29)	2,5 (n=28)	3,8 (n=27)	1,1 (n=26)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	4,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,8 (n<10)	2,5 (n<10)	6,8 (n<10)	13,3 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,6 (n=33)	2,4 (n=33)	1,2 (n=32)	3,7 (n=32)	6,5 (n=32)	9,2 (n=33)	3,7 (n=33)	0,7 (n=33)	4,7 (n=33)	0,9 (n=33)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	16,5 (n=18)	4,3 (n=18)	5,3 (n=17)	11,7 (n=17)	9,1 (n=17)	16,2 (n=20)	22,8 (n=20)	11,5 (n=19)	7,2 (n=19)	7,5 (n=19)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	84,0 (n<10)	13,0 (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)	5,0 (n<10)	2,0 (n<10)	43,0 (n<10)	0,0 (n<10)	81,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	14,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,7 (n<10)	0,7 (n<10)	4,1 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 157: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	376	376	374	374	373	350	350	346	346	343
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	17,8	65,5	23,5	17,3	15,8	19,1	60,1	18,7	10,1	9,1
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 38 Jahre; KG: < 40 Jahre)	12,8 (n=184)	54,5 (n=184)	20,2 (n=183)	15,1 (n=183)	15,2 (n=183)	9,7 (n=173)	47,7 (n=173)	12,4 (n=173)	9,2 (n=173)	7,6 (n=172)
Älter (IG: ≥ 38 Jahre; KG: ≥ 40 Jahre)	22,6 (n=192)	75,9 (n=192)	26,8 (n=191)	19,5 (n=191)	16,4 (n=190)	28,3 (n=177)	72,3 (n=177)	25,0 (n=173)	10,9 (n=173)	10,7 (n=171)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	32,0 (n<10)	3,0 (n<10)	40,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,5 (n=59)	42,0 (n=59)	23,3 (n=58)	15,9 (n=58)	20,4 (n=58)	24,8 (n=62)	53,5 (n=62)	18,6 (n=60)	3,8 (n=60)	6,5 (n=59)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	29,2 (n=22)	76,3 (n=22)	38,0 (n=22)	21,7 (n=22)	39,7 (n=22)	1,1 (n=13)	93,9 (n=13)	28,2 (n=13)	13,2 (n=13)	25,4 (n=13)
F 30-39 (Affektive Störungen)	28,0 (n=115)	105,7 (n=115)	31,2 (n=115)	21,3 (n=115)	17,0 (n=114)	27,2 (n=99)	88,1 (n=99)	27,5 (n=98)	16,9 (n=98)	13,7 (n=98)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,6 (n=127)	50,0 (n=127)	22,4 (n=126)	16,7 (n=126)	11,0 (n=126)	9,8 (n=119)	33,1 (n=119)	12,8 (n=118)	8,6 (n=118)	7,6 (n=117)
F 45 (Somatoforme Störungen)	45,0 (n<10)	24,4 (n<10)	2,2 (n<10)	0,6 (n<10)	0,0 (n<10)	82,3 (n<10)	122,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,0 (n=32)	39,6 (n=32)	3,8 (n=32)	11,1 (n=32)	3,2 (n=32)	24,6 (n=35)	84,0 (n=35)	19,8 (n=35)	6,2 (n=35)	1,5 (n=35)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	127,0 (n<10)	12,0 (n<10)	45,0 (n<10)	220,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 (n<10)	66,0 (n<10)	0,2 (n<10)	27,2 (n<10)	1,8 (n<10)	13,0 (n<10)	57,4 (n<10)	9,4 (n<10)	15,7 (n<10)	18,4 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	14,7 (n<10)	9,3 (n<10)	0,1 (n<10)	25,9 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,4 (n<10)	5,7 (n<10)	0,0 (n<10)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	302	302	301	301	297	302	302	302	300	293
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	28,3	37,0	14,7	14,2	14,8	34,4	37,2	19,6	18,7	15,7
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 43 Jahre)	22,6 (n=144)	42,0 (n=144)	16,2 (n=143)	13,0 (n=143)	12,0 (n=141)	36,6 (n=151)	44,4 (n=151)	22,9 (n=151)	22,3 (n=151)	16,6 (n=149)
Älter (IG/KG: ≥ 43 Jahre)	33,6 (n=158)	32,5 (n=158)	13,2 (n=158)	15,3 (n=158)	17,4 (n=156)	32,2 (n=151)	30,1 (n=151)	16,3 (n=151)	15,2 (n=149)	14,8 (n=144)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	3,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	68,3 (n<10)	21,0 (n<10)	34,0 (n<10)	55,3 (n<10)	8,5 (n<10)	20,0 (n<10)	2,0 (n<10)	30,0 (n<10)	7,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	24,2 (n=65)	28,3 (n=65)	13,9 (n=64)	15,2 (n=64)	17,3 (n=61)	20,7 (n=57)	30,6 (n=57)	12,5 (n=57)	16,1 (n=57)	10,7 (n=54)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	26,7 (n=82)	25,9 (n=82)	17,7 (n=82)	16,2 (n=82)	12,6 (n=82)	25,5 (n=91)	30,5 (n=91)	25,7 (n=91)	22,4 (n=91)	20,9 (n=90)
F 30-39 (Affektive Störungen)	37,6 (n=98)	55,1 (n=98)	13,8 (n=98)	16,7 (n=98)	18,2 (n=98)	49,1 (n=101)	53,0 (n=101)	22,0 (n=101)	17,9 (n=100)	16,7 (n=99)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	27,9 (n=17)	49,6 (n=17)	10,9 (n=17)	0,2 (n=17)	0,1 (n=17)	20,7 (n=16)	21,3 (n=16)	14,3 (n=16)	18,7 (n=15)	11,6 (n=14)
F 45 (Somatoforme Störungen)	12,0 (n<10)	45,5 (n<10)	150,5 (n<10)	14,0 (n<10)	0,0 (n<10)	219,0 (n<10)	33,0 (n<10)	255,0 (n<10)	53,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	20,0 (n=17)	21,6 (n=17)	3,0 (n=17)	2,6 (n=17)	13,9 (n=17)	72,5 (n=13)	20,5 (n=13)	2,4 (n=13)	23,3 (n=13)	16,3 (n=13)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	14,5 (n=10)	16,9 (n=10)	11,2 (n=10)	14,1 (n=10)	11,5 (n=10)	18,3 (n=11)	29,8 (n=11)	11,5 (n=11)	16,3 (n=11)	9,0 (n=11)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	11,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	17,4 (n<10)	19,9 (n<10)	0,0 (n<10)	1,9 (n<10)	0,7 (n<10)	34,2 (n<10)	60,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

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

14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 158: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,30*** 0,19...0,47	2,74 0,63...11,87	-7,84*** -10,48...-5,19	2,28** 0,88...3,68
DID Jahr 2	0,74 0,45...1,22	2,23 0,48...10,47	-1,80 -4,44...0,85	0,64 -0,76...2,04
DID Jahr 3	1,10 0,65...1,88	3,41 0,67...17,40	0,12 -2,53...2,76	0,53 -0,87...1,93
DID Jahr 4	0,91 0,53...1,57	3,18 0,59...17,02	-0,95 -3,59...1,70	0,43 -0,97...1,83
DID Jahr 1-4	—	—	-2,62* -4,78...-0,45	0,97 -0,17...2,10
Gruppe	1,59* 1,08...2,35	0,67 0,16...2,82	1,84 -0,05...3,72	0,03 -0,97...1,03
Jahr 1	30,94*** 22,31...42,91	23,94*** 9,66...59,32	18,21*** 16,35...20,08	5,09*** 4,10...6,08
Jahr 2	2,00*** 1,41...2,84	4,55** 1,71...12,11	3,44*** 1,57...5,31	0,63 -0,36...1,62
Jahr 3	1,14 0,78...1,67	2,02 0,69...5,95	1,49 -0,37...3,36	0,30 -0,69...1,28
Jahr 4	1,06 0,72...1,56	1,61 0,52...4,95	1,32 -0,55...3,19	0,11 -0,88...1,10
Indexgruppe 6 (F10)	2,21*** 1,83...2,67	1,42* 1,02...1,99	-1,47* -2,74...-0,21	-0,42 -1,09...0,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,80** 0,68...0,94	1,95*** 1,52...2,51	-1,06* -2,03...-0,09	1,25*** 0,74...1,77
Indexgruppe 9 (F43)	0,59*** 0,49...0,71	0,87 0,65...1,16	-2,64*** -3,67...-1,61	-0,02 -0,57...0,52
Psy A ¹	1,43*** 1,20...1,71	2,12*** 1,62...2,77	1,98*** 0,96...3,01	1,63*** 1,08...2,17
Psy B ²	1,45** 1,17...1,78	1,01 0,74...1,38	5,22*** 3,87...6,58	-0,27 -0,99...0,44
Alter	0,69*** 0,58...0,81	0,68** 0,52...0,88	-1,25* -2,23...-0,28	-0,54* -1,06...-0,03
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,79...1,06	1,09 0,86...1,39	-0,20 -1,08...0,68	0,11 -0,36...0,58
Komorbidität ³	1,05** 1,02...1,08	0,99 0,94...1,04	0,13 -0,05...0,31	-0,03 -0,13...0,07

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,78...1,33	0,67 0,38...1,16	0,22 -1,41...1,84	-0,28 -1,14...0,58
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,03 0,89...1,19	1,31* 1,04...1,66	1,88*** 1,01...2,75	0,67** 0,22...1,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,23*** 0,20...0,27	0,70** 0,54...0,90	-5,16*** -6,12...-4,19	-0,69** -1,20...-0,18

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 159: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,86 0,62...1,17	2,07** 1,31...3,26	-3,32* -6,53...-0,12	1,99** 0,60...3,38
DID Jahr 2	0,88 0,63...1,24	1,80* 1,05...3,07	-2,01 -5,21...1,20	0,49 -0,90...1,88
DID Jahr 3	0,84 0,59...1,20	1,53 0,86...2,75	-2,24 -5,44...0,97	0,05 -1,35...1,44
DID Jahr 4	1,12 0,79...1,60	2,10* 1,09...4,03	-0,99 -4,20...2,21	0,22 -1,17...1,61
DID Jahr 1-4	—	—	-2,14 -4,68...0,40	0,69 -0,42...1,79
Gruppe	1,03 0,83...1,29	1,04 0,73...1,46	1,97 -0,30...4,25	0,59 -0,40...1,57
Jahr 1	1,06 0,85...1,32	1,03 0,74...1,43	2,09 -0,18...4,36	0,20 -0,79...1,18
Jahr 2	0,49*** 0,39...0,63	0,48*** 0,33...0,72	-4,21*** -6,47...-1,94	-1,87*** -2,86...-0,89
Jahr 3	0,40*** 0,32...0,51	0,38*** 0,25...0,57	-4,26*** -6,53...-1,99	-1,94*** -2,93...-0,96
Jahr 4	0,33*** 0,26...0,43	0,23*** 0,14...0,37	-5,33*** -7,59...-3,06	-2,30*** -3,28...-1,31
Indexgruppe 6 (F10)	3,47*** 2,98...4,04	1,40** 1,10...1,78	4,54*** 3,03...6,06	-0,67* -1,33...-0,01
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,15*** 1,81...2,56	1,21 0,90...1,63	9,66*** 8,04...11,28	0,41 -0,30...1,11
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,84...1,13	2,01*** 1,60...2,51	2,37*** 1,07...3,67	1,70*** 1,14...2,26
Psy A ¹	1,31** 1,10...1,56	1,16 0,90...1,49	0,01 -1,55...1,57	0,33 -0,34...1,01
Psy B ²	1,33*** 1,15...1,53	0,89 0,73...1,10	3,04*** 1,71...4,37	-0,08 -0,66...0,49
Alter	0,67*** 0,60...0,76	0,88 0,73...1,06	-2,86*** -4,00...-1,72	0,26 -0,24...0,75
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,89...1,13	1,00 0,84...1,20	1,66** 0,57...2,74	0,29 -0,18...0,76
Komorbidität ³	1,00 0,97...1,02	0,92*** 0,88...0,96	0,06 -0,17...0,28	-0,20*** -0,30...-0,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08 0,89...1,30	0,43*** 0,29...0,65	1,55 -0,08...3,18	-1,10** -1,81...-0,39

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,32*** 2,92...3,77	2,70*** 2,21...3,32	8,68*** 7,59...9,77	1,83*** 1,35...2,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,27*** 0,23...0,30	0,39*** 0,32...0,48	-11,46*** -12,89...-10,03	-3,17*** -3,79...-2,55

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 160: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,03** 0,32...1,74	-0,47 -1,36...0,42	0,99 -1,54...3,52
DID Jahr 2	0,21 -0,50...0,92	-0,41 -1,30...0,48	0,17 -2,36...2,70
DID Jahr 3	0,38 -0,33...1,09	-0,68 -1,57...0,21	0,68 -1,86...3,21
DID Jahr 4	0,07 -0,64...0,78	-0,19 -1,08...0,70	0,33 -2,20...2,87
Gruppe	-0,38 -0,89...0,12	0,08 -0,55...0,72	2,34* 0,54...4,15
Jahr 1	2,40*** 1,90...2,90	1,95*** 1,32...2,58	1,23 -0,56...3,02
Jahr 2	1,37*** 0,86...1,87	0,83* 0,20...1,45	-0,09 -1,88...1,70
Jahr 3	1,17*** 0,67...1,67	0,25 -0,38...0,88	-0,47 -2,26...1,31
Jahr 4	1,16*** 0,66...1,66	-0,13 -0,76...0,50	-0,66 -2,45...1,13
Indexgruppe 6 (F10)	-0,05 -0,39...0,29	-0,53* -0,96...-0,10	0,37 -0,85...1,58
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,06 -0,32...0,20	0,75*** 0,42...1,07	1,32** 0,39...2,25
Indexgruppe 9 (F43)	-0,47** -0,74...-0,19	0,01 -0,33...0,36	-1,05* -2,03...-0,07
Psy A ¹	0,28* 0,00...0,55	1,91*** 1,56...2,25	1,03* 0,05...2,02
Psy B ²	0,47* 0,11...0,83	2,00*** 1,54...2,45	3,97*** 2,68...5,26
Alter	-0,05 -0,31...0,21	-0,20 -0,53...0,12	1,04* 0,11...1,96
Geschlecht (m vs. w)	-0,16 -0,40...0,08	0,70*** 0,40...1,00	1,20** 0,36...2,05
Komorbidität ³	-0,02 -0,07...0,03	-0,17*** -0,24...-0,11	0,70*** 0,52...0,88
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,48*** 1,04...1,91	-0,84** -1,38...-0,29	5,62*** 4,07...7,17

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,37** 0,14...0,61	0,85*** 0,56...1,14	0,95* 0,12...1,78
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75*** 0,49...1,00	0,20 -0,12...0,53	-0,98* -1,90...-0,06

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 161: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,86 -0,60...2,32	-0,14 -0,87...0,59	-0,60 -3,77...2,57
DID Jahr 2	2,02** 0,56...3,48	-0,31 -1,04...0,42	-1,88 -5,05...1,28
DID Jahr 3	1,59* 0,13...3,05	-0,03 -0,76...0,70	-2,76 -5,93...0,40
DID Jahr 4	1,21 -0,25...2,67	0,54 -0,19...1,27	-2,77 -5,94...0,40
Gruppe	-3,46*** -4,50...-2,42	-0,07 -0,58...0,45	3,04** 0,79...5,29
Jahr 1	2,08*** 1,05...3,11	0,30 -0,22...0,81	1,40 -0,84...3,64
Jahr 2	-0,63 -1,66...0,41	0,22 -0,30...0,74	0,80 -1,44...3,04
Jahr 3	-1,18* -2,21...-0,15	0,09 -0,43...0,61	0,32 -1,92...2,56
Jahr 4	-2,13*** -3,16...-1,10	-0,10 -0,62...0,42	-0,35 -2,59...1,89
Indexgruppe 6 (F10)	1,97*** 1,28...2,66	-0,68*** -1,02...-0,33	-1,81* -3,31...-0,31
Indexgruppe 7 (F20-F29)	5,35*** 4,61...6,09	-0,83*** -1,20...-0,46	-1,78* -3,38...-0,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,97** 0,37...1,56	0,93*** 0,64...1,23	-3,03*** -4,32...-1,75
Psy A ¹	-0,33 -1,04...0,38	0,95*** 0,59...1,30	2,58** 1,04...4,12
Psy B ²	3,55*** 2,95...4,16	0,51** 0,20...0,81	1,65* 0,34...2,96
Alter	-0,47 -0,99...0,06	-0,78*** -1,04...-0,52	-1,22* -2,35...-0,09
Geschlecht (m vs. w)	-0,25 -0,74...0,25	0,43** 0,18...0,68	-0,32 -1,39...0,75
Komorbidität ³	0,02 -0,08...0,12	-0,06* -0,11...-0,01	0,88*** 0,66...1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78* 0,04...1,52	-0,71*** -1,08...-0,34	4,42*** 2,82...6,03

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,40 -0,10...0,89	0,67*** 0,42...0,92	0,50 -0,58...1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,34*** 4,69...5,99	-2,42*** -2,75...-2,10	-2,41** -3,82...-1,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 162: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,56** 1,17...2,10	1,28 0,98...1,69	1,28 0,96...1,72
Indexgruppe 6 (F10)	0,61* 0,41...0,91	0,46*** 0,32...0,66	0,36*** 0,25...0,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,32 0,97...1,81	1,15 0,86...1,53	1,33 0,98...1,81
Indexgruppe 9 (F43)	0,92 0,63...1,33	0,81 0,58...1,14	0,80 0,56...1,14
Psy A ¹	1,28 0,90...1,82	1,60** 1,16...2,20	1,60** 1,14...2,24
Psy B ²	1,73** 1,18...2,54	1,42 0,98...2,07	1,33 0,87...2,04
Alter	1,17 0,86...1,60	1,31 0,98...1,76	1,18 0,85...1,62
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,87...1,60	1,29 0,97...1,71	1,22 0,91...1,64
Komorbidität ³	0,89** 0,83...0,95	0,90*** 0,84...0,95	0,96 0,90...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,52* 0,28...0,97	0,36*** 0,20...0,62	0,65 0,38...1,09
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,75...1,34	1,44** 1,09...1,89	1,52** 1,14...2,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,13*** 1,59...2,88	2,02*** 1,52...2,67	1,84*** 1,36...2,49

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 163: Prädiktoren 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	2,08* 1,13...3,81	1,36 0,77...2,41	1,55 0,79...3,02
Indexgruppe 6 (F10)	0,31** 0,14...0,70	0,27*** 0,13...0,56	0,15*** 0,06...0,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,46 0,77...2,76	1,03 0,56...1,90	1,03 0,50...2,14
Indexgruppe 9 (F43)	1,29 0,62...2,70	0,79 0,38...1,62	1,02 0,43...2,44
Psy A ¹	0,75 0,36...1,57	1,18 0,59...2,36	1,24 0,53...2,89
Psy B ²	2,34* 1,06...5,16	1,14 0,53...2,43	1,33 0,54...3,32
Alter	0,77 0,41...1,46	1,19 0,65...2,19	1,11 0,54...2,30
Geschlecht (m vs. w)	1,96* 1,05...3,64	1,43 0,80...2,56	1,53 0,77...3,02
Komorbidität ³	0,95 0,84...1,07	0,94 0,83...1,05	0,99 0,86...1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,49 0,16...1,50	0,37 0,13...1,08	0,18** 0,05...0,64
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,42 0,77...2,63	1,06 0,60...1,89	0,97 0,48...1,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,56 0,30...1,05	0,67 0,37...1,22	0,58 0,29...1,17

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 164: Prädiktoren 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	0,61 0,30...1,21	0,87 0,43...1,77	0,97 0,44...2,15
Indexgruppe 6 (F10)	0,41 0,16...1,03	0,14*** 0,06...0,34	0,11*** 0,04...0,30
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,55 0,74...3,24	0,72 0,34...1,54	0,74 0,30...1,79
Indexgruppe 9 (F43)	0,95 0,40...2,27	0,71 0,30...1,70	0,74 0,27...2,03
Psy A ¹	0,95 0,40...2,22	1,63 0,71...3,72	0,84 0,33...2,16
Psy B ²	2,29 0,98...5,35	2,04 0,85...4,90	3,00 1,00...8,99
Alter	0,57 0,25...1,27	1,70 0,77...3,78	1,56 0,65...3,78
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,54...2,13	1,02 0,51...2,01	1,53 0,70...3,38
Komorbidität ³	1,02 0,89...1,18	0,90 0,77...1,04	0,92 0,78...1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,75 0,23...2,38	0,23* 0,07...0,81	0,36 0,09...1,35
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,99 0,51...1,95	0,87 0,44...1,71	1,33 0,60...2,97
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,55 0,74...3,24	0,99 0,48...2,07	0,59 0,25...1,38

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,19 0,59...2,41	1,76 0,84...3,68	2,56* 1,05...6,24
Indexgruppe 6 (F10)	0,55 0,23...1,32	0,36* 0,15...0,89	0,40 0,14...1,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,54 0,74...3,21	1,14 0,52...2,48	1,20 0,46...3,14
Indexgruppe 9 (F43)	3,13* 1,23...7,97	4,07** 1,41...11,73	3,77 0,98...14,51
Psy A ¹	0,93 0,37...2,30	1,27 0,49...3,33	1,56 0,49...4,99
Psy B ²	1,19 0,49...2,87	1,95 0,78...4,92	1,99 0,62...6,40
Alter	0,74 0,35...1,58	0,54 0,24...1,18	0,56 0,22...1,45
Geschlecht (m vs. w)	0,77 0,37...1,58	0,96 0,45...2,02	1,01 0,41...2,51
Komorbidität ³	0,97 0,83...1,14	0,99 0,85...1,16	1,07 0,88...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,18...4,32	0,90 0,19...4,31	0,42 0,06...2,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,52 0,26...1,01	1,37 0,68...2,74	0,81 0,35...1,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,45...1,98	0,62 0,28...1,37	1,20 0,48...2,99

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, 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	1,20 0,90...1,60	1,24 0,93...1,67	1,68** 1,16...2,43
Indexgruppe 6 (F10)	1,00 0,69...1,46	0,75 0,52...1,08	0,59* 0,38...0,92
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,75*** 1,77...4,28	2,53*** 1,63...3,93	1,97* 1,12...3,47
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,40*** 1,64...3,51	2,76*** 1,91...3,99	2,73*** 1,73...4,33
Psy A ¹	1,06 0,70...1,62	1,44 0,96...2,15	1,44 0,90...2,30
Psy B ²	0,96 0,68...1,35	1,25 0,88...1,77	2,16** 1,37...3,39
Alter	0,88 0,65...1,19	0,88 0,65...1,20	1,32 0,90...1,95
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,78...1,42	0,92 0,68...1,25	0,80 0,55...1,16
Komorbidität ³	1,03 0,97...1,10	1,06 0,99...1,13	1,01 0,93...1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,46...1,32	0,83 0,49...1,42	0,46* 0,24...0,87
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,02 0,75...1,39	1,11 0,82...1,51	1,13 0,78...1,64
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,65** 1,24...2,20	1,85*** 1,38...2,48	1,90** 1,30...2,77

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,25 0,86...1,81	1,09 0,73...1,63	1,51 0,89...2,55
Indexgruppe 6 (F10)	0,53* 0,32...0,88	0,92 0,55...1,53	0,79 0,42...1,50
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,68 0,96...2,95	2,80** 1,52...5,15	3,49** 1,53...7,95
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,65...1,81	1,71* 1,02...2,85	2,04* 1,04...3,98
Psy A ¹	0,83 0,45...1,52	1,20 0,67...2,17	1,74 0,82...3,71
Psy B ²	1,24 0,75...2,07	1,54 0,91...2,60	1,32 0,65...2,67
Alter	0,86 0,59...1,27	0,96 0,64...1,46	1,31 0,76...2,27
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,63...1,41	1,46 0,95...2,23	2,04* 1,16...3,57
Komorbidität ³	1,06 0,97...1,16	1,07 0,96...1,18	0,97 0,85...1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,55 0,82...2,94	1,00 0,49...2,07	2,83 0,88...9,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26 0,84...1,88	1,23 0,80...1,87	1,29 0,75...2,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,44 0,98...2,11	1,69* 1,13...2,53	1,74* 1,03...2,94

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,16 0,79...1,70	1,10 0,71...1,73	1,14 0,61...2,12
Indexgruppe 6 (F10)	0,90 0,54...1,51	0,78 0,45...1,38	0,50 0,24...1,04
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,52 0,88...2,63	2,54** 1,34...4,79	2,94* 1,21...7,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40 0,85...2,31	1,95* 1,12...3,39	2,15* 1,02...4,54
Psy A ¹	0,98 0,53...1,80	0,76 0,40...1,47	0,67 0,29...1,54
Psy B ²	1,16 0,70...1,93	2,17** 1,24...3,79	2,41* 1,13...5,14
Alter	0,93 0,63...1,38	0,87 0,55...1,37	0,87 0,47...1,61
Geschlecht (m vs. w)	1,52* 1,01...2,30	1,45 0,90...2,33	1,90* 1,01...3,59
Komorbidität ³	1,00 0,90...1,11	0,96 0,85...1,07	0,91 0,77...1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,60 0,29...1,22	0,88 0,40...1,92	1,10 0,36...3,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,10 0,74...1,63	1,67* 1,06...2,62	1,30 0,71...2,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,43 0,96...2,13	2,44*** 1,55...3,83	2,91** 1,57...5,37

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,21 0,82...1,78	0,92 0,59...1,42	0,67 0,35...1,28
Indexgruppe 6 (F10)	0,60 0,35...1,03	0,52* 0,29...0,93	0,34* 0,15...0,79
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,95* 1,07...3,55	2,19* 1,11...4,30	2,01 0,71...5,71
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,56 0,91...2,70	1,46 0,80...2,66	0,95 0,41...2,22
Psy A ¹	0,61 0,32...1,18	0,69 0,36...1,31	0,97 0,41...2,26
Psy B ²	1,56 0,90...2,69	2,04* 1,14...3,64	3,32** 1,49...7,39
Alter	0,90 0,60...1,35	0,98 0,62...1,57	1,62 0,82...3,21
Geschlecht (m vs. w)	1,52 0,98...2,34	1,91** 1,19...3,07	2,27* 1,17...4,41
Komorbidität ³	0,90* 0,81...0,99	0,96 0,85...1,07	0,88 0,74...1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,66 0,31...1,38	0,66 0,30...1,46	0,39 0,13...1,17
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,75...1,67	1,16 0,74...1,82	0,70 0,37...1,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,18 0,77...1,79	1,64* 1,03...2,60	1,66 0,86...3,19

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 170: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 171: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 172: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 173: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 174: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,11 -0,29...0,07	6,21 -5,13...17,54
DID Jahr 2	-0,02 -0,20...0,16	4,89 -6,45...16,22
DID Jahr 3	0,12 -0,06...0,30	7,10 -4,24...18,43
DID Jahr 4	0,05 -0,13...0,23	7,03 -4,31...18,36
DID Jahr 1-4	—	6,30 -3,12...15,73
Gruppe	0,07 -0,06...0,20	-1,71 -9,81...6,40
Jahr 1	0,50*** 0,37...0,63	44,58*** 36,44...52,71
Jahr 2	-0,20** -0,33...-0,07	-0,09 -8,23...8,04
Jahr 3	-0,35*** -0,48...-0,23	-9,02* -17,15...-0,88
Jahr 4	-0,38*** -0,51...-0,25	-10,74* -18,87...-2,61
Indexgruppe 6 (F10)	0,14** 0,06...0,23	-0,04 -5,50...5,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,04 -0,10...0,03	10,70*** 6,41...15,00
Indexgruppe 9 (F43)	-0,11** -0,18...-0,05	-4,61* -8,89...-0,33
Psy A ¹	0,11** 0,04...0,18	10,53*** 6,15...14,90
Psy B ²	0,11* 0,01...0,21	-0,51 -6,79...5,77
Alter	-0,03 -0,09...0,03	11,19*** 7,37...15,01
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,07...0,05	3,04 -0,67...6,75
Komorbidität ³	0,03** 0,01...0,04	-1,39** -2,43...-0,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,09 -0,33...0,15	-4,41 -19,70...10,87

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,20*** -0,27...-0,13	-4,38* -8,64...-0,13
------------------------------	---------------------------	-------------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 175: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,08 -0,30...0,15	7,92 -3,23...19,07
DID Jahr 2	0,07 -0,16...0,29	4,98 -6,17...16,14
DID Jahr 3	0,08 -0,14...0,30	5,23 -5,92...16,39
DID Jahr 4	0,17 -0,06...0,39	9,75 -1,41...20,90
DID Jahr 1-4	—	6,97 -1,95...15,89
Gruppe	-0,08 -0,24...0,08	-4,74 -12,65...3,18
Jahr 1	0,09 -0,07...0,25	3,03 -4,82...10,87
Jahr 2	-0,41*** -0,56...-0,25	-17,02*** -24,86...-9,17
Jahr 3	-0,43*** -0,58...-0,27	-18,75*** -26,60...-10,91
Jahr 4	-0,48*** -0,64...-0,33	-22,18*** -30,02...-14,33
Indexgruppe 6 (F10)	0,39*** 0,28...0,49	0,32 -4,89...5,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,12* 0,00...0,23	9,34** 3,68...15,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,08 -0,17...0,02	10,16*** 5,53...14,79
Psy A ¹	0,03 -0,08...0,13	2,48 -2,74...7,70
Psy B ²	0,12* 0,02...0,21	-3,01 -7,60...1,57
Alter	-0,06 -0,14...0,02	1,05 -2,74...4,83
Geschlecht (m vs. w)	0,02 -0,05...0,10	4,67* 0,94...8,40
Komorbidität ³	0,02* 0,00...0,04	-0,71 -1,74...0,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,15 -0,02...0,33	-3,24 -11,98...5,50

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,46*** -0,55...-0,37	-17,89*** -22,44...-13,34
------------------------------	---------------------------	------------------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 178: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,05 -0,29...0,38
DID Jahr 2	-0,17 -0,51...0,16
DID Jahr 3	-0,12 -0,46...0,21
DID Jahr 4	-0,08 -0,42...0,25
Gruppe	0,35** 0,11...0,59
Jahr 1	0,61*** 0,37...0,85
Jahr 2	-0,02 -0,25...0,22
Jahr 3	-0,16 -0,40...0,07
Jahr 4	-0,29* -0,52...-0,05
Indexgruppe 6 (F10)	0,61*** 0,45...0,77
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,12 0,00...0,24
Indexgruppe 9 (F43)	-0,17* -0,29...-0,04
Psy A ¹	0,45*** 0,32...0,58
Psy B ²	0,86*** 0,69...1,03
Alter	1,45*** 1,33...1,56
Geschlecht (m vs. w)	0,09 -0,02...0,20
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,68*** 1,47...1,88
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,34*** 0,23...0,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,14* -0,26...-0,02

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 179: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,05 -0,37...0,28
DID Jahr 2	-0,25 -0,57...0,08
DID Jahr 3	-0,17 -0,49...0,16
DID Jahr 4	-0,34* -0,67...-0,02
Gruppe	0,43*** 0,20...0,66
Jahr 1	0,16 -0,07...0,39
Jahr 2	0,01 -0,22...0,23
Jahr 3	-0,13 -0,36...0,10
Jahr 4	-0,29* -0,52...-0,06
Indexgruppe 6 (F10)	0,96*** 0,80...1,11
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,17* 0,01...0,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,25*** 0,12...0,38
Psy A ¹	0,25** 0,09...0,41
Psy B ²	0,53*** 0,40...0,66
Alter	1,17*** 1,06...1,28
Geschlecht (m vs. w)	0,25*** 0,14...0,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,53*** 1,37...1,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,61*** 0,51...0,72
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,23** -0,38...-0,09

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 180: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,02 0,77...1,35
Psy A ¹	0,63* 0,44...0,90
Psy B ²	0,78 0,48...1,27
Alter	10,62*** 5,82...19,39
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,76...1,34
Komorbidität ³	1,25*** 1,20...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,59...1,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,95 0,71...1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91 0,68...1,21

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 181: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,06 0,85...1,32
Psy A ¹	0,51*** 0,38...0,67
Psy B ²	0,44*** 0,32...0,60
Alter	6,19*** 4,07...9,43
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,85...1,34
Komorbidität ³	1,18*** 1,14...1,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69* 0,52...0,91
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,74...1,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,66** 1,17...2,36

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,98 0,68...1,40	0,93 0,55...1,56	1,09 0,84...1,42
Psy A ¹	1,19 0,81...1,76	1,47 0,86...2,53	0,59** 0,43...0,81
Psy B ²	0,93 0,53...1,64	0,69 0,29...1,61	1,47 0,96...2,26
Alter	1,08 0,74...1,58	0,68 0,38...1,21	1,17 0,89...1,54
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,85...1,79	0,63 0,38...1,05	0,71** 0,55...0,91
Komorbidität ³	1,12** 1,04...1,22	1,08 0,95...1,23	0,96 0,90...1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,36 0,66...2,82	0,00 0,00...INF	0,61 0,33...1,13
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19 0,83...1,73	0,75 0,45...1,25	1,23 0,95...1,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,78 0,53...1,14	1,16 0,66...2,05	0,47*** 0,36...0,61

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 183: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,29 0,83...2,01	1,04 0,60...1,78	1,14 0,81...1,61
Psy A ¹	1,42 0,80...2,52	2,35* 1,05...5,28	1,39 0,78...2,44
Psy B ²	0,93 0,54...1,60	0,61 0,33...1,11	0,97 0,65...1,46
Alter	0,88 0,54...1,44	0,96 0,54...1,73	0,75 0,51...1,09
Geschlecht (m vs. w)	1,39 0,84...2,30	1,57 0,86...2,86	0,78 0,55...1,10
Komorbidität ³	1,00 0,89...1,13	0,99 0,86...1,14	0,92 0,83...1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,55 0,78...3,08	0,75 0,25...2,23	1,25 0,68...2,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,09 0,68...1,75	1,30 0,72...2,35	0,92 0,63...1,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,55...1,92	0,71 0,37...1,37	0,47** 0,30...0,72

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 184: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

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

Tabelle 185: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,15*** -0,20...-0,10	-46,33*** -60,21...-32,45	-0,13*** -0,17...-0,09	-43,36*** -56,66...-30,06
Psy B ²	-0,11*** -0,16...-0,05	-37,38*** -51,93...-22,83	-0,10*** -0,15...-0,06	-37,03*** -50,97...-23,09
Alter	0,01 -0,04...0,06	1,40 -13,71...16,52	0,00 -0,04...0,05	0,84 -13,64...15,32
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,06...0,04	-3,75 -18,09...10,59	-0,01 -0,05...0,03	-3,13 -16,87...10,61
Komorbidität ³	0,02** 0,01...0,03	4,85** 1,75...7,96	0,01* 0,00...0,02	3,83* 0,85...6,80
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,05 -0,05...0,15	11,40 -16,65...39,46	0,01 -0,07...0,10	7,05 -19,83...33,92

Tabelle 186: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,28** 1,06...1,55	-3,34 -19,79...13,10
Psy A ¹	1,32** 1,08...1,63	3,93 -14,16...22,02
Psy B ²	1,22 0,95...1,57	-22,69* -44,35...-1,03
Alter	0,82* 0,67...0,99	11,58 -5,08...28,25
Geschlecht (m vs. w)	0,74** 0,62...0,89	5,24 -10,22...20,69
Komorbidität ³	1,03 0,99...1,07	-0,59 -4,10...2,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,66...1,28	15,03 -14,13...44,19
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,13 0,95...1,35	-18,29* -34,00...-2,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,21* 1,00...1,45	1,26 -15,05...17,58

Tabelle 187: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,62 0,37...1,04	1,09 0,91...1,31	1,89*** 1,46...2,46	1,89 0,94...3,78	4,04 0,94...17,39	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,81 0,15...4,47	1,25* 1,04...1,50	0,70** 0,54...0,91	0,49* 0,25...0,94	0,56 0,18...1,74	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,81 0,48...1,38	1,38*** 1,16...1,65	1,51** 1,18...1,94	1,12 0,60...2,10	0,70 0,23...2,14	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	1,03 0,95...1,13	1,07** 1,03...1,11	0,92** 0,86...0,98	1,25* 1,05...1,48	1,45* 1,02...2,04	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,64 0,38...1,09	1,33 0,84...2,10	0,07* 0,01...0,53	3,19 0,92...11,09	>100 0,00...INF	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	1,28 0,73...2,23	1,33** 1,12...1,58	1,95*** 1,52...2,50	1,34 0,67...2,66	1,16 0,33...4,02	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	3,44*** 1,84...6,42	0,92 0,75...1,12	1,10 0,81...1,48	0,43* 0,22...0,87	0,76 0,17...3,45	kf

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

Tabelle 188: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,16*** 0,12...0,21	3,78** 1,40...10,24	-10,06*** -11,64...-8,49	3,15*** 2,17...4,13
DID Jahr 2	0,59** 0,43...0,81	3,90* 1,38...11,02	-2,16** -3,74...-0,59	0,65 -0,33...1,63
Gruppe	2,56*** 2,02...3,25	0,59 0,22...1,57	3,12*** 1,98...4,25	0,17 -0,54...0,88
Jahr 1	45,21*** 36,73...55,65	27,18*** 15,18...48,66	17,66*** 16,54...18,77	4,94*** 4,25...5,63
Jahr 2	1,96*** 1,58...2,43	4,53*** 2,41...8,51	3,10*** 1,99...4,21	0,68 -0,01...1,37
Indexgruppe 6 (F10)	2,65*** 2,30...3,05	1,27* 1,02...1,58	-1,01* -2,01...-0,01	-0,77* -1,39...-0,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88* 0,78...1,00	2,00*** 1,70...2,36	-0,18 -0,94...0,57	2,26*** 1,79...2,73
Indexgruppe 9 (F43)	0,61*** 0,53...0,69	0,80* 0,66...0,96	-3,39*** -4,18...-2,60	-0,21 -0,71...0,28
Psy A ¹	1,55*** 1,37...1,76	1,89*** 1,60...2,24	3,21*** 2,40...4,01	1,86*** 1,36...2,36
Psy B ²	1,12 0,96...1,31	0,92 0,75...1,14	2,67*** 1,61...3,74	-0,19 -0,85...0,47
Alter	0,76*** 0,68...0,86	0,90 0,77...1,06	-0,88* -1,62...-0,14	0,02 -0,45...0,47
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,82...1,02	1,06 0,92...1,24	-0,37 -1,04...0,31	0,30 -0,12...0,72
Komorbidität ³	1,03* 1,01...1,05	0,97 0,94...1,00	-0,02 -0,16...0,12	-0,04 -0,12...0,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,91 0,75...1,11	0,41*** 0,28...0,61	-1,03 -2,26...0,20	-1,33** -2,09...-0,57
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24*** 1,12...1,38	1,24** 1,07...1,44	1,89*** 1,22...2,55	0,67** 0,26...1,08
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,13*** 0,12...0,15	0,65*** 0,55...0,77	-8,23*** -8,99...-7,46	-0,69** -1,16...-0,22

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 189: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,18*** 0,80...1,56	-0,32 -0,88...0,23	1,63* 0,17...3,09
DID Jahr 2	0,29 -0,09...0,67	-0,60* -1,16...-0,05	0,94 -0,52...2,40
Gruppe	-0,28* -0,55...0,00	0,26 -0,14...0,66	1,17* 0,11...2,22
Jahr 1	2,54*** 2,27...2,81	2,05*** 1,65...2,44	1,44** 0,40...2,47
Jahr 2	1,22*** 0,95...1,49	1,36*** 0,97...1,75	0,20 -0,84...1,23
Indexgruppe 6 (F10)	-0,02 -0,26...0,22	-1,04*** -1,39...-0,69	-0,12 -1,05...0,81
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,04 -0,14...0,22	0,67*** 0,40...0,94	1,09** 0,39...1,80
Indexgruppe 9 (F43)	-0,44*** -0,63...-0,25	-0,22 -0,50...0,06	-0,22 -0,96...0,51
Psy A ¹	0,36*** 0,16...0,55	1,93*** 1,65...2,21	2,40*** 1,66...3,14
Psy B ²	0,28* 0,02...0,53	2,20*** 1,83...2,58	4,14*** 3,16...5,13
Alter	0,11 -0,07...0,29	-0,35** -0,61...-0,09	1,30*** 0,62...1,99
Geschlecht (m vs. w)	0,15 -0,01...0,32	0,43*** 0,19...0,67	1,59*** 0,96...2,22
Komorbidität ³	-0,04* -0,08...-0,01	-0,15*** -0,20...-0,10	0,85*** 0,72...0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00*** 0,70...1,29	-1,11*** -1,54...-0,68	2,27*** 1,13...3,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,30*** 0,14...0,46	1,07*** 0,84...1,31	1,04** 0,42...1,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97*** 0,79...1,16	-0,30* -0,57...-0,04	-0,27 -0,98...0,44

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 190: 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	1,61*** 1,35...1,93	1,50*** 1,26...1,77	1,51*** 1,26...1,81
Indexgruppe 6 (F10)	0,49*** 0,38...0,62	0,35*** 0,28...0,44	0,31*** 0,25...0,39
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,29** 1,07...1,56	1,15 0,96...1,37	1,16 0,96...1,40
Indexgruppe 9 (F43)	0,94 0,76...1,17	0,80* 0,66...0,98	0,76* 0,62...0,94
Psy A ¹	1,28* 1,04...1,57	1,71*** 1,41...2,06	1,71*** 1,40...2,08
Psy B ²	1,97*** 1,56...2,48	1,82*** 1,44...2,29	2,07*** 1,58...2,71
Alter	0,96 0,80...1,15	1,06 0,89...1,26	1,04 0,86...1,25
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,78...1,11	1,07 0,91...1,26	1,04 0,88...1,24
Komorbidität ³	0,93*** 0,89...0,96	0,92*** 0,89...0,96	0,95* 0,92...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,59** 0,41...0,86	0,44*** 0,32...0,62	0,62** 0,45...0,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,22* 1,02...1,45	1,43*** 1,22...1,69	1,40*** 1,18...1,67
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,56*** 1,30...1,86	1,46*** 1,23...1,72	1,37** 1,14...1,64

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 191: 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	1,90*** 1,32...2,71	1,39 0,97...1,98	1,76* 1,15...2,71
Indexgruppe 6 (F10)	0,27*** 0,17...0,43	0,20*** 0,13...0,31	0,11*** 0,07...0,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,72...1,55	0,89 0,60...1,30	1,04 0,64...1,67
Indexgruppe 9 (F43)	0,83 0,53...1,30	0,74 0,48...1,15	0,73 0,43...1,24
Psy A ¹	1,01 0,67...1,54	1,20 0,80...1,80	1,11 0,68...1,82
Psy B ²	1,74* 1,11...2,75	1,59 1,00...2,53	2,28** 1,23...4,23
Alter	1,29 0,89...1,86	1,25 0,87...1,80	1,24 0,79...1,94
Geschlecht (m vs. w)	1,55* 1,08...2,21	1,09 0,77...1,54	1,28 0,84...1,95
Komorbidität ³	0,96 0,89...1,04	0,97 0,90...1,05	1,03 0,94...1,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,35** 0,16...0,75	0,29** 0,14...0,61	0,28** 0,12...0,67
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,29 0,91...1,83	1,46* 1,04...2,06	1,70* 1,11...2,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80 0,55...1,16	0,85 0,59...1,22	0,77 0,50...1,20

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 192: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 193: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,19*** -0,28...-0,09	1,02 -6,07...8,10
DID Jahr 2	-0,07 -0,16...0,03	-2,03 -9,11...5,05
Gruppe	0,09* 0,02...0,16	3,91 -1,21...9,03
Jahr 1	0,54*** 0,47...0,61	46,18*** 41,13...51,23
Jahr 2	-0,13*** -0,20...-0,06	1,26 -3,79...6,32
Indexgruppe 6 (F10)	0,25*** 0,19...0,31	-1,67 -6,21...2,86
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,01 -0,04...0,06	15,13*** 11,63...18,62
Indexgruppe 9 (F43)	-0,05* -0,10...-0,01	-6,04** -9,55...-2,54
Psy A ¹	0,14*** 0,09...0,19	12,09*** 8,50...15,67
Psy B ²	0,12** 0,05...0,19	-1,91 -7,06...3,23
Alter	-0,06** -0,10...-0,02	10,12*** 7,08...13,16
Geschlecht (m vs. w)	0,01 -0,03...0,05	4,34** 1,34...7,34
Komorbidität ³	0,00 -0,01...0,01	-1,64*** -2,47...-0,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,10 -0,25...0,06	-14,89* -26,31...-3,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,26*** -0,31...-0,21	-7,51*** -11,06...-3,96

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 195: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 196: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,01 -0,20...0,18
DID Jahr 2	-0,11 -0,30...0,08
Gruppe	0,49*** 0,36...0,63
Jahr 1	0,68*** 0,55...0,82
Jahr 2	-0,01 -0,14...0,13
Indexgruppe 6 (F10)	0,36*** 0,24...0,48
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,12* -0,21...-0,02
Indexgruppe 9 (F43)	-0,51*** -0,60...-0,42
Psy A ¹	0,54*** 0,45...0,64
Psy B ²	0,58*** 0,46...0,71
Alter	1,69*** 1,61...1,78
Geschlecht (m vs. w)	0,13** 0,04...0,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,46*** 1,32...1,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,54*** 0,47...0,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,17*** -0,26...-0,08

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 197: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,88 0,71...1,08
Psy A ¹	0,43*** 0,33...0,56
Psy B ²	0,80 0,54...1,18
Alter	11,15*** 7,09...17,54
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,81...1,20
Komorbidität ³	1,28*** 1,25...1,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,67...1,08
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,75** 0,61...0,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,76...1,17

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 198: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,19 0,96...1,47	1,15 0,80...1,65	1,31** 1,10...1,54
Psy A ¹	1,37** 1,09...1,72	2,26*** 1,55...3,30	0,77** 0,64...0,93
Psy B ²	1,03 0,75...1,42	0,65 0,39...1,09	0,79 0,58...1,07
Alter	0,93 0,74...1,17	1,23 0,85...1,78	1,11 0,94...1,31
Geschlecht (m vs. w)	1,15 0,93...1,42	0,98 0,69...1,39	0,69*** 0,59...0,81
Komorbidität ³	1,05 1,00...1,10	1,02 0,94...1,11	0,99 0,95...1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,81 0,50...1,31	0,11* 0,01...0,76	0,78 0,50...1,20
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24* 1,01...1,53	0,85 0,60...1,20	0,94 0,81...1,10
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65*** 0,52...0,82	1,03 0,69...1,55	0,51*** 0,43...0,61

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 200: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall		760	763	701	674	635	771	771	713	691	656
Mittelwert		3.104,05 €	2.582,59 €	3.009,52 €	2.338,03 €	2.498,47 €	3.329,25 €	2.876,52 €	2.596,15 €	3.156,35 €	2.078,81 €
Standardabweichung		6.134 €	5.934 €	7.320 €	5.331 €	7.239 €	9.477 €	6.666 €	5.954 €	13.101 €	4.579 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		305,07 €	275,21 €	259,24 €	233,58 €	104,19 €	299,17 €	262,14 €	269,32 €	222,06 €	138,48 €
Median		826,50 €	699,79 €	712,94 €	643,04 €	429,34 €	874,58 €	763,11 €	789,92 €	647,33 €	547,59 €
75%-Perzentil		3.060,77 €	2.390,45 €	2.334,05 €	2.170,03 €	1.915,23 €	3.022,41 €	2.451,65 €	2.454,69 €	2.425,42 €	1.699,24 €
Maximum		65.252 €	69.205 €	71.785 €	65.925 €	106.798 €	181.268 €	90.101 €	72.174 €	290.314 €	43.305 €

Tabelle 201: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall		953	941	878	839	782	956	957	909	864	817
Mittelwert		3.172,60 €	3.149,58 €	3.517,82 €	3.984,40 €	3.225,15 €	2.922,00 €	2.888,46 €	3.417,19 €	2.858,47 €	2.681,86 €
Standardabweichung		7.397 €	6.564 €	8.325 €	10.971 €	6.970 €	7.552 €	6.746 €	13.616 €	6.985 €	6.162 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		320,97 €	306,19 €	279,39 €	277,77 €	238,17 €	368,23 €	357,32 €	351,83 €	296,21 €	266,83 €
Median		847,79 €	911,71 €	929,28 €	873,69 €	792,81 €	910,62 €	868,76 €	909,27 €	874,13 €	761,74 €
75%-Perzentil		2.999,35 €	3.170,75 €	3.429,89 €	3.539,24 €	3.082,42 €	2.705,26 €	2.839,68 €	2.461,83 €	2.594,62 €	2.365,90 €
Maximum		122.381 €	68.358 €	138.480 €	155.366 €	73.715 €	160.922 €	115.728 €	296.930 €	85.671 €	71.573 €

Tabelle 202: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall		267	211	194	168	152	256	220	184	164	163
Mittelwert		1.928,92 €	1.590,47 €	1.685,19 €	1.255,89 €	1.472,77 €	2.130,60 €	1.741,79 €	1.355,03 €	1.827,18 €	1.129,25 €
Standardabweichung		4.843 €	5.278 €	5.069 €	4.286 €	4.926 €	8.888 €	5.890 €	4.910 €	11.969 €	3.433 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil		1.791,89 €	799,77 €	834,16 €	0,00 €	0,00 €	1.682,08 €	1.125,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum		46.810 €	68.774 €	66.060 €	59.826 €	60.347 €	178.959 €	87.487 €	70.154 €	287.770 €	40.985 €

Tabelle 203: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	278	259	260	241	222	275	257	222	206	201
Mittelwert	1.833,68 €	1.701,71 €	1.972,98 €	2.269,40 €	1.696,32 €	1.673,11 €	1.559,34 €	1.944,50 €	1.416,77 €	1.450,68 €
Standardabweichung	6.178 €	5.164 €	6.857 €	9.120 €	5.213 €	6.806 €	5.612 €	12.574 €	5.217 €	4.932 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.312,84 €	825,46 €	1.493,90 €	833,64 €	988,38 €	1.234,81 €	956,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	120.863 €	58.522 €	128.407 €	153.383 €	72.685 €	155.855 €	102.567 €	296.177 €	85.671 €	67.097 €

Tabelle 204: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0
Mittelwert	4,01 €	0,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4,88 €	0,00 €	0,48 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	111,91 €	15,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	120,66 €	0,00 €	13,14 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.123,47 €	431,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.342,98 €	0,00 €	356,86 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 205: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	1	0	0	1	0	2	3	0	0	0
Mittelwert	0,38 €	0,00 €	0,00 €	0,78 €	0,00 €	8,89 €	25,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	11,96 €	0,00 €	0,00 €	22,94 €	0,00 €	212,00 €	655,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	373 €	0 €	0 €	675 €	0 €	6.105 €	20.133 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall		31	25	27	21	28	38	31	40	16	22
Mittelwert		8,75 €	9,23 €	16,42 €	10,56 €	57,77 €	17,60 €	16,09 €	17,66 €	8,44 €	10,47 €
Standardabweichung		65,29 €	78,94 €	121,15 €	90,65 €	1.152,97 €	139,16 €	142,19 €	116,09 €	88,22 €	98,19 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum		1.216 €	1.570 €	2.052 €	1.594 €	30.066 €	2.832 €	2.253 €	1.816 €	2.024 €	2.208 €

Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall		25	26	27	27	27	45	32	32	32	31
Mittelwert		5,50 €	6,81 €	10,95 €	7,76 €	9,04 €	12,39 €	11,61 €	15,79 €	17,44 €	12,50 €
Standardabweichung		41,72 €	58,02 €	123,62 €	55,08 €	59,15 €	75,98 €	110,41 €	174,39 €	168,20 €	81,73 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum		522,85 €	1.239,90 €	3.230,00 €	678,35 €	807,89 €	1.396,94 €	2.235,56 €	4.586,12 €	3.428,37 €	1.323,96 €

Tabelle 208: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall		754	755	695	669	563	765	768	710	687	596
Mittelwert		497,82 €	459,75 €	468,37 €	491,54 €	242,47 €	514,50 €	465,12 €	506,47 €	462,78 €	224,25 €
Standardabweichung		494,06 €	431,04 €	477,52 €	529,88 €	310,79 €	608,98 €	521,11 €	539,58 €	467,70 €	286,59 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		179,65 €	170,78 €	159,51 €	159,76 €	29,06 €	182,21 €	164,16 €	163,18 €	156,88 €	30,47 €
Median		364,60 €	333,21 €	337,27 €	337,13 €	122,46 €	355,03 €	317,08 €	340,94 €	317,87 €	121,96 €
75%-Perzentil		652,22 €	618,92 €	613,12 €	649,84 €	342,28 €	630,64 €	578,83 €	681,72 €	629,76 €	312,71 €
Maximum		5.423,94 €	3.588,76 €	3.459,72 €	5.152,37 €	1.987,03 €	6.642,53 €	7.228,45 €	6.417,17 €	4.287,94 €	2.192,59 €

Tabelle 209: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	945	924	864	824	752	955	949	903	858	791
Mittelwert	493,34 €	506,75 €	505,27 €	516,53 €	402,01 €	500,32 €	490,29 €	515,35 €	490,49 €	404,67 €
Standardabweichung	494,59 €	513,81 €	524,36 €	579,15 €	481,25 €	652,58 €	462,19 €	487,76 €	482,33 €	456,40 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	203,58 €	171,13 €	153,93 €	158,13 €	101,10 €	210,99 €	199,45 €	194,53 €	184,03 €	107,24 €
Median	371,35 €	364,33 €	368,69 €	367,01 €	276,67 €	382,01 €	378,93 €	393,96 €	359,80 €	283,28 €
75%-Perzentil	644,43 €	684,46 €	681,29 €	685,59 €	531,65 €	661,03 €	658,86 €	694,58 €	672,01 €	550,18 €
Maximum	6.058 €	4.321 €	6.072 €	8.135 €	6.450 €	16.583 €	6.536 €	4.881 €	6.684 €	4.020 €

Tabelle 210: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	659	659	597	578	561	684	666	635	601	591
Mittelwert	606,09 €	461,37 €	770,68 €	505,21 €	635,12 €	581,81 €	571,69 €	629,75 €	760,72 €	600,78 €
Standardabweichung	2.660,86 €	1.716,26 €	4.077,79 €	1.878,58 €	3.651,59 €	2.273,59 €	1.869,48 €	2.440,38 €	4.435,06 €	2.186,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	26,22 €	20,66 €	25,31 €	20,14 €	19,69 €	30,45 €	26,84 €	28,48 €	25,79 €	26,95 €
Median	107,66 €	100,65 €	97,12 €	102,73 €	95,20 €	120,90 €	109,79 €	108,16 €	107,65 €	113,85 €
75%-Perzentil	405,76 €	364,42 €	306,53 €	347,48 €	335,42 €	433,38 €	466,76 €	453,40 €	415,75 €	456,85 €
Maximum	54.123 €	35.583 €	60.893 €	32.156 €	79.734 €	39.536 €	33.954 €	51.307 €	102.756 €	34.957 €

Tabelle 211: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	848	827	783	755	714	847	868	813	769	732
Mittelwert	727,85 €	825,55 €	922,02 €	1.072,57 €	979,22 €	657,02 €	727,73 €	852,07 €	849,85 €	706,95 €
Standardabweichung	2.498,19 €	2.453,35 €	3.357,33 €	4.614,12 €	3.686,07 €	2.185,15 €	2.315,71 €	4.021,27 €	3.404,76 €	2.564,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	36,41 €	41,46 €	39,55 €	42,08 €	42,65 €	41,70 €	51,05 €	46,46 €	43,93 €	46,62 €
Median	164,66 €	184,66 €	168,16 €	170,24 €	176,35 €	185,42 €	206,95 €	218,20 €	182,54 €	199,11 €
75%-Perzentil	571,69 €	639,81 €	680,15 €	620,37 €	644,83 €	608,36 €	582,46 €	634,75 €	628,39 €	579,02 €
Maximum	43.776 €	38.333 €	56.883 €	78.850 €	57.489 €	35.660 €	35.163 €	93.675 €	60.078 €	58.279 €

Tabelle 212: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	779	779	720	701	684	783	783	738	716	698
N mit Fall	148	136	138	136	132	149	135	124	125	132
Mittelwert	58,46 €	61,22 €	68,86 €	74,83 €	90,34 €	79,87 €	81,82 €	86,75 €	97,25 €	114,05 €
Standardabweichung	221,67 €	247,47 €	270,53 €	325,74 €	459,47 €	476,41 €	396,63 €	482,04 €	562,42 €	648,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.926 €	3.735 €	3.536 €	5.227 €	7.732 €	8.068 €	5.629 €	6.377 €	8.026 €	11.453 €

Tabelle 213: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	972	972	911	866	819	970	970	929	884	850
N mit Fall	177	178	182	170	167	182	168	163	144	146
Mittelwert	111,84 €	108,75 €	106,60 €	117,37 €	138,57 €	70,27 €	74,24 €	89,47 €	83,93 €	107,06 €
Standardabweichung	504,15 €	537,12 €	536,06 €	600,89 €	726,62 €	291,41 €	357,03 €	426,28 €	403,64 €	475,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	8.678 €	9.573 €	9.531 €	11.254 €	13.075 €	5.290 €	5.303 €	6.826 €	5.840 €	5.554 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 214: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	3.048	3.050	3.056	3.038
Mittelwert	3.201,65 €	3.017,03 €	2.978,41 €	2.464,32 €
Standardabweichung	7.039,03 €	7.277,13 €	7.429,75 €	6.014,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	289,78 €	239,75 €	290,24 €	221,53 €
Median	807,50 €	688,32 €	798,21 €	641,91 €
75%-Perzentil	3.019,41 €	2.568,39 €	2.687,80 €	2.198,22 €
Maximum	124.761 €	145.815 €	181.268 €	110.774 €

Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	1.017	860	947	804
Mittelwert	2.033,32 €	1.896,20 €	1.846,21 €	1.462,83 €
Standardabweichung	5.905,73 €	6.211,70 €	6.485,16 €	5.213,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.766,94 €	1.063,95 €	1.466,47 €	727,75 €
Maximum	120.095 €	144.657 €	178.959 €	105.563 €

Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	2	2	7	5
Mittelwert	1,22 €	0,27 €	14,64 €	10,13 €
Standardabweichung	57,24 €	10,75 €	549,64 €	438,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.123 €	431 €	29.392 €	24.007 €

Tabelle 217: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	117	126	124	123
Mittelwert	8,09 €	13,52 €	11,75 €	13,19 €
Standardabweichung	60,41 €	110,37 €	92,70 €	117,94 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.401,03 €	2.659,46 €	2.832,36 €	3.750,90 €

Tabelle 218: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	3.023	2.979	3.038	2.972
Mittelwert	519,29 €	434,22 €	492,11 €	408,05 €
Standardabweichung	540,89 €	473,68 €	493,27 €	449,78 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	184,73 €	128,00 €	182,07 €	118,51 €
Median	385,42 €	294,62 €	362,47 €	281,59 €
75%-Perzentil	695,72 €	593,56 €	641,06 €	552,73 €
Maximum	12.360 €	5.924 €	6.643 €	7.228 €

Tabelle 219: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	2.673	2.616	2.650	2.621
Mittelwert	566,19 €	600,00 €	548,37 €	500,00 €
Standardabweichung	2.391,80 €	2.551,06 €	2.480,16 €	1.768,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	27,83 €	22,60 €	27,06 €	24,46 €
Median	109,51 €	102,88 €	109,46 €	104,40 €
75%-Perzentil	397,00 €	414,29 €	389,14 €	396,42 €
Maximum	58.618 €	57.866 €	93.971 €	52.723 €

Tabelle 220: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.124	3.124	3.124	3.124
N mit Fall	662	577	577	511
Mittelwert	73,53 €	72,82 €	65,34 €	70,12 €
Standardabweichung	318,52 €	317,49 €	323,89 €	345,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.325,52 €	7.906,96 €	8.067,72 €	6.838,02 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 221: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	2.320	2.330	2.151	2.330	2.331	2.148
Mittelwert	3.254,61 €	2.934,84 €	2.649,42 €	3.032,01 €	2.653,60 €	2.348,35 €
Standardabweichung	7.418,97 €	7.005,37 €	6.562,75 €	7.732,25 €	6.381,99 €	5.621,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	292,87 €	266,70 €	207,98 €	293,47 €	264,28 €	208,29 €
Median	813,48 €	723,88 €	623,21 €	836,99 €	717,20 €	590,75 €
75%-Perzentil	3.016,86 €	2.596,41 €	2.256,45 €	2.797,34 €	2.310,27 €	2.137,95 €
Maximum	124.761 €	145.815 €	78.235 €	181.268 €	110.774 €	84.899 €

Tabelle 222: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	777	649	551	757	638	524
Mittelwert	2.072,68 €	1.807,03 €	1.489,15 €	1.881,86 €	1.575,20 €	1.334,27 €
Standardabweichung	6.231,72 €	6.074,48 €	4.961,64 €	6.790,49 €	5.558,92 €	4.868,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.792,30 €	941,78 €	0,00 €	1.550,35 €	792,54 €	0,00 €
Maximum	120.095 €	144.657 €	76.221 €	178.959 €	105.563 €	81.662 €

Tabelle 223: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	2	2	0	6	5	2
Mittelwert	1,61 €	0,36 €	0,00 €	6,88 €	13,32 €	0,34 €
Standardabweichung	65,66 €	12,33 €	0,00 €	183,68 €	502,23 €	11,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.123 €	431 €	0 €	6.578 €	24.007 €	403 €

Tabelle 224: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	88	86	107	93	97	89
Mittelwert	7,50 €	10,18 €	19,84 €	12,55 €	14,74 €	18,17 €
Standardabweichung	54,71 €	81,94 €	135,06 €	100,87 €	131,63 €	212,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.215,59 €	1.835,98 €	2.580,09 €	2.832,36 €	3.750,90 €	7.980,00 €

Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	2.300	2.304	2.073	2.315	2.312	2.074
Mittelwert	513,88 €	482,30 €	403,26 €	491,90 €	457,93 €	392,70 €
Standardabweichung	504,68 €	482,51 €	463,80 €	503,35 €	470,93 €	440,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	180,89 €	162,90 €	96,48 €	178,90 €	164,11 €	98,17 €
Median	386,84 €	341,03 €	261,23 €	359,60 €	330,47 €	272,79 €
75%-Perzentil	690,93 €	649,87 €	546,02 €	637,37 €	604,75 €	530,38 €
Maximum	5.935,08 €	5.923,62 €	5.310,21 €	6.642,53 €	7.228,45 €	6.417,17 €

Tabelle 226: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	2.037	1.994	1.855	2.023	2.002	1.891
Mittelwert	582,36 €	560,19 €	647,56 €	568,62 €	520,50 €	513,87 €
Standardabweichung	2.505,70 €	2.124,63 €	3.125,76 €	2.675,77 €	1.884,55 €	1.905,65 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	27,63 €	21,28 €	25,33 €	27,35 €	25,81 €	26,10 €
Median	110,64 €	103,94 €	97,77 €	110,68 €	108,95 €	106,04 €
75%-Perzentil	404,07 €	406,06 €	346,42 €	402,90 €	417,66 €	390,53 €
Maximum	58.618 €	51.541 €	60.893 €	93.971 €	52.723 €	51.307 €

Tabelle 227: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.374	2.374	2.231	2.377	2.377	2.248
N mit Fall	504	442	426	456	399	392
Mittelwert	76,58 €	74,78 €	89,61 €	70,20 €	71,91 €	89,00 €
Standardabweichung	337,29 €	339,33 €	458,10 €	356,91 €	359,67 €	466,01 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.326 €	7.907 €	13.467 €	8.068 €	6.838 €	7.969 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 228: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	1.603	1.610	1.503	1.423	1.611	1.606	1.491	1.411
Mittelwert	3.085,08 €	2.656,28 €	2.776,84 €	2.266,19 €	3.032,29 €	2.535,05 €	2.346,44 €	2.483,86 €
Standardabweichung	6.076,52 €	5.680,85 €	6.704,00 €	5.542,12 €	7.833,24 €	5.539,60 €	5.331,32 €	9.617,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	292,42 €	262,29 €	243,78 €	161,38 €	293,10 €	263,88 €	247,38 €	153,68 €
Median	802,27 €	696,13 €	690,51 €	513,15 €	833,24 €	726,61 €	636,56 €	494,83 €
75%-Perzentil	3.061,38 €	2.473,40 €	2.298,20 €	2.005,61 €	2.830,18 €	2.324,13 €	2.287,60 €	2.032,75 €
Maximum	65.302 €	76.253 €	76.918 €	69.188 €	181.268 €	90.101 €	72.174 €	290.314 €

Tabelle 229: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	1.055	1.039	975	932	1.062	1.065	1.010	958
Mittelwert	3.152,70 €	3.177,10 €	3.454,95 €	3.918,00 €	2.940,41 €	2.968,44 €	3.327,20 €	2.874,69 €
Standardabweichung	7.524 €	6.957 €	8.432 €	10.768 €	7.382 €	7.062 €	13.013 €	7.001 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	313,77 €	291,96 €	265,99 €	268,62 €	369,26 €	349,07 €	328,53 €	273,70 €
Median	832,47 €	897,10 €	899,91 €	858,58 €	957,40 €	872,04 €	907,21 €	836,98 €
75%-Perzentil	2.918,61 €	3.169,06 €	3.376,74 €	3.392,94 €	2.815,22 €	2.861,26 €	2.486,27 €	2.672,66 €
Maximum	122.381 €	94.234 €	138.480 €	155.366 €	160.922 €	115.728 €	296.930 €	85.671 €

Tabelle 230: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	552	440	392	336	533	453	368	334
Mittelwert	1.922,41 €	1.556,37 €	1.532,52 €	1.247,34 €	1.937,63 €	1.496,55 €	1.242,08 €	1.418,50 €
Standardabweichung	4.828,15 €	4.706,37 €	4.852,25 €	4.283,89 €	7.169,85 €	4.843,44 €	4.418,68 €	8.616,95 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.820,31 €	798,59 €	709,74 €	0,00 €	1.645,75 €	833,65 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	49.776 €	68.774 €	66.060 €	59.826 €	178.959 €	87.487 €	70.154 €	287.770 €

Tabelle 231: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	300	293	279	269	314	293	246	227
Mittelwert	1.827,99 €	1.683,20 €	1.851,83 €	2.211,49 €	1.692,47 €	1.660,57 €	1.881,27 €	1.481,94 €
Standardabweichung	6.356 €	5.020 €	6.552 €	8.847 €	6.643 €	6.059 €	11.987 €	5.422 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.057,84 €	846,30 €	1.214,58 €	856,36 €	1.380,66 €	1.125,45 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	120.863 €	58.522 €	128.407 €	153.383 €	155.855 €	102.567 €	296.177 €	85.671 €

Tabelle 232: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	1	2	0	0	3	2	1	0
Mittelwert	1,90 €	0,52 €	0,00 €	0,00 €	5,38 €	0,53 €	0,23 €	0,00 €
Standardabweichung	77,03 €	14,82 €	0,00 €	0,00 €	149,21 €	15,07 €	9,07 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.123,47 €	431,06 €	0,00 €	0,00 €	5.015,68 €	432,67 €	356,86 €	0,00 €

Tabelle 233: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	1	0	0	1	2	3	0	0
Mittelwert	0,35 €	0,00 €	0,00 €	0,70 €	7,99 €	22,71 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	11,36 €	0,00 €	0,00 €	21,75 €	201,01 €	621,66 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	373 €	0 €	0 €	675 €	6.105 €	20.133 €	0 €	0 €

Tabelle 234: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	61	55	66	50	67	63	58	43
Mittelwert	7,46 €	8,77 €	16,48 €	10,84 €	14,24 €	15,92 €	18,75 €	14,28 €
Standardabweichung	54,72 €	72,88 €	112,40 €	82,74 €	114,92 €	148,44 €	238,02 €	138,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.215,59 €	1.569,88 €	2.051,89 €	1.593,81 €	2.832,36 €	3.750,90 €	7.980,00 €	3.040,00 €

Tabelle 235: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	29	27	31	30	50	33	35	36
Mittelwert	6,09 €	6,59 €	11,27 €	7,85 €	12,23 €	10,47 €	14,71 €	17,66 €
Standardabweichung	44,68 €	56,95 €	119,97 €	55,97 €	75,51 €	104,74 €	165,63 €	165,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	556,52 €	1.239,90 €	3.230,00 €	678,35 €	1.396,94 €	2.235,56 €	4.586,12 €	3.428,37 €

Tabelle 236: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	1.588	1.592	1.491	1.326	1.602	1.592	1.482	1.334
Mittelwert	501,10 €	472,08 €	470,81 €	355,34 €	483,01 €	453,18 €	469,98 €	334,46 €
Standardabweichung	492,73 €	463,95 €	487,83 €	454,01 €	511,20 €	469,15 €	478,70 €	423,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	178,04 €	162,71 €	149,47 €	55,92 €	175,11 €	164,11 €	159,11 €	65,34 €
Median	380,23 €	340,78 €	327,04 €	209,81 €	352,62 €	327,87 €	335,11 €	195,06 €
75%-Perzentil	677,80 €	634,82 €	634,46 €	471,33 €	625,69 €	597,03 €	621,69 €	451,82 €
Maximum	5.935,08 €	3.751,69 €	5.310,21 €	5.152,37 €	6.642,53 €	7.228,45 €	6.417,17 €	4.725,28 €

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	1.047	1.021	961	912	1.060	1.057	1.003	947
Mittelwert	491,65 €	495,26 €	504,79 €	493,85 €	495,34 €	488,26 €	506,11 €	466,09 €
Standardabweichung	489,07 €	501,75 €	535,81 €	563,84 €	627,62 €	467,01 €	480,38 €	472,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	199,11 €	163,80 €	153,95 €	141,71 €	207,94 €	195,03 €	186,55 €	165,29 €
Median	368,71 €	356,16 €	364,19 €	341,39 €	384,01 €	375,50 €	388,29 €	334,71 €
75%-Perzentil	647,03 €	673,24 €	685,26 €	672,42 €	661,00 €	655,40 €	689,81 €	634,57 €
Maximum	6.058 €	4.321 €	6.072 €	8.135 €	16.583 €	6.536 €	4.881 €	6.684 €

Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	1.406	1.380	1.297	1.246	1.394	1.393	1.308	1.241
Mittelwert	571,60 €	542,69 €	670,83 €	563,71 €	522,93 €	502,89 €	537,92 €	626,82 €
Standardabweichung	2.349,37 €	1.878,92 €	3.233,95 €	2.370,72 €	1.943,06 €	1.581,93 €	2.127,01 €	3.494,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	28,30 €	20,68 €	26,25 €	24,38 €	27,56 €	26,75 €	26,69 €	24,14 €
Median	111,13 €	101,43 €	103,54 €	101,94 €	110,25 €	109,30 €	103,61 €	98,72 €
75%-Perzentil	401,70 €	398,39 €	347,40 €	349,18 €	398,61 €	416,98 €	397,85 €	378,31 €
Maximum	54.123 €	35.583 €	60.893 €	54.081 €	39.536 €	33.954 €	51.307 €	102.756 €

Tabelle 239: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	935	906	865	838	941	968	904	849
Mittelwert	720,73 €	888,59 €	980,18 €	1.087,59 €	661,60 €	713,63 €	838,65 €	823,55 €
Standardabweichung	2.507,09 €	3.677,56 €	4.232,47 €	4.828,09 €	2.132,33 €	2.216,20 €	3.845,10 €	3.251,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	35,65 €	35,69 €	36,34 €	39,96 €	42,04 €	47,89 €	43,00 €	42,03 €
Median	159,67 €	177,58 €	163,28 €	168,09 €	185,07 €	204,53 €	214,73 €	182,32 €
75%-Perzentil	569,15 €	634,27 €	666,25 €	633,90 €	614,34 €	586,54 €	634,74 €	630,98 €
Maximum	43.776 €	92.582 €	86.823 €	78.850 €	35.660 €	35.163 €	93.675 €	60.078 €

Tabelle 240: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.644	1.644	1.543	1.498	1.641	1.641	1.549	1.499
N mit Fall	344	295	293	289	316	268	259	270
Mittelwert	80,62 €	75,86 €	86,21 €	88,95 €	69,10 €	65,97 €	77,47 €	89,79 €
Standardabweichung	366,51 €	365,27 €	385,19 €	434,24 €	362,11 €	318,45 €	404,54 €	464,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.325,52 €	7.906,96 €	7.855,86 €	9.501,60 €	8.067,72 €	5.629,08 €	6.376,69 €	8.025,73 €

Tabelle 241: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.077	1.077	1.012	963	1.079	1.079	1.034	980
N mit Fall	195	191	202	191	197	184	178	163
Mittelwert	105,90 €	103,47 €	106,88 €	116,52 €	70,78 €	72,79 €	86,46 €	85,44 €
Standardabweichung	482,80 €	516,20 €	523,39 €	578,95 €	306,71 €	352,02 €	410,33 €	392,42 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	8.678 €	9.573 €	9.531 €	11.254 €	5.290 €	5.303 €	6.826 €	5.840 €

14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 242: 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	73	514	0,000	165	926	0,000	178	954	0,000	156	834	0,000	153	800	0,000	146	723	0,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	5	194	0,038	46	424	0,080	31	346	0,808	17	299	0,198	15	298	0,225	14	231	0,701
vs+PIA	310	3.321	0,075	325	6.404	0,000	287	6.167	0,000	296	6.103	0,000	317	6.248	0,000	305	5.783	0,000
vs+HT																		
TK+PIA	51	590	0,807	162	1.352	0,000	220	1.335	0,000	206	1.372	0,000	221	1.389	0,000	182	1.246	0,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	87	3.161	0,000	200	8.479	0,000	153	8.200	0,000	122	7.874	0,000	123	7.647	0,000	81	6.783	0,000
TK	14	112	0,380	41	457	0,439	29	423	0,808	20	415	0,060	21	387	0,225	30	348	0,622
PIA	1.068	11.587	0,000	1.995	19.551	0,000	2.236	20.904	0,000	2.254	21.362	0,000	2.193	22.026	0,000	1.865	22.473	0,000
HT																		
Gesamtergebnis	1.608	19.479	0,000	2.934	37.593	0,000	3.134	38.329	0,000	3.071	38.259	0,000	3.043	38.795	0,000	2.623	37.587	0,000

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

14.4.6 Zusatztabelleffizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 85: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)

