

Abschlussbericht

DIAKO Nordfriesland gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

**Datum: 01.04.2020
aktualisiert am 22.12.2020**

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹,
Christopher **Schrey**, M.Sc.², Dr. rer. medic. Stefanie **March**, M.A.³, Dr. rer. nat.
Olaf **Schoffer**¹, Dipl-Phys. Martin **Seifert**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

Danksagung

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	21
2. Hintergrund.....	33
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	33
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	33
5. Methoden	35
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	36
6.1 Patientenmatching	38
7. Darstellung Modellvorhaben DIAKO Nordfriesland gGmbH.....	41
8. Ergebnisse: Effektivität	42
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	43
8.2 Ergebnisse Outcomes	49
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	50
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	50
U1	54
U2	66
U3	71
U4	78
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	89
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	89
U1	91
U2	103
U3	107
U4	113
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	122
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	122
U1	124
U2	145
U3	152
U4	160
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	180
Beschreibung Ergebnisse (U2)	180

U2	181
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	188
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	188
U1	189
U2	193
U3	195
U4	198
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit	201
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	201
U1	204
U2	211
U3	214
U4	218
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	224
Beschreibung Ergebnisse (U2)	224
U2	225
8.2.8 Komorbidität	228
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	228
U1	230
U2	233
U3	234
U4	236
8.2.9 Mortalität	238
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	238
U1	239
U2	243
U3	245
U4	248
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	251
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	251
U1	253
U2	262
U3	266

U4	271
8.2.11 Leitlinienadhärenz	279
Beschreibung Ergebnisse (U2)	279
U2	280
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	290
9.1 Patientenmix	290
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	290
U1	292
U2	295
U3	297
U4	299
9.2 Leistungserbringung	303
Beschreibung Ergebnisse (U1)	303
U1	304
10. Ergebnisse: Kosten	310
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	310
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	310
U1	313
U2	317
U3	318
U4	320
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen	322
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	322
U1	324
U2	328
U3	329
U4	331
10.3 Kosten stationärsersetzender psychiatrischer Leistungen	333
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	333
U1	334
U2	336
U3	337
U4	339

10.4	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	341
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	341
	U1	343
	U2	347
	U3	348
	U4	350
10.5	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	352
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	352
	U1	354
	U2	358
	U3	359
	U4	361
10.6	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 363	
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	363
	U1	364
	U2	368
	U3	369
	U4	371
10.7	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	373
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	373
	U1	375
	U2	379
	U3	380
	U4	382
10.8	Kosten der Psychopharmakaversorgung	384
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	384
	U1	386
	U2	390
	U3	391
	U4	393
10.9	Kosten der Heilmittelversorgung	395
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	395

U1	397
U2	401
U3	402
U4	404
11. Ergebnisse: Effizienz	406
U2	408
U4	409
12. Diskussion	411
12.1 Hauptergebnisse.....	411
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	434
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	438
13. Literatur	440
14. Anhang.....	443
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	443
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose	454
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität	462
14.4 Ergebnisse Kosten	514
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	514
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	519
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	522
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	525
14.4.5 Zusatztabellen	530
14.4.6 Zusatzabbildung Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten	532

Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Haupteffekte bezeichnen Effekte einzelner unabhängiger Variablen (UV). Sie betrachten die Wirkung der UV isoliert, d.h. unter Nichtbeachtung von anderen UVs. Dabei liefert der Gruppenhaupteffekt Informationen über Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe kumuliert über alle Messzeitpunkte (sowohl im Präzeitraum als auch im ersten Jahr). Analog dazu lassen sich aus dem Zeithaupteffekt Aussagen über Unterschiede zwischen dem Präzeitraum und den Jahren im Nachbeobachtungszeitraum ableiten, kumuliert über beide Gruppen.

ICER (inkrementeller Kosteneffektivitätsquotient) drückt die Kosten- und Effektivitätsunterschiede zweier zu vergleichenden Therapien in einem Quotienten aus.

Indexdiagnose beschreibt die F-Diagnose, aufgrund derer ein Patient in die Evaluation eingeschlossen wird.

Interaktionseffekte (Wechselwirkungseffekte) betrachten die Wirkung einer unabhängigen Variablen auf einen Outcome in Abhängigkeit von der Ausprägung einer anderen unabhängigen Variablen. Sie beschreiben also Wirkeffekte auf einen Outcome, die über die alleinige Wirkung einer einzelnen Variable hinausgehen. Der DiD-Schätzer stellt einen solchen Wechselwirkungseffekt (Zeit und Gruppe) dar.

Kosteneffektivität bezeichnet die Gegenüberstellung der in monetären Einheiten erfassten Kosten und den in physischen Einheiten erfassten Ergebnissen der Wirksamkeit.

Referenzklinik ist die Klinik, über die ein Patient in die Studie aufgenommen wurde (entweder Interventionsklinik oder Kontrollklinik).

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

Der **p-Wert** ist eine Wahrscheinlichkeit mit Werten von Null bis Eins. Sein Wert wird durch den Vergleich einer gezogenen Stichprobe mit einer Verteilung oder einem Populationswert bestimmt. Er deutet an, wie wahrscheinlich es ist, ein solches Stichprobenergebnis (oder ein extremeres) zu erhalten, wenn die Nullhypothese wahr ist. Je kleiner ein p-Wert, desto mehr spricht das Ergebnis gegen die Nullhypothese.

Population I/II beschreibt zwei verschiedene Subkohorten der Studienkohorte. Population I umfasst die Patienten, die zum Referenzzeitpunkt einer eindeutigen Indexgruppe basierend auf ICD Dreisteller (Einfach-Diagnose) zugeordnet werden konnten, d.h. entweder Indexdiagnose als Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose (Referenzort = stationär) oder nur eine Indexdiagnose in der Psychiatrischen Institutsambulanz (Referenzort = PIA). Population II umfasst alle eingeschlossenen Patienten.

Der **Postzeitraum**, oder Nachbeobachtungszeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten, die er ab Einschluss in die Evaluationsstudie unter Beobachtung steht.

Präzeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten von einem Jahr vor dessen Einschluss in die Evaluationsstudie.

Propensity score matching bezeichnet die Auswahl statistischer Zwillinge auf Basis des Propensity Scores.

Das **Risk Ratio** oder auch relative Risiko (RR) drückt aus, um welchen Faktor sich die Häufigkeit bezüglich eines betrachteten Outcomes (beispielsweise für eine Erkrankung) in zwei Gruppen unterscheidet. Ist dieser Schätzer kleiner als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in einer Interventionsgruppe (IG) geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Ist dieser Schätzer gleich eins, ist die Häufigkeit des Outcomes für beide Gruppen gleich groß. Ist dieser Schätzer größer als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in der IG höher als in der Referenzgruppe KG. Dies wird im ausschließlichen Vergleich zwischen beiden Gruppen (ohne Vergleich zum Präzeitraum) notwendig, z.B. Mortalität, Progression, Wiederaufnahme.

Statistisch signifikant wird das Ergebnis eines statistischen Tests genannt, wenn Stichprobendaten stark von einer vorher festgelegten Annahme, der sogenannten Nullhypothese (i. d. R. Gleichheit des Mittelwertes), abweichen. Die Regel zum Verwerfen der Nullhypothese ist meist in Form eines vorher definierten Signifikanzniveaus oder p-Wertes implementiert. Die Nullhypothese wird verworfen, wenn der p-Wert kleiner als das vom Anwender festgelegte Signifikanzniveau ist. Im vorliegenden Bericht wird das Resultat als statistisch signifikant bezeichnet, wenn die Nullhypothese zum 5%-Signifikanzniveau zugunsten der Alternativhypothese verworfen wird.

In den grafischen Darstellungen sind **Streuungsintervalle** um die abgetragenen Mittel- oder Anteilswerte abgetragen. Die Länge eines Intervalls entspricht dem Vierfachen der geschätzten Standardabweichung des betrachteten Schätzwertes. Die Intervalle dienen der Veranschaulichung der Streubreite, dürfen jedoch aufgrund der in vielen Fällen verletzten Normalverteilungsannahme nicht als Konfidenzintervalle genutzt werden.

Somatische Diagnose wird in dieser Studie für eine Diagnose gebraucht, die nicht aus Kapitel V (F00-F99) des ICD-10-GM-Kataloges stammt.

Als **Surrogatparameter** bezeichnet man in klinischen Studien einen Messwert, dessen Beeinflussung die Wirkung einer Intervention, also z. B. einer Therapie, auf ein übergeordnetes medizinisches Phänomen, z. B. das Auftreten einer Krankheit oder eines Symptoms, anzeigen soll. Dabei ist der Surrogatparameter meist einfacher und schneller zu bestimmen als das Phänomen selbst. Ebenfalls ist es möglich, dass das interessierende Phänomen überhaupt nicht messbar ist, sondern nur durch Surrogatparameter erfasst werden kann.

Treatmenteffekt bezeichnet die gewählte Nomenklatur für die Wirksamkeit der Intervention. Dabei kann der Treatmenteffekt sowohl den DiD – Schätzer des Interaktionstermes *Gruppe x Zeit* als auch das Risk Ratio für den Haupteffekt *Gruppe* (in Analysen in denen kein Prä – Post – Vergleich möglich ist) bezeichnen, d.h. Behandlungskontinuität, Wiederaufnahme, Progression, Mortalität und Leitlinienadhärenz.

Abkürzungsverzeichnis

APN	- Abrechnungspositionsnummer
ATC	- Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AU	- Arbeitsunfähigkeit
BPfIV	- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
DiD	- Difference-in-Difference
EBM	- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	- Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	- Gebührenordnungsposition
ICD	- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	- Inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation
IG	- Interventionsgruppe (Modellklinik)
INKAR	- Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Herausgeber: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)
ISMG	- Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
kf	- Kleine Fallzahl bzw. Fallzahl zu klein
KG	- Kontrollgruppe
KHEntgG	- Krankenhausentgeltgesetz
KJP	- Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	- Kassenärztliche Vereinigung
LDL	- Einzelleistungen der PIA
OPS	- Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	- Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	- Psychiatrische Institutsambulanz
QI	- Qualitätsindikator
RR	- Risk Ratio
RPB	- Regionales Psychiatriebudget
SGB	- Sozialgesetzbuch
TE	- Therapieeinheiten
UV	- Unabhängige Variable
WIG2	- WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
ZEGV	- Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U1).....	57
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U2).....	67
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3).....	73
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4).....	81
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	94
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	104
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	109
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	116
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1)	138
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2)	149
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3)	156
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4)	174
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2)	185
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	191
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	194
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	196
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	200
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	206
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	212
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	215
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	220
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	226
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	231
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	233
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	234
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	237
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1).....	240
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2).....	244
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3).....	246
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4).....	249
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1)	255
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2)	263
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3)	267
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4)	273
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	285
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	292
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	294
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	296
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	297
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	300
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	302
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	313
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	314
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	317
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	318

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	320
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	321
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	324
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	325
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	328
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	329
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	331
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	332
Abbildung 54: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	334
Abbildung 55: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	335
Abbildung 56: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	336
Abbildung 57: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	337
Abbildung 58: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	339
Abbildung 59: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	340
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	343
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	344
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	347
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	348
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	350
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	351
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	354
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	355
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	358
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	359
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	361
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	362
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	364
Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	365
Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	368
Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	369
Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	371
Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	372
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	375
Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	376
Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	379
Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	380
Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	382
Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	383
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	386
Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	387
Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	390
Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	391
Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	393
Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	394
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	397
Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	398
Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	401
Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	402

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	404
Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	405
Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 (klinikneue) und U4 (klinikbekannte) Patienten.....	410
Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten).....	532

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	39
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken.....	39
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	40
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1.....	43
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1.....	45
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	54
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	65
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2).....	66
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	71
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	77
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4).....	78
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	91
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1).....	102
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	103
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	107
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	112
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	113
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1).....	124
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1)	144
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2).....	145
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung,(U3).....	152
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3)	159
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4).....	160
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2).....	181
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	187
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	189
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	192
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	193
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	195
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	197
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	198
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1)	204
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	210
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2)	211
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3)	214
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	217
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4)	218
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2)	225
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2).....	227
Tabelle 40: Komorbidität, (U1)	230
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	232
Tabelle 42: Komorbidität, (U2)	233
Tabelle 43: Komorbidität, (U3)	234
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	235

Tabelle 45: Komorbidität, (U4)	236
Tabelle 46: Mortalität, (U1).....	239
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1)	242
Tabelle 48: Mortalität, (U2).....	243
Tabelle 49: Mortalität, (U3).....	245
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3)	247
Tabelle 51: Mortalität, (U4).....	248
Tabelle 52: Progression, (U1)	253
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	261
Tabelle 54: Progression, (U2)	262
Tabelle 55: Progression, (U3)	266
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	270
Tabelle 57: Progression, (U4)	271
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2)	280
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2).....	281
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	282
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	284
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2).....	289
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	292
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	293
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	295
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	297
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	299
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	301
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	304
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	305
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	306
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	306
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	307
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	308
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	309
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	309
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	313
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	314
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	315
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	316
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	317
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	318
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	319
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	320

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	321
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	324
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	325
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	326
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	327
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	328
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	329
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	330
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	331
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	332
Tabelle 95: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	334
Tabelle 96: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	335
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	335
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	335
Tabelle 99: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	336
Tabelle 100: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	337
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	338
Tabelle 102: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	339
Tabelle 103: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	340
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	343
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	344
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	345
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	346
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	347
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	348
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	349
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	350
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	351
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	354
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	355
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	356
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	357
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	358
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	359
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	360
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	361
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	362
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	364
Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	365
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	366
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	367
Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	368

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	369
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	370
Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	371
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	372
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	375
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	376
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	377
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	378
Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	379
Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	380
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	381
Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	382
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	383
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	386
Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	387
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	388
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	389
Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	390
Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	391
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	392
Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	393
Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	394
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	397
Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	398
Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	399
Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	400
Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	401
Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	402
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	403
Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	404
Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	405
Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	408
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	408
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung.....	409
Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	409
Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	443
Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	443

Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	446
Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	446
Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	449
Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4	450
Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	454
Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	458
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	463
Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	465
Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	467
Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)	469
Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	471
Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	472
Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	473
Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	474
Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	475
Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	476
Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	477
Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	478
Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)	479
Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)	479
Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)	480
Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1)	481
Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)	482
Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)	484
Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)	486
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)	486
Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)	487
Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)	489
Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)	491
Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)	492
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)	493
Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)	494
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)	495
Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)	496
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)	497
Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)	498
Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)	499
Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)	501
Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1	503
Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2	504
Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)	505
Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)	506
Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)	507
Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)	509
Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)	510
Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)	511
Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)	512
Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)	513

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	514
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	514
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	515
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	515
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	515
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	516
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	516
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	516
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	517
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	517
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	517
Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	518
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	518
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	518
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	519
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	519
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	519
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	520
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	520
Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	520
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	521
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	522
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	522
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	522
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	523
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	523
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	523
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	524
Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	525
Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	525
Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	525
Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	526
Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	526
Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	526
Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	527
Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	527
Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	527
Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	528
Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	528
Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	528
Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	529
Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	529
Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	530
Tabelle 255: Mittlere Fallverweildauer in Allg. Psychiatrie und Psychosomatik (jeweils vollstationär) je Jahr und häufigsten Diagnosegruppen.....	530

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- 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 DIAKO Nordfriesland gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2013 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten der DIAKO Nordfriesland 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 Krankenhausshopping, 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), wurde 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 DIAKO Nordfriesland gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 3.129 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) zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Effektivität

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 50 ff.) zwischen IG und KG bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht, auch wenn der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall numerisch in der IG höher war als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten sanken die Anteile vollstationärer Krankenhausaufenthalte bei beiden Gruppen über die Zeit, jedoch in der IG in geringerem Maße als in der KG (sowohl bei U1 als auch bei U4). Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall (U1) war dieser Unterschied statistisch signifikant. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen Patienten erst im Verlauf des Modellvorhabens zwischen IG und KG verschieden. Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) gab es zwischen IG und KG und über die Zeit nur einen numerischen Unterschied, der jedoch statistisch nicht signifikant war. Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) waren die Anteile der Patienten mit teilstationärem Aufenthalt statistisch signifikant verschieden. Wichtig, ist dabei zu beachten, dass sich die Signifikanz hier im Wesentlichen durch die höhere Fallzahl in der Kohorte der U3 erklären lässt. Ein höherer Anteilsunterschied zwischen IG und KG war dabei nicht zu beobachten, der Schätzer war hier sogar etwas kleiner als in der U1-Kohorte. Veränderungen über die Zeit waren jedoch bei den in den patientenindividuellen Verläufen linikbekannter Patienten ersichtlich. So wiesen Patienten der U1 erst im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall einen signifikant höheren Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt in der IG im Vergleich zur KG auf.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) zwischen IG und KG nicht stark verschieden. Das geringere Niveau im ersten Jahr nach Referenzfall für die IG war statistisch nicht signifikant. Das geringere Niveau blieb jedoch auch in den weiteren Untersuchungen (U2-U4) ersichtlich. Das Modellvorhaben wies in fast allen Jahren geringere vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur Regelversorgung auf. Dies war für die Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant (U3). Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer linikneuer Patienten tritt somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr auf. Dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall 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). Der

zeitliche Verlauf mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall, welcher in der IG geringer als in der KG ausfiel, und das folgende Absinken im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall, welcher erneut geringer für die IG war, war auch für Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr (U4) erkennbar. Bei den klimbekannt Patienten war bereits im Präzeitraum eine geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben Nordfriesland hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens ein Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld des Modellvorhabens zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Über die Zeit sanken die vollstationären Tage in der IG und der KG. Im dritten Jahr nach Referenzfall war jedoch das Absinken in der IG weniger stark im Vergleich zur KG. Dadurch ergaben sich im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant mehr vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur KG (U1) (hypothesenkonträr). Zu beachten ist hier jedoch, dass dies durch die bereits stark unterschiedlichen Ausgangswerte im Jahr vor Referenzfall ausgelöst wurde. Eine bestimmte Anzahl an stationären Behandlungstagen lässt sich auch in Modellvorhaben nicht vermeiden.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die **Anzahl teilstationärer Tage** klimbekannt Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG (U1-U4). Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu werden. Bei den klimbekannt Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Zeit und vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG. Das Absinken der Anzahl teilstationärer Tage über die Zeit war im Modellvorhaben geringer als in der Vergleichsgruppe, wenn auch in U1 nicht statistisch signifikant.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 89 ff.) ist zu erkennen, dass bei den klimbekannt Patienten die Inanspruchnahme in der PIA in allen Jahren der untersuchten Kohorten (U1 – U4) im Modellvorhaben geringer war als in der Regelversorgung. Im ersten Jahr nach Referenzfall war dies bei beiden inferenzstatistisch untersuchten Kohorten (U1 & U3) statistisch signifikant. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage klimbekannt Patienten in der IG waren im Modellvorhaben in Nordfriesland somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und nicht durch mehr Behandlungen in der PIA aufgefangen. Die klimbekannt Patienten zeigten zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung eine vergleichbare Anzahl an PIA-Kontakten in allen Untersuchungen. Veränderungen in der PIA-Inanspruchnahme waren hier nicht ersichtlich.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer im Bereich der Psychiatrie schienen bei den klimbekannt und klimbekannt Patienten durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. Die Muster der Inanspruchnahme waren zwischen Modellklinik und Vergleichsgruppe vergleichbar und die Verläufe verliefen parallel. Zu beachten ist jedoch, dass sowohl klimbekannt als auch klimbekannt Patienten der Modellklinik eine stets höhere Anzahl an Kontakten von Vertragsärzten im Vergleich zu Patienten der Regelversorgung aufwiesen. Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand (auch bei den klimbekannt Patienten), sind keine statistisch signifikanten Veränderungen im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Patienten der Modellklinik scheinen somit bereits vor Referenzfall häufiger ambulant versorgt gewesen zu sein. Mit Aufnahme in die Modellklinik gab es hier auch für die klimbekannt Patienten keine wesentliche Veränderung der Inanspruchnahme. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer

sektorenübergreifenden Leistungserbringung abgezielt, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrfach durch die finanzielle Sektorisierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (8, 9). Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich beim Modellvorhaben in Nordfriesland auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich gesetzt. Durch eine stärkere Einbindung in der Klinik können im Falle des Modellvorhabens von Nordfriesland dennoch Auswirkungen auf den ambulanten Bereich sichtbar werden. Die bereits höhere Inanspruchnahme von Vertragsärzten bei den Patienten der Modellversorgung kann mit den Daten nicht erklärt werden.

Die **Behandlungskontinuität** (Seite 122 ff.) für linikneue Patienten war im Modellvorhaben stets niedriger als für Patienten in Kliniken der Regelversorgung (hypothesenkonträr). Dies war für die Patienten der U1 mit Nachbeobachtung von 30 Tagen sowie für Patienten der U3 für 7, 30 und 90 Tage Nachbeobachtung im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Bei den linikbekanntem Patienten ist hier eine Veränderung über die Zeit ersichtlich. Während im ersten Jahr nach Referenzfall die Patienten der Modellklinik eine geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor aufwiesen (bei U1 für 7 und 30 Tage statistisch signifikant), erhöhte sich diese über den Zeitlauf stärker als in der Regelversorgung. So war die Kontinuität klinikbekannter Patienten der Modellklinik (U1) im dritten Jahr nach Referenzfall bei 30 und 90 Tagen Nachbeobachtung sogar statistisch signifikant größer als für Patienten der Regelversorgung (hypothesenkonform). Die Behandlungskontinuität schien sich somit über die Zeit im Modellvorhaben bei den klinikbekannten Patienten erhöht zu haben. Bei den klinikneuen Patienten war jedoch keine wesentliche Veränderung hin zu einem hypothesenkonformen Effekt zu erkennen.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 180 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wies ein größerer Anteil an linikneuen Patienten der Modellklinik nach Modellstart kein Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem (ambulant oder stationär) im Vergleich zur Regelversorgung auf. Die durchschnittliche Anzahl der Kontaktabbrüche pro Patient war für 180 Tage Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Auch war die Dauer der Kontaktabbrüche in der IG statistisch signifikant größer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 188 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 quantitativ relevantes 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 201 ff.) war zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekanntem Patienten generell vergleichbar. Lediglich bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) war der Anteil bei Patienten des Modellvorhabens statistisch signifikant geringer als bei Patienten der Regelversorgung. Der Anstieg der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten geringer im Vergleich zur KG. Zu beachten ist, dass in allen Untersuchungen die Anzahl der AU-Tage

von Patienten der Modellklinik größer war als von Patienten der Vergleichsgruppe. In den Jahren nach Referenzfall waren jedoch die Anzahl der AU-Tage in der IG geringer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede waren für die ersten (U1 & U3) und zweiten Jahre (U1) nach Referenzfall zu beobachten (hypothesekonform). Die Einsparung von AU-Tagen in den ersten beiden Jahren für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren auch im Vergleich aller vier patientenindividuellen Jahre nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant. Bei den klimbekannt Patienten war die Anzahl der AU-Tage im Modellvorhaben bereits im Jahr vor Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Diese geringere Anzahl an AU-Tagen war in fast allen untersuchten patientenindividuellen Jahren zu beobachten. Die bereits geringere Anzahl an AU-Tagen im Jahr vor Referenzfall, d.h. der Zeitraum zum Vergleich mit den Jahren nach Referenzfall für die Difference-in-Difference Modellierungen, im Modellvorhaben führte dazu, dass im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall (U1) die Patienten der IG eine statistisch signifikant größere Zunahme an AU-Tagen aufwiesen (hypothesekonträr). Zur Beurteilung der Difference-in-Difference Berechnungen sind immer auch die absoluten Werte heranzuziehen, wie aus diesem Beispiel ersichtlich. Wie bereits bei den vollstationären Tagen beschrieben, ist auch ein Mindestmaß an AU-Tagen nicht vermeidbar. Da das Modellvorhaben in Nordfriesland bereits einen Vorläufervertrag aufwies, kann vermutet werden, dass geringere AU-Tage bereits in diesem Vorläufervertrag erzielt worden sind, welche im Modellvorhaben nach §64b SGB V nicht weiter ausgebaut werden konnten.

Der Anteil klimbeneu Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 224 ff.) war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG. Die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben war jedoch mit der Regelversorgung vergleichbar. Somit kann ausgesagt werden, dass das Modellvorhaben in Nordfriesland eine Verringerung der Häufigkeit der vollstationären Wiederaufnahme bewirkte, jedoch die Patienten nicht schneller wieder vollstationär behandelt wurden (hypothesekonform). Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung in der Modellklinik bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eine höhere Anzahl schwer erkrankter Menschen stationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese schwer 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 zu Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 228 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den klimbeneu Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den klimbekannt Patienten nur mit kleinem Peak zum Jahr nach Referenzfall und ohne große Veränderungen über die Zeit.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 238ff.) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 251 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) sowohl bei den klimbeneu Patienten als auch bei den klimbekannt Patienten in allen untersuchten Kohorten in der Modellklinik geringer als in der Vergleichsgruppe (hypothesekonform). Jedoch war dieser Unterschied nur bei den klimbeneu Patienten mit

Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) statistisch signifikant. Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten aller Kohorten niedriger als in der KG (hypothese konform). Dieser Effekt war bei den inferenzstatistischen Untersuchungen (U1 & U3) statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben tendenziell eher positiv auf die Verhinderung einer schweren depressiven Störung und einer rezidivierenden depressiven Störung gewirkt zu haben.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 279 ff.) war der Anteil an klinikneuen erwachsenen Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Dies entspricht der Empfehlung der Leitlinien, auf welche 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**) in allen Jahren zu gleichen Teilen in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten wurde beim Referenzfall sowie im ersten Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (Tabelle 75). Im vierten Jahr nach Referenzfall wies das Modellvorhaben jedoch geringere aufsuchende Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung auf. Eine eindeutige Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nicht eindeutig und über alle Jahre hinweg nachgewiesen werden.

Kosten

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** (S. 310 ff.) im Präzeitraum in IG und KG auf gleich hohem Niveau. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient in beiden Gruppen an. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war in der IG im Vergleich zur KG um 1.710,54 € signifikant stärker. Nach dem ersten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die gesamten Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums ab. Vom zweiten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr waren die Kosten in IG und KG nahezu identisch. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG nicht signifikant stärker.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) lagen die durchschnittlichen direkten psychiatrischen Kosten im Präzeitraum in der IG etwas unterhalb der KG. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr glichen sich in beiden Gruppen die Gesamtkosten auf einem Niveau des Präzeitraums an. Entsprechend gab sich in der IG relativ zur KG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein nicht signifikant stärkerer Anstieg der Kosten. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei in beiden Gruppen die Kosten zum vierten Jahr sanken. Im

Vergleich von Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein nicht signifikant geringerer (DiD: 823,33 €, $p = 0,054$) Rückgang der Kosten.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten zum ersten Nachbeobachtungsjahr in beiden Gruppen, wobei sie in der IG um 1.027,95 € stärker anstiegen.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) zeigte sich für den Verlauf der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein vergleichbares Muster wie für U1. Während die Kosten im Präzeitraum in beiden Gruppen auf gleicher Höhe lagen, stiegen sie im ersten Jahr in beiden Gruppen an, wobei sie in der IG stärker anstiegen. Im Vergleich Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG um 836,83 € signifikant stärker. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG nicht signifikant stärker.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) zeigte sich ein vergleichbares Bild zu U1. So lagen die Kosten des Präzeitraums in beiden Gruppen auf gleichem Niveau und stiegen im ersten Jahr deutlich an. Im zweiten und dritten Jahr fielen sie auf einen Wert oberhalb des Präzeitraums ab. Auch bei den linikbekanntem Patienten war eine Ähnlichkeit zu U1 festzustellen. Die Kosten verliefen im Zeitverlauf parallel zueinander, wobei die IG günstiger als die KG war und die durchschnittlichen Kosten ab dem ersten Jahr abnahmen.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten stiegen in den inferenzstatistisch untersuchten U1 und U3 zum ersten Nachbeobachtungsjahr hin an. Für die klinikneuen Patienten von U1 und U3 war der Kostenanstieg zum ersten Jahr hin in der IG jeweils signifikant stärker als in der KG. Für die klinikbekanntem Patienten von U1 war der Rückgang der Kosten in der IG im Vergleich zur KG nicht signifikant geringer. Durch eine deutliche Angleichung der Kosten für klinikneue und klinikbekannte Patienten von U1 sowie U3 ab dem zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr ergab sich im Prä- zu Postvergleich keine unterschiedliche Entwicklung zwischen der jeweiligen IG und KG. Für alle drei Gruppen ergaben sich keine unterschiedlichen Entwicklungen.

Kosten-Effektivität

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG einen signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (S. 406 ff.) von -1.007,79 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 1.007,79 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -155,12 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 155,12 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG einen nicht signifikant stärkeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 4.515,83 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen Krankenhaustag wurden 4.515,83 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 140,14 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 140,14 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

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 Nordfriesland wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich negative Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer verringerten Behandlungskontinuität im psychiatrischen Sektor, besonders bei den klinikneuen Patienten. Auch die größere durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche sowie die größere durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung lässt auf eine verringerte Behandlungskontinuität schließen. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten jedoch hypothesenkonforme Ergebnisse. So konnten die AU-Tage für die klinikneuen Patienten vermieden werden. Auch der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme sank. Teilweise konnten Erkrankungsprogressionen klinikneuer Patienten verhindert werden. Klinikneue erwachsene Patienten mit Schizophrenie erhielten zu höheren Anteilen eine antipsychotische Medikation. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigen sich vor allem für klinikneue Patienten positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

Bezüglich der Kosten lässt sich festhalten, dass sich auf patientenindividueller Ebene keine Reduktion der gesamten psychiatrischen Kosten durch die Modellvorhaben zeigt. Obwohl es teilweise zu Kostenersparnissen im vollstationären Bereich und in der PIA kam, wurden diese durch Mehrausgaben durch tagesklinische und vertragsärztliche Leistungen sowie durch Kosten der Psychopharmakaversorgung kompensiert.

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 auch 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) mit der Regelversorgung, d.h. kein Vertrag nach §64b SGB V (Kontrollgruppe), 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 2018. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte im Dezember 2018.

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

- actimonda krankenkasse
- AOK NordWest
- BKK Gildemeister Seidensticker
- 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 DürkoppAdler
- Continentale BKK
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- NOVITAS BKK
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- 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
- BKK Bertelsmann AG
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)
- BKK Melitta Plus
- BKK Mobil Oil
- BKK VDN
- DIE BERGISCHE KRANKENKASSE

- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- SIEMAG BKK.

Durch die Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER zum 01.01.2017 konnten nicht alle für EVA 64 relevanten Daten der Deutschen BKK übernommen werden; Leistungsdaten eines nennenswerten Anteils von Versicherten der ehemaligen Deutschen BKK sind unvollständig. Da das Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Verzerrung nicht quantifizierbar war, wurden die ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK zu Gunsten einer höheren Datenqualität bei den Analysen vollständig ausgeschlossen.

6.1 Patientenmatching

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

Von den 3.848 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden, der Interventionsgruppe zugeordneten Patienten verblieben nach Selektion derjenigen Patienten, die über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum verfügten, 3.157 Patienten, die in das Matching einfließen. Hierfür konnte für 3.129 (99%) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl.

Tabelle 1).

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 9 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und unter diesen wiederum der Großteil der Patienten aus den vier Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2).

Durch das Matching wurden mit Ausnahme einer um 1,2 Jahre älteren IG in Kohorte 4 die Merkmale Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

In Bezug auf die Referenzfälle ist auffällig, dass in der IG sowohl für die Gesamtheit aller innerhalb der vier Jahre eingeschlossenen Patienten als auch für die nach Kohorten unterteilten Kollektive der klinikneuen Patienten der Anteil der PIA-Referenzfälle in der IG signifikant niedriger als in der KG ist. Die Zahl der vollstationären Fälle ist konträr dazu insbesondere bei den klinikneuen Patienten in der IG deutlich höher als in der KG.

Das Behandlungsgeschehen vor Studienaufgriff ist bei den klinikneuen Patienten mit Ausnahme eines etwas geringeren Anteils an im Präzeitraum in einer PIA behandelten Patienten der IG gegenüber der KG zwischen beiden Gruppen als gleich einzuschätzen. Bei den klinikbekannten liegt der einzige Unterschied in einem in der IG geringeren Anteil an Patienten der ersten Kohorte mit vollstationärem Behandlungsfall im Präzeitraum.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	3.848	62.232	3.157 (82%)	52.367 (84%)	3.129 (81% ; 99%)	3.129 (5% ; 6%)
	Kohorte 1	1.776	19.733	1.466 (83%)	16.117 (82%)	1.458 (82% ; 99%)	1.458 (7% ; 9%)
	Kohorte 2	772	21.151	631 (82%)	18.598 (88%)	626 (81% ; 99%)	626 (3% ; 3%)
	Kohorte 3	661	10.992	534 (81%)	9.132 (83%)	527 (80% ; 99%)	527 (5% ; 6%)
	Kohorte 4	639	10.356	526 (82%)	8.520 (82%)	518 (81% ; 98%)	518 (5% ; 6%)
Klinikneu	Gesamt	2.692	39.732	2.167 (80%)	32.337 (81%)	2.149 (80% ; 99%)	2.149 (5% ; 7%)
	Kohorte 1	772	9.969	598 (77%)	7.887 (79%)	596 (77% ; 100%)	596 (6% ; 8%)
	Kohorte 2	684	9.956	561 (82%)	8.148 (82%)	558 (82% ; 99%)	558 (6% ; 7%)
	Kohorte 3	620	9.921	502 (81%)	8.159 (82%)	495 (80% ; 99%)	495 (5% ; 6%)
	Kohorte 4	616	9.886	506 (82%)	8.143 (82%)	500 (81% ; 99%)	500 (5% ; 6%)
Klinikbekannt	Gesamt	1.156	22.500	990 (86%)	20.030 (89%)	980 (85% ; 99%)	980 (4% ; 5%)
	Kohorte 1	1.004	9.764	868 (86%)	8.230 (84%)	862 (86% ; 99%)	862 (9% ; 10%)
	Kohorte 2	88	11.195	70 (80%)	10.450 (93%)	68 (77% ; 97%)	68 (1% ; 1%)
	Kohorte 3	41	1.071	32 (78%)	973 (91%)	32 (78% ; 100%)	32 (3% ; 3%)
	Kohorte 4	23	470	20 (87%)	377 (80%)	18 (78% ; 90%)	18 (4% ; 5%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	26,6	539
2	31,1	447
3	31,2	824
4	32,7	757
5	32,9	399
6	33,8	34
7	34,2	39
8	34,4	31
9	36,3	59
10	43,7	0

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	3.129	3.129		1.458	1.458		626	626		527	527		518	518	
	ambulativ	2.149	2.149		596	596		558	558		495	495		500	500	
	ambulativ	980	980		862	862		68	68		32	32		18	18	
mittleres Alter	gesamt	47,2	46,5	0,993	48,6	47,5	0,493	45,6	45,2	1,000	45,5	46,3	1,000	46,7	45,6	1,000
	ambulativ	46,8	46,3	1,000	48,1	47,2	1,000	45,9	45,5	1,000	46,0	46,6	1,000	47,1	45,9	0,000
	ambulativ	48,0	47,1	1,000	48,9	47,8	0,529	43,5	42,8	1,000	37,8	42,7	1,000	36,8	36,6	1,000
Anteil Frauen	gesamt	56,5%	58,0%	1,000	60,4%	61,2%	1,000	54,6%	58,9%	0,966	53,1%	55,0%	1,000	51,0%	51,0%	1,000
	ambulativ	55,1%	56,5%	1,000	59,6%	57,6%	1,000	54,8%	59,5%	0,715	53,7%	56,4%	1,000	51,6%	52,0%	1,000
	ambulativ	59,4%	61,4%	1,000	61,0%	63,8%	1,000	52,9%	54,4%	1,000	43,8%	34,4%	1,000	33,3%	22,2%	1,000
Anteil ambulativer Patienten	gesamt	31,3%	31,3%	1,000	59,1%	59,1%	1,000	10,9%	10,9%	1,000	6,1%	6,1%	1,000	3,5%	3,5%	1,000
	ambulativ	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	ambulativ	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	42,1%	55,6%	0,000	60,9%	64,4%	0,445	30,4%	46,6%	0,000	23,9%	47,8%	0,000	21,6%	49,8%	0,000
	ambulativ	25,0%	46,6%	0,000	27,2%	42,4%	0,000	27,8%	47,3%	0,000	23,0%	47,3%	0,000	21,4%	50,0%	0,000
	ambulativ	79,4%	75,5%	0,434	84,2%	79,6%	0,132	51,5%	41,2%	1,000	37,5%	56,3%	1,000	27,8%	44,4%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	45,6%	38,3%	0,000	33,7%	31,1%	0,860	60,7%	47,9%	0,000	51,2%	43,3%	0,091	54,8%	41,5%	0,000
	ambulativ	58,6%	46,3%	0,000	62,9%	51,2%	0,000	62,9%	47,1%	0,000	51,5%	44,0%	0,154	55,6%	41,6%	0,000
	ambulativ	17,0%	20,7%	0,434	13,6%	17,3%	0,301	42,6%	54,4%	1,000	46,9%	31,3%	1,000	33,3%	38,9%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	9,0%	4,3%	0,000	5,3%	3,7%	0,364	8,9%	3,5%	0,001	13,5%	6,1%	0,001	15,1%	5,4%	0,000
	ambulativ	12,0%	4,9%	0,000	9,9%	5,4%	0,037	9,3%	3,6%	0,001	13,9%	5,7%	0,000	15,6%	5,0%	0,000
	ambulativ	2,6%	3,2%	1,000	2,2%	2,6%	1,000	5,9%	2,9%	1,000	6,3%	12,5%	1,000	0,0%	16,7%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	3,3%	1,8%	0,001	0,0%	0,8%	0,028	0,0%	1,9%	0,011	11,4%	2,8%	0,000	8,5%	3,3%	0,005
	ambulativ	4,4%	2,3%	0,001	0,0%	1,0%	0,244	0,0%	2,0%	0,017	11,5%	3,0%	0,000	7,4%	3,4%	0,055
	ambulativ	1,0%	0,6%	1,000	0,0%	0,6%	0,439	0,0%	1,5%	1,000	9,4%	0,0%	1,000	38,9%	0,0%	0,115
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	12,9%	13,8%	1,000	18,3%	21,8%	0,208	8,1%	6,9%	1,000	10,1%	7,8%	1,000	6,4%	6,0%	1,000
	ambulativ	6,3%	5,9%	1,000	8,4%	7,6%	1,000	6,3%	5,4%	1,000	5,9%	5,3%	1,000	4,4%	5,0%	1,000
	ambulativ	27,3%	31,3%	0,475	25,2%	31,7%	0,033	23,5%	19,1%	1,000	75,0%	46,9%	0,404	61,1%	33,3%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	3,4%	3,6%	1,000	6,2%	6,6%	1,000	0,5%	0,5%	1,000	1,5%	1,9%	1,000	1,0%	0,6%	1,000
	ambulativ	0,7%	1,0%	1,000	0,7%	1,3%	1,000	0,5%	0,4%	1,000	0,5%	1,6%	1,000	0,6%	0,6%	1,000
	ambulativ	9,3%	9,3%	1,000	10,0%	10,2%	1,000	0,0%	1,5%	1,000	9,4%	6,3%	1,000	11,1%	0,0%	1,000
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	25,4%	25,9%	1,000	50,0%	48,8%	1,000	3,8%	5,4%	1,000	4,0%	7,8%	0,091	4,1%	4,4%	1,000
	ambulativ	2,4%	4,1%	0,011	2,5%	5,4%	0,121	1,6%	3,2%	0,715	2,4%	4,8%	0,371	3,0%	2,8%	1,000
	ambulativ	75,9%	73,6%	1,000	82,8%	78,8%	0,301	22,1%	23,5%	1,000	28,1%	53,1%	0,673	33,3%	50,0%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	48,9%	49,9%	1,000	48,9%	50,5%	1,000	50,5%	49,0%	1,000	50,7%	52,8%	1,000	45,2%	46,3%	1,000
	ambulativ	49,5%	49,8%	1,000	52,0%	54,4%	1,000	50,2%	46,2%	0,834	50,5%	52,5%	1,000	44,6%	45,6%	1,000
	ambulativ	47,7%	50,1%	1,000	46,8%	47,8%	1,000	52,9%	72,1%	0,335	53,1%	56,3%	1,000	61,1%	66,7%	1,000

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

7. Darstellung Modellvorhaben DIAKO Nordfriesland gGmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in der DIAKO Nordfriesland gGmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An der DIAKO Nordfriesland gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 103 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 31 in der Tagesklinik und 27 in der Psychosomatik vorgesehen.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag nach §24 BPfIV von 2009 bis 2013 an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Home Treatment. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für eine vereinbarte Kopfzahl (Korridor +-6%) mit einer gesonderten Betrachtung von Suchterkrankten an illegalen Drogen. Die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Es werden jedoch keine Fachabteilungen ausgeschlossen.

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 Nordfriesland vollständig zu beiden Seiten ausgeglichen wird.

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschalen in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (1) wird im Klinikum Nordfriesland nur über Quartalspauschalen abgerechnet. Dies gilt sowohl für den Zeitraum vor 2013 (Regionales Psychiatriebudget nach §24 BPfIV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach §64b SGB V. Zum 01.04.2016 wurde die Abrechnung der PIA-Leistung von Quartals- auf Kontaktpauschalen (Entgeltschlüssel 36010062 bis 36010065) umgestellt.

Im stationären Bereich erfolgte bis Ende 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Beginnend im vierten Quartal 2014 wurde bis Ende des zweiten Quartals 2015 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.01.2015 sieht der Modellvertrag die Abrechnung nach PEPP vor, wobei diese Transition erst ab dem dritten Quartal 2015 in den Daten sichtbar ist.

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 wird, wurde in diesem Kapitel die Population jeweils in alle, klinikneu und klinikbekannt unterteilt.

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

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

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

Ca. 70% der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und knapp über 50% der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- depressive Episoden (F32)
- rezidivierende depressive Störungen (F33)
- 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)	562	567
Referenzdiagnosen (%)		

• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,3 %	70,5 %
• Zwei Diagnosen	22,8 %	23,5 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	5,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,4 %	0,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	13	13
2. F10 & F33	11	12
3. IG: F10 & F32 / KG: F32 & 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)	837	831
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	55,0 %	56,2 %
• Zwei Diagnosen	31,4 %	30,9 %
• Drei Diagnosen	10,9 %	10,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,7 %	2,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	38	40
2. F10 & F33	38	40
3. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F32	12	11

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

Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	395	400	562	567
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,0 %	0,9 %	0,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,8 %	3,3 %	3,0 %	2,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,0 %	23,0 %	26,9 %	25,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	8,1 %	7,8 %	8,2 %	8,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	44,6 %	44,5 %	52,5 %	53,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,4 %	10,5 %	16,5 %	17,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	0,8 %	3,2 %	3,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,8 %	6,8 %	14,1 %	13,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	3,4 %	2,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,5 %	0,5 %	4,1 %	2,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,3 %	1,2 %	1,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,3 %	0,5 %	0,9 %	1,1 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,5	48,8	48,8	47,8
• Median	51	49	49	48
• (Interquartilsabstand)	(39 - 61)	(35 - 60)	(36 - 59)	(35 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,2 %	56,0 %	58,5 %	57,7 %
• Männer	43,8 %	44,0 %	41,5 %	42,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	74,4 %	59,3 %	73,1 %	58,7 %
• PIA	25,6 %	40,8 %	26,9 %	41,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,8 %	7,3 %	8,0 %	7,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	12,9 %	10,3 %	11,9 %	8,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	3,0 %	5,3 %	4,3 %	5,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,1 %	2,5 %	5,3 %	2,8 %
	20,5 %	20,3 %	19,2 %	18,3 %
	0,3 %	0,3 %	0,7 %	0,4 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,8 %	2,5 %	1,1 %	2,3 %
	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
	9,1 %	7,8 %	9,6 %	7,8 %
	65,3 %	66,5 %	64,1 %	68,3 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	8,9 %	11,5 %	8,4 %	10,4 %
	78,5 %	68,8 %	76,0 %	72,0 %
	12,7 %	19,8 %	15,7 %	17,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	29,1 %	28,3 %	28,6 %	27,5 %
	19,2 %	18,5 %	22,8 %	21,7 %
	51,6 %	53,3 %	48,6 %	50,8 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	52,2 %	55,5 %	52,1 %	55,7 %
	3,3 %	5,0 %	4,4 %	5,8 %
	37,0 %	35,5 %	36,5 %	34,9 %
	7,6 %	4,0 %	6,9 %	3,5 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45.

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)	460	467	837	831
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,3 %	11,8 %	20,1 %	19,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	27,6 %	27,0 %	21,7 %	20,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	45,4 %	45,6 %	59,6 %	59,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,2 %	5,1 %	18,3 %	17,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	3,2 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,6 %	4,5 %	14,0 %	15,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	3,6 %	4,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,7 %	7,0 %	8,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,2 %	2,1 %	4,8 %	4,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,7 %	0,8 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,9 %	0,6 %	2,3 %	1,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,3	49,8	49,2	48,1
• Median	49	49	49	48
• (Interquartilsabstand)	(40 - 60)	(39 - 60)	(39 - 58)	(38 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,5 %	62,3 %	60,3 %	63,9 %
• Männer	43,5 %	37,7 %	39,7 %	36,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	19,1 %	21,6 %	15,9 %	20,6 %
• PIA	80,9 %	78,4 %	84,1 %	79,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,3 %	0,9 %	1,6 %	1,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,2 %	3,6 %	8,0 %	3,7 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	6,7 %	5,6 %	6,9 %	5,7 %
• Abitur/Fachabitur	2,6 %	4,1 %	2,7 %	3,7 %
• Abschluss unbekannt	6,7 %	7,9 %	7,6 %	9,0 %
• Fehlende Angabe	75,4 %	77,9 %	73,1 %	76,4 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,3 %	3,6 %	5,1 %	3,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	14,1 %	11,3 %	15,2 %	11,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %
• Bachelor	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,4 %	1,3 %	0,5 %	0,8 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,2 %	5,4 %	5,7 %	6,6 %
• Fehlende Angabe	75,4 %	77,9 %	73,1 %	76,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,4 %	15,2 %	9,3 %	13,4 %
• Nein	70,9 %	71,3 %	70,1 %	72,2 %
• Fehlende Angabe	18,7 %	13,5 %	20,5 %	14,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	33,0 %	37,5 %	33,2 %	37,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	52,0 %	45,6 %	54,8 %	48,1 %
• Weder A noch B	15,0 %	16,9 %	11,9 %	14,2 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	48,9 %	45,2 %	49,2 %	47,9 %
• Familienversicherter	3,3 %	4,7 %	3,7 %	5,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,1 %	47,1 %	44,3 %	43,9 %
• Fehlende Angabe	3,7 %	3,0 %	2,7 %	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

8.2 Ergebnisse Outcomes

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 dargestellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 42). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

In den Analysen wurden nur Personen, 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.

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 waren der Verlauf und die Höhe des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG bereits geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf. Das Abfallen dieses Anteils über die Zeit war daher im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Diese Effekte im dritten und vierten Jahr waren im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant (je DiD : 1,6), auch wenn die IG in allen Jahren numerisch geringere Anteile aufwies als die KG. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf und Niveau bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets höher (prä: -0,2; 1. Jahr: +0,2; 2. Jahr: +2,7; 3. Jahr: +2,2, 4. Jahr: +1,2 %-Punkte). Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall waren diese Unterschiede in der IG statistisch signifikant verglichen mit dem jeweiligen Jahr vor Referenzfall (DiD : 1,9 bzw. 2,0).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 3,1; KG: 2,8 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 19,6; KG: 22,3 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,4; 5,0 und 4,8 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 5,6; 5,6 und 4,5 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG numerisch geringer. Dieser Unterschied war aber statistisch nicht signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Auch in den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveauunterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Der Unterschied

zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass im ersten Jahr nach Referenzfall bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG ca. ein vollstationärer Behandlungstag mehr anfiel als in der KG. Bei den älteren Patienten fielen in der IG ca. acht vollstationäre Tage weniger als in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall an. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend), F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die erstgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F01 (Vaskuläre Demenz) 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 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten zeichneten sich analog zu den Anteilen unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 8,2 Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 14,0 Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl der Tage war in der IG stets geringer als in der KG (prä: -5,8; 1. Jahr: -4,9; 2. Jahr: -3,7; 3. Jahr: -2,6; 4. Jahr: -3,7 vollstationäre Tage). Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war der Abfall vollstationärer Tage im dritten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG, bedingt durch den unterschiedlichen Ausgangswert (DiD : 3,4 vollstationäre Tage). Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl für die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) als auch für die älteren Patienten die vollstationären Behandlungstage in der IG geringer als in der KG waren. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung) auf, während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) (nur sehr wenige Patienten), F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) 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 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD : +3,5 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 linikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage nach dem ersten Jahr nach Referenzfall über die Zeit bei IG und KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG stärker als in der KG (IG: +58,0 %-Punkte; KG: +47,0 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG größer als in der KG (IG: +21,8 %; KG: +16,0 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG und KG eine vergleichbare Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG und der KG (IG: +17,6; KG: +18,6 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +9,8; KG: +6,2 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2. Der Verlauf war zwischen IG und KG vergleichbar. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall an, dabei war dieser Anstieg in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = 2,5).

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 = -2,4 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG stets etwas unter der Anzahl der vollstationären Tage der KG. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG höher ausfielen als in der KG. Der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +3,1 teilstationäre Tage).

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

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +16,8 vollstationäre Tage; KG: +19,4 vollstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe zwischen IG und KG, wobei die IG stets geringere vollstationäre Tage aufwies als die KG (prä: -5,2; 1. Jahr: -5,5; 2. Jahr: -3,6; 3. Jahr: -2,4 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Modelljahre und vergleichbarem Niveau zwischen IG und 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)	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	10,0 %	67,4 %	15,8 %	13,0 %	13,1 %	10,8 %	60,8 %	16,8 %	14,0 %	12,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	21,4 %	2,9 %	4,0 %	3,1 %	1,4 %	14,6 %	4,6 %	2,9 %	2,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,1 %	80,4 %	17,4 %	16,1 %	14,5 %	11,3 %	69,8 %	19,3 %	16,0 %	14,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,0 %	4,8 %	2,2 %	2,3 %	1,7 %	1,4 %	1,8 %	2,9 %	1,7 %	1,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,6 %	11,4 %	9,0 %	8,9 %	7,7 %	11,3 %	13,9 %	9,1 %	9,9 %	8,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	3,1	19,6	4,4	5,0	4,8	2,8	22,3	5,6	5,6	4,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	8,4	0,8	1,4	1,0	0,4	5,1	1,8	1,0	1,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,3	28,1	5,3	6,4	5,8	3,2	27,5	7,5	6,6	5,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	1,2	0,5	0,2	0,5	0,2	0,5	0,9	0,4	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,6	1,0	1,4	1,0	1,7	1,8	1,2	1,8	0,9

- 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).

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)	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
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) 	22,1 %	25,6 %	15,5 %	14,4 %	14,5 %	30,8 %	31,4 %	19,9 %	16,1 %	16,6 %
	9,4 %	7,3 %	6,5 %	4,6 %	4,2 %	9,6 %	7,1 %	3,8 %	2,5 %	3,0 %
	27,2 %	29,6 %	18,8 %	16,7 %	17,1 %	36,0 %	35,7 %	21,9 %	17,0 %	18,6 %
	6,7 %	4,3 %	2,8 %	2,3 %	2,4 %	4,2 %	2,6 %	1,6 %	1,7 %	1,6 %
	11,5 %	11,4 %	8,9 %	9,0 %	9,3 %	13,8 %	14,3 %	13,3 %	12,7 %	13,8 %
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) 	8,2	9,2	5,9	5,4	5,0	14,0	14,1	9,6	8,0	8,6
	3,5	2,7	1,9	1,8	1,5	3,7	2,5	1,2	0,8	1,1
	11,7	11,9	7,8	7,1	6,4	17,7	16,5	10,8	8,8	9,7
	1,5	0,7	0,7	0,7	0,8	1,1	0,6	0,3	0,4	0,4
	1,3	1,5	1,1	1,1	1,5	1,8	2,2	1,7	1,6	2,2

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

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

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

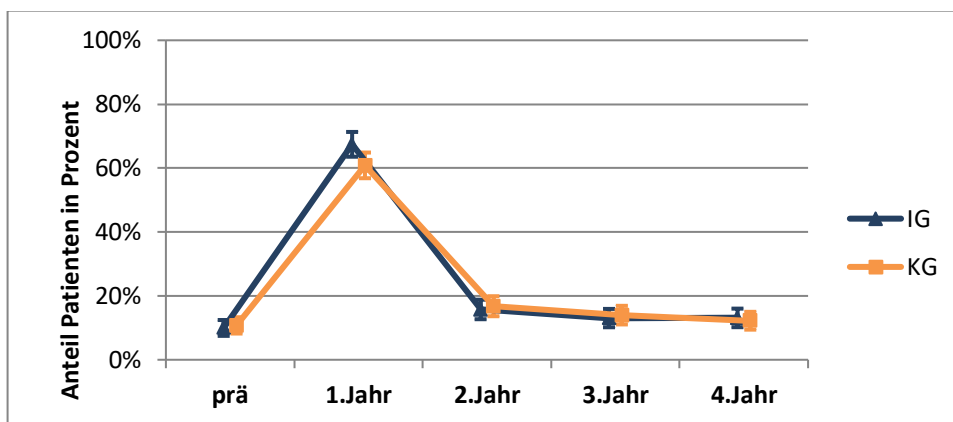
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

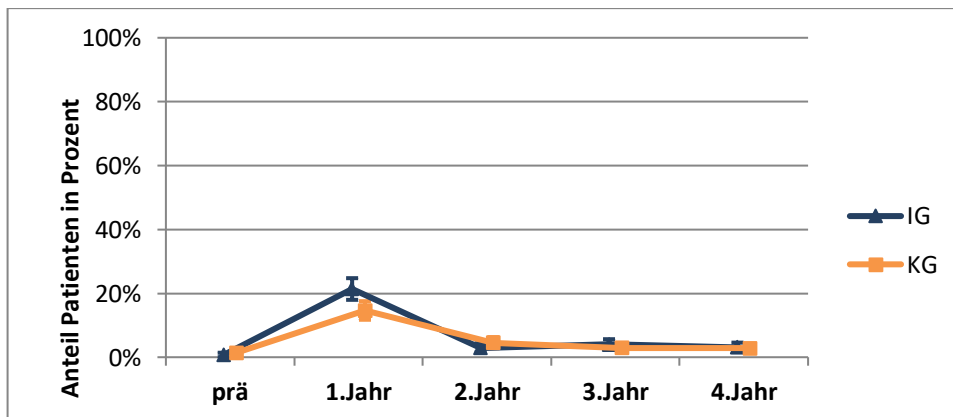
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

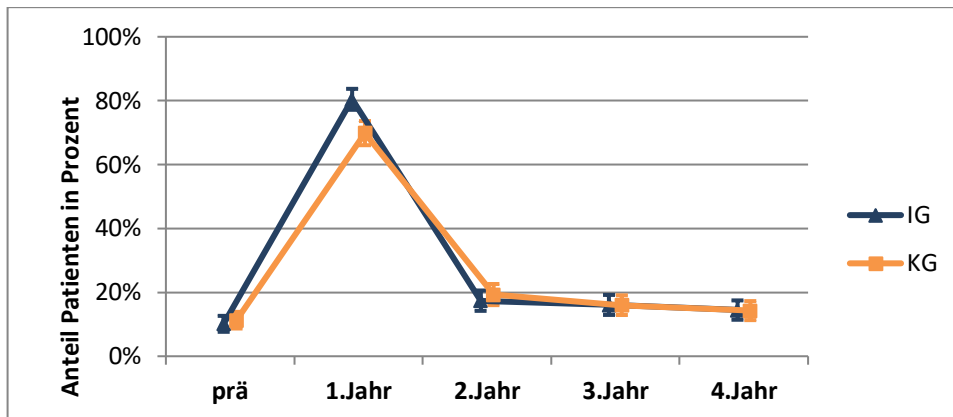
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



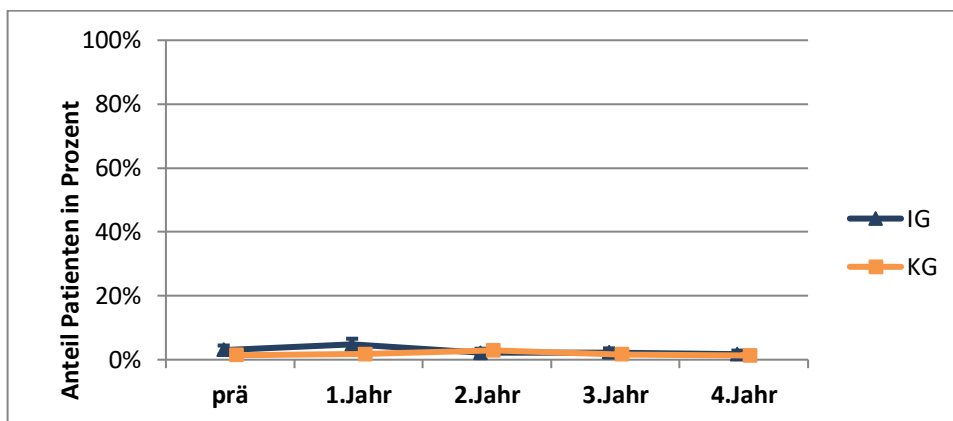
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



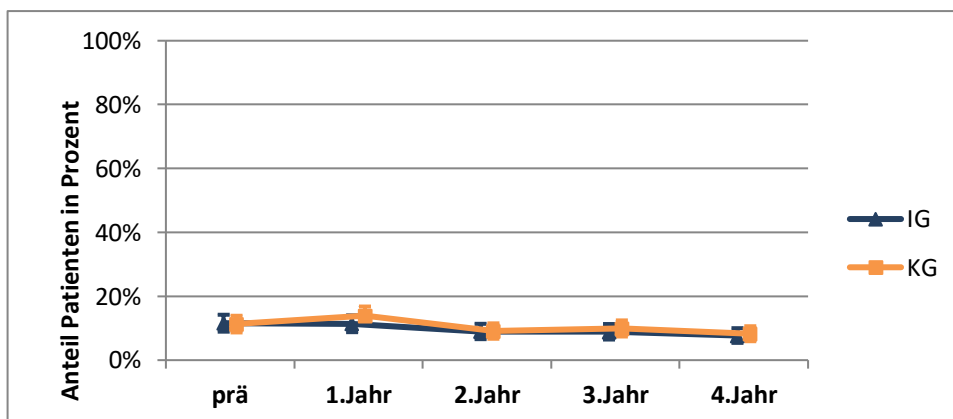
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

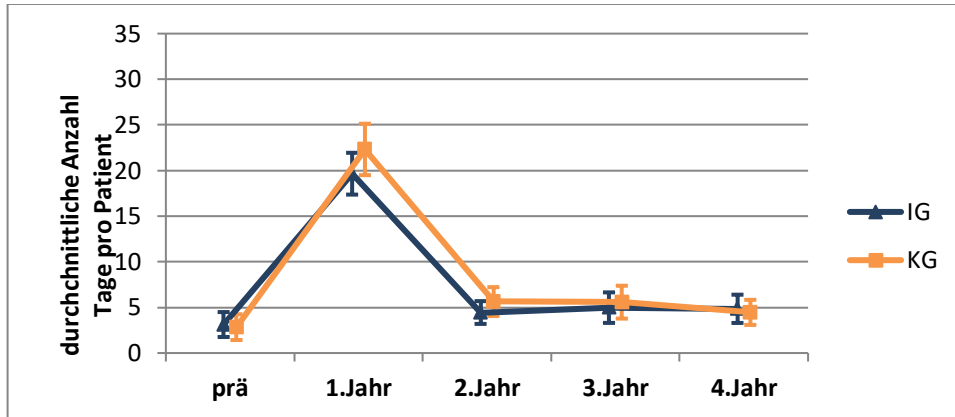


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

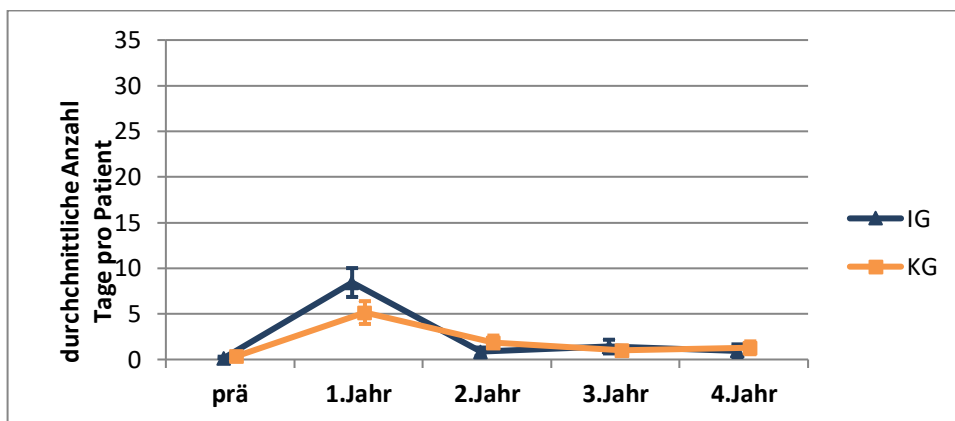


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

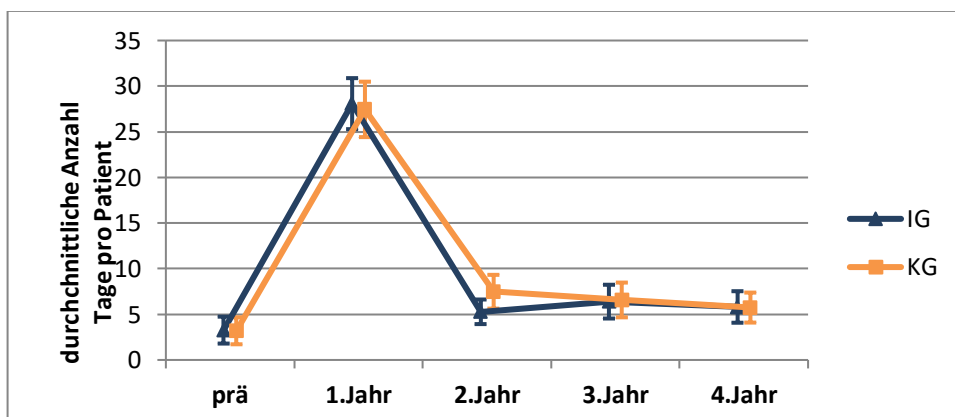
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



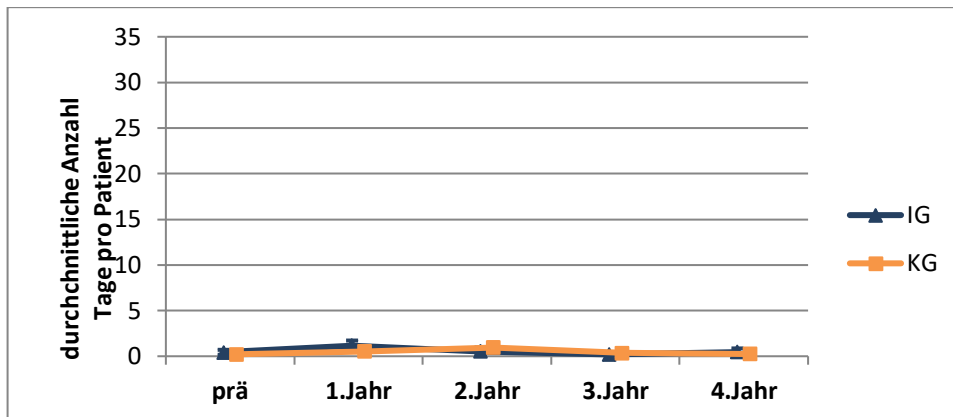
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



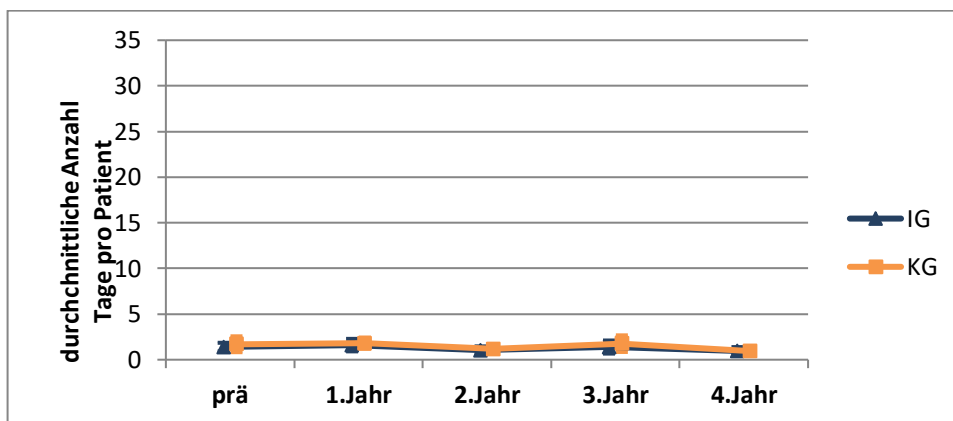
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



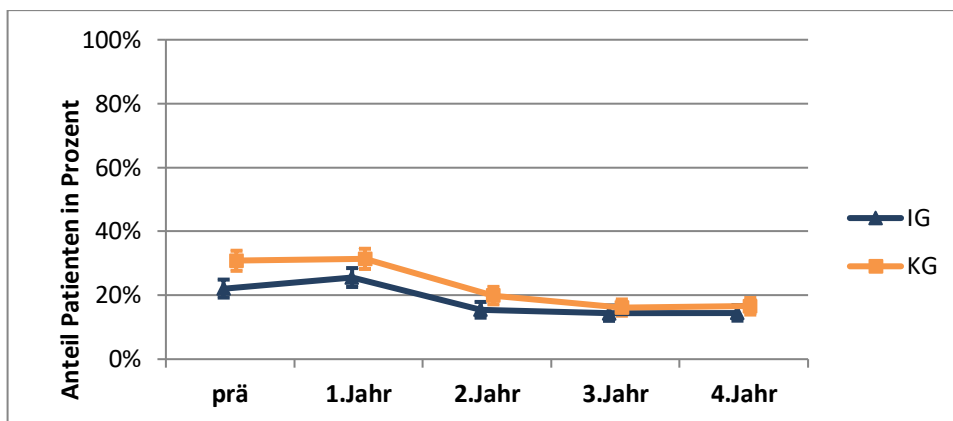
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

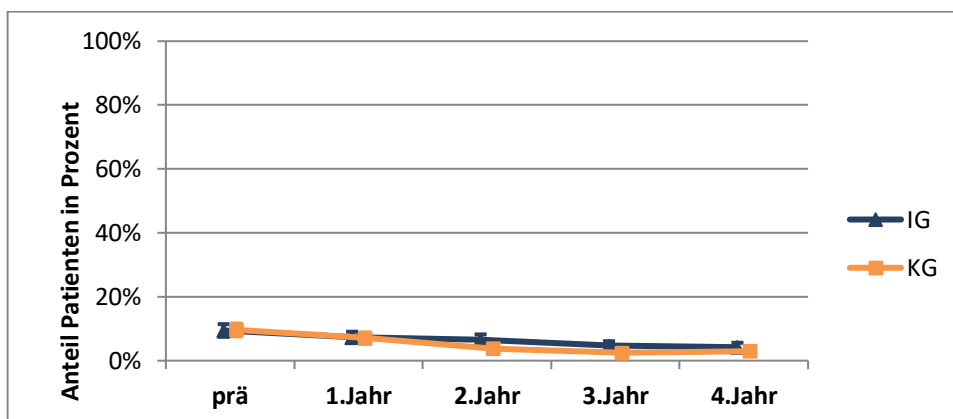
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

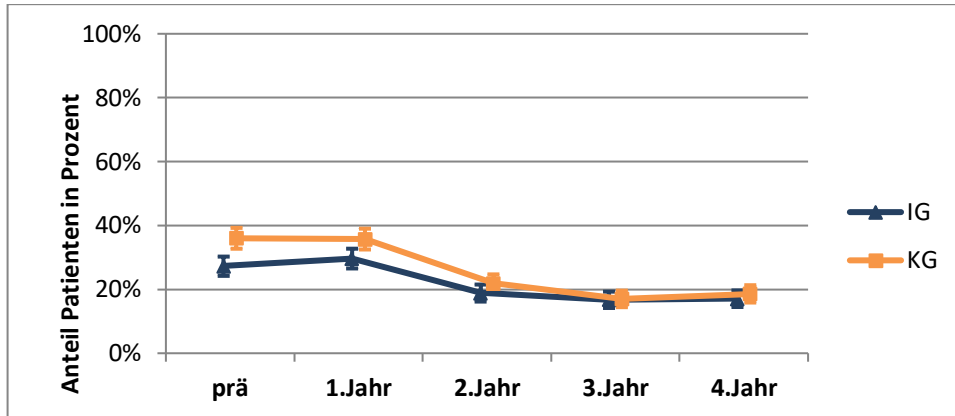
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



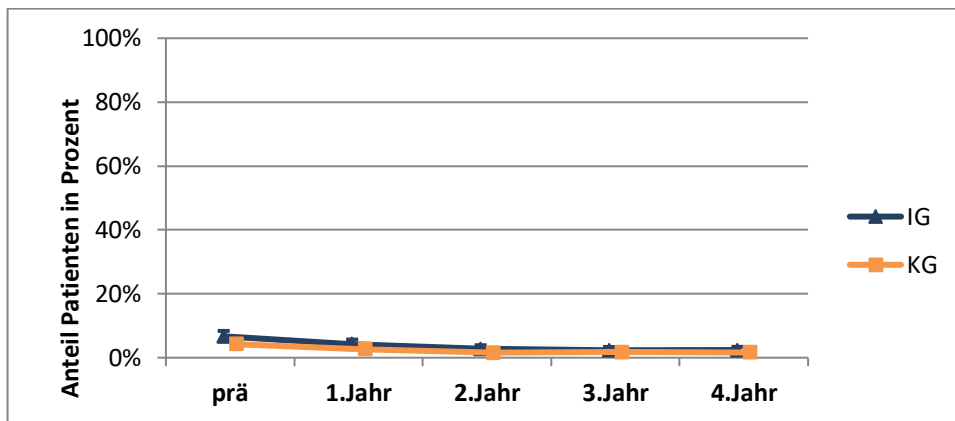
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



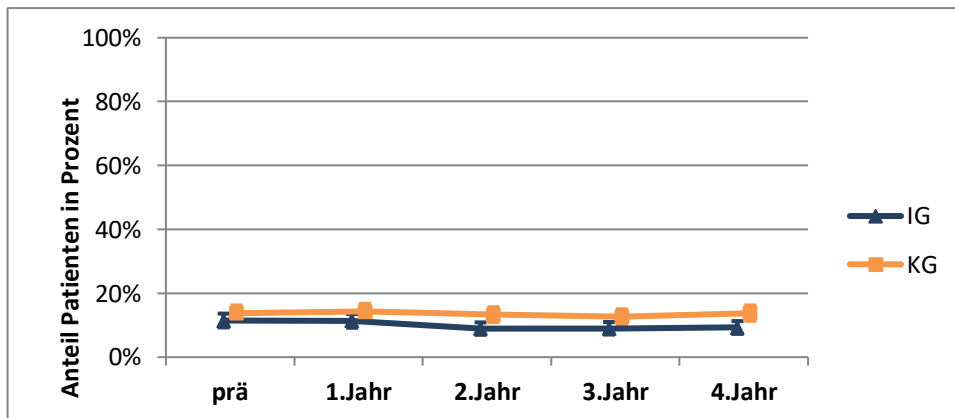
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

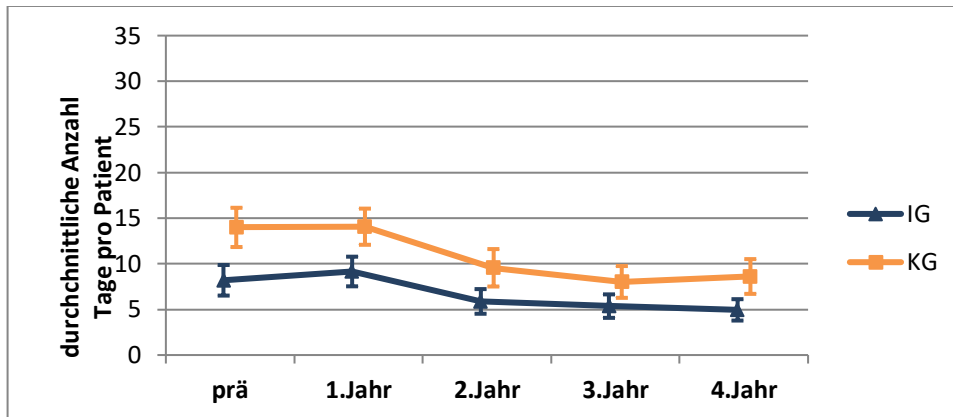


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

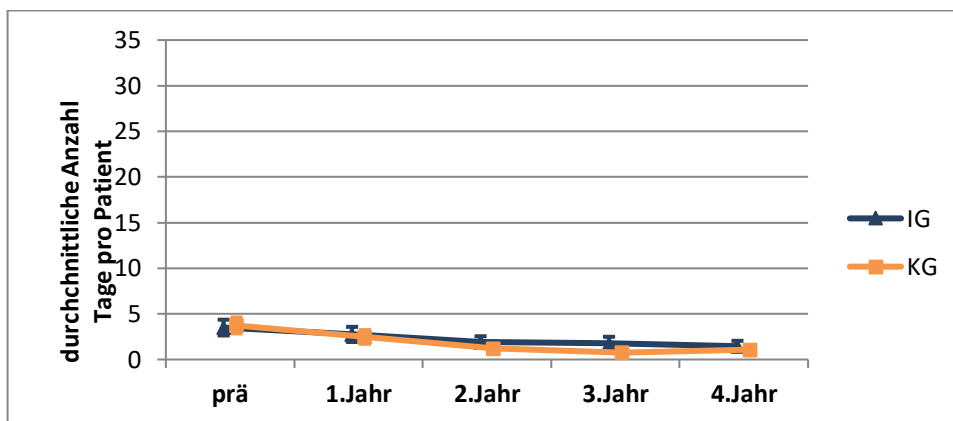


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

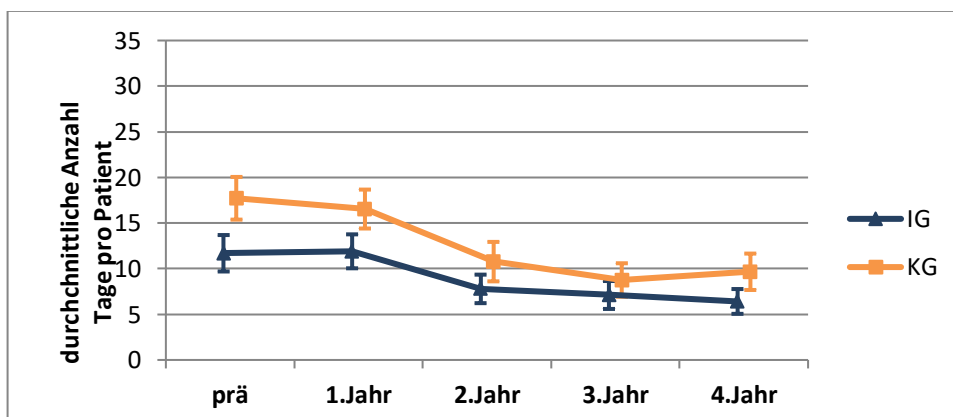
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



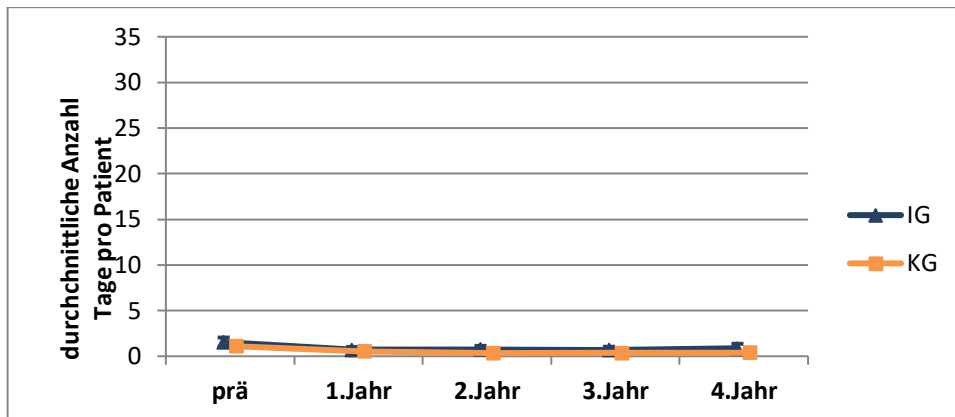
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

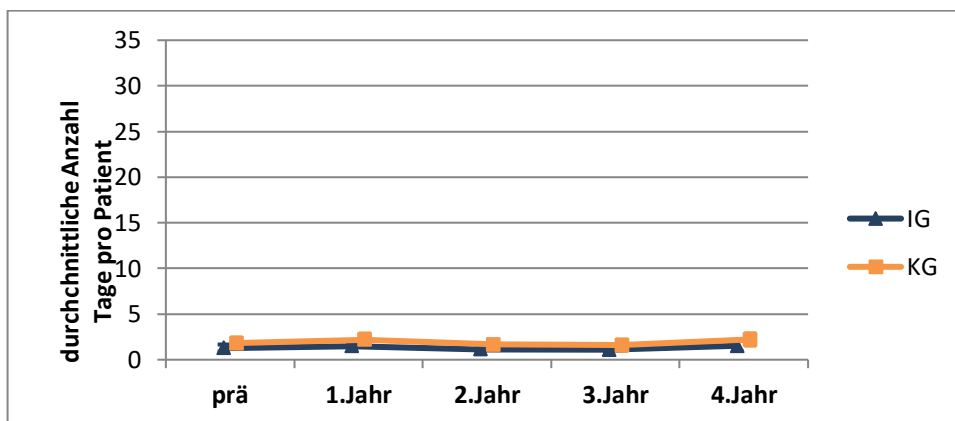


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,30 0,80...2,12	3,36 0,96...11,75	-2,94 -6,33...0,44	3,50*** 1,90...5,11
DID Jahr 2	1,00 0,59...1,68	1,26 0,32...4,97	-1,43 -4,82...1,96	-0,75 -2,36...0,85
DID Jahr 3	0,98 0,57...1,67	2,70 0,68...10,77	-0,95 -4,34...2,44	0,59 -1,02...2,19
DID Jahr 4	1,17 0,68...2,02	2,17 0,53...8,87	0,01 -3,38...3,40	-0,10 -1,71...1,50
DID Jahr 1-4	—	—	-1,33 -4,13...1,47	0,81 -0,49...2,11

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,22 0,87...1,72	1,05 0,63...1,75	0,89 -2,39...4,16	0,51 -0,85...1,86
DID Jahr 2	1,25 0,86...1,82	1,85* 1,05...3,27	2,20 -1,07...5,47	0,92 -0,43...2,28
DID Jahr 3	1,57* 1,07...2,31	1,99* 1,04...3,82	3,36* 0,09...6,64	1,22 -0,13...2,58
DID Jahr 4	1,55* 1,05...2,28	1,55 0,83...2,92	2,44 -0,83...5,72	0,70 -0,66...2,06
DID Jahr 1-4	—	—	2,22 -0,37...4,82	0,84 -0,24...1,91

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.149	2.149	2.149	2.149
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	9,3 %	67,3 %	9,0 %	56,0 %
	0,5 %	22,3 %	0,9 %	16,9 %
	9,4 %	80,9 %	9,4 %	66,1 %
	2,4 %	3,4 %	1,7 %	2,7 %
	10,9 %	11,2 %	11,6 %	13,4 %
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) 	2,3	19,9	2,8	21,4
	0,1	10,0	0,3	6,5
	2,4	29,8	3,1	27,9
	0,4	0,8	0,3	0,8
	1,3	1,6	1,5	2,0

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

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

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

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

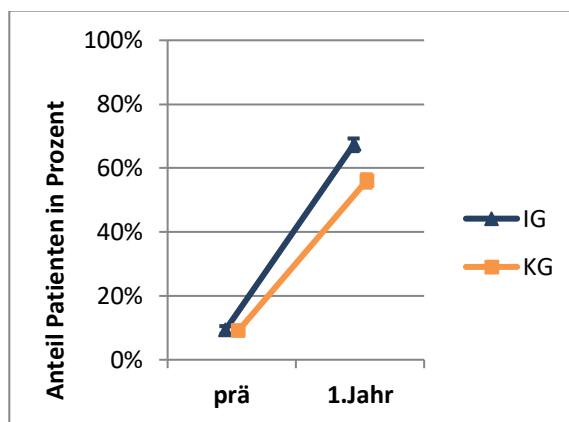
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

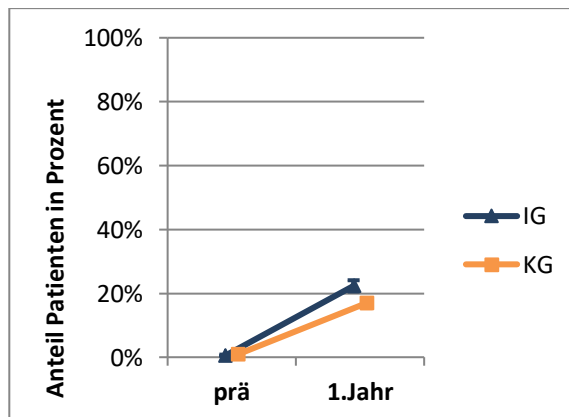
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

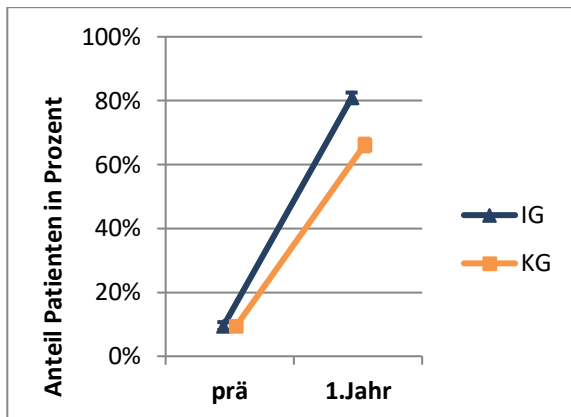
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



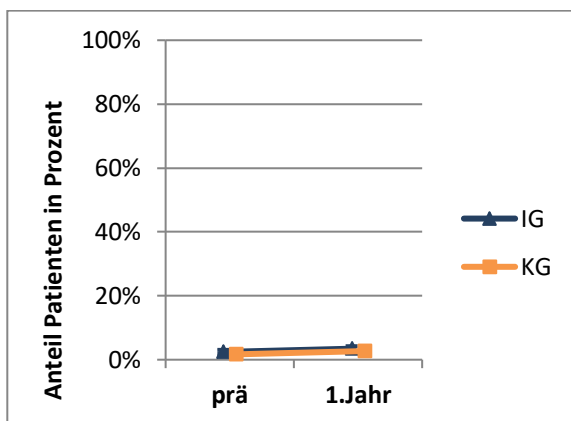
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



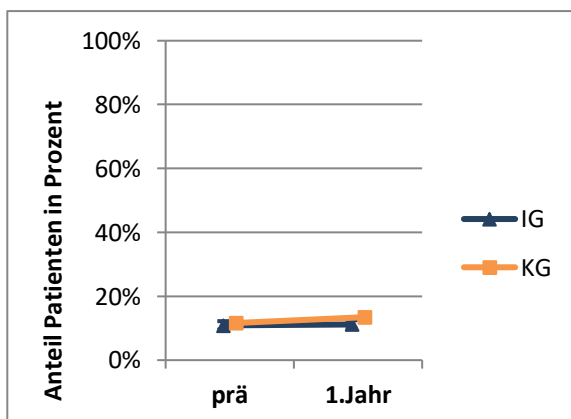
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

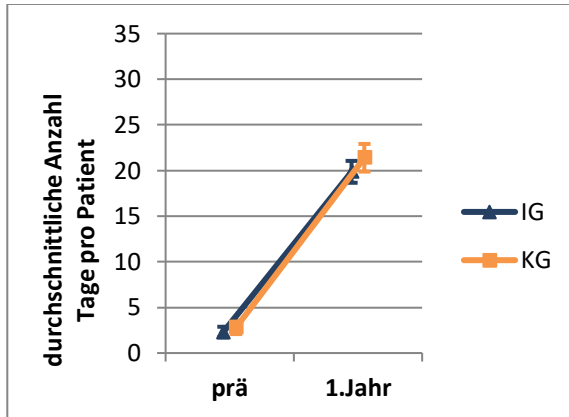


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

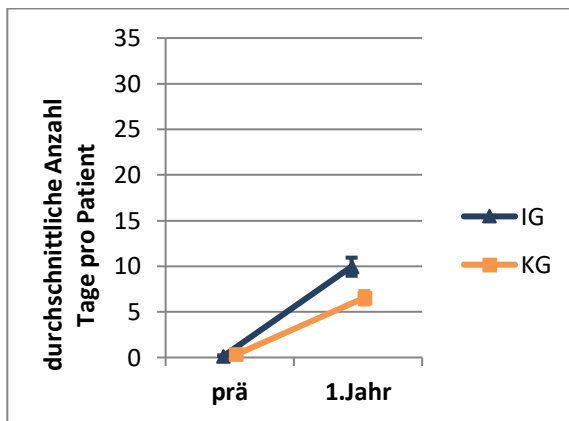


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

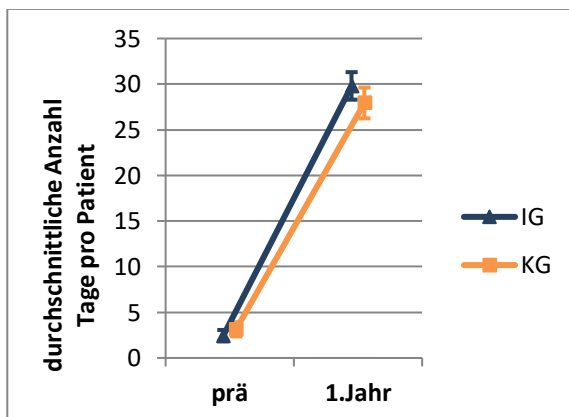
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



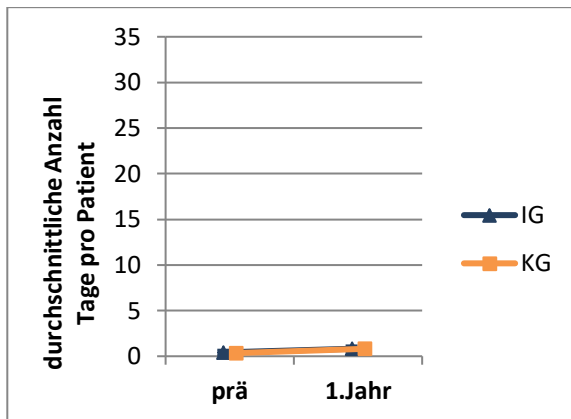
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



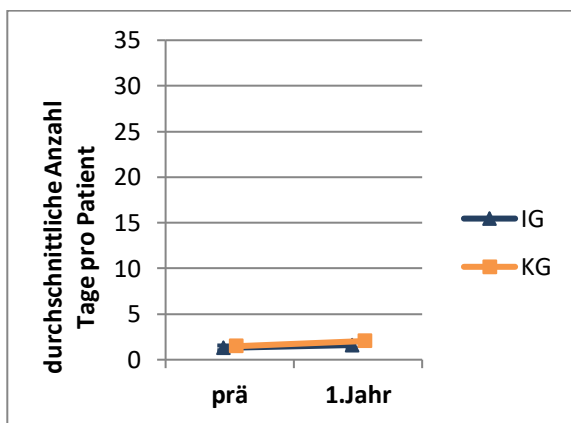
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,6 %	67,1 %	13,7 %	9,6 %	58,0 %	14,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,6 %	21,1 %	3,2 %	1,1 %	16,3 %	3,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,8 %	79,8 %	15,7 %	10,0 %	67,2 %	17,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,4 %	3,8 %	1,8 %	1,7 %	2,8 %	2,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,5 %	11,1 %	8,9 %	11,8 %	13,7 %	10,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,7	19,8	4,1	3,1	22,7	6,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	9,0	1,1	0,4	6,1	1,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,9	28,8	5,3	3,5	28,9	7,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	0,9	0,4	0,3	0,9	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,6	1,4	1,5	2,0	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

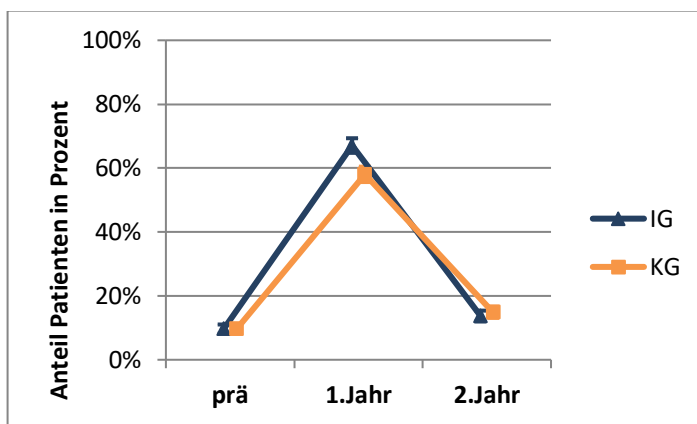
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

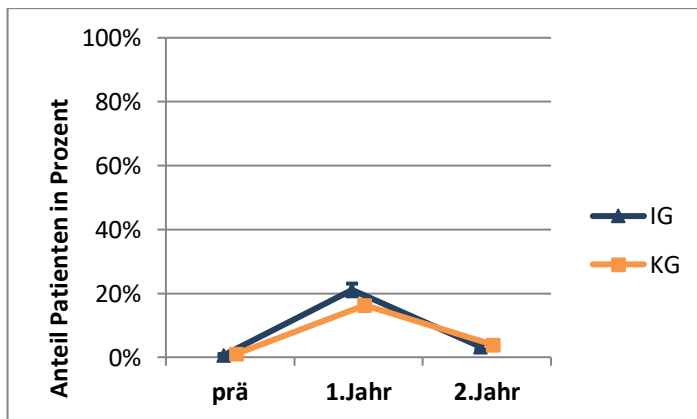
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

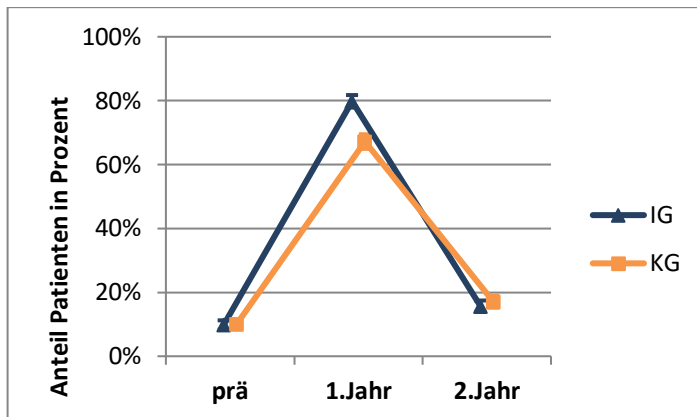
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



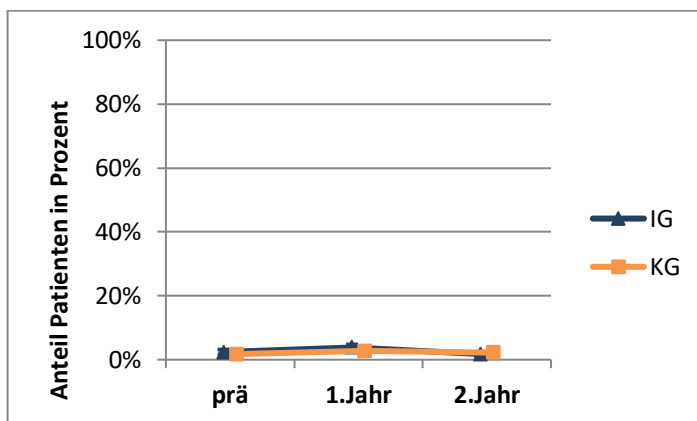
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



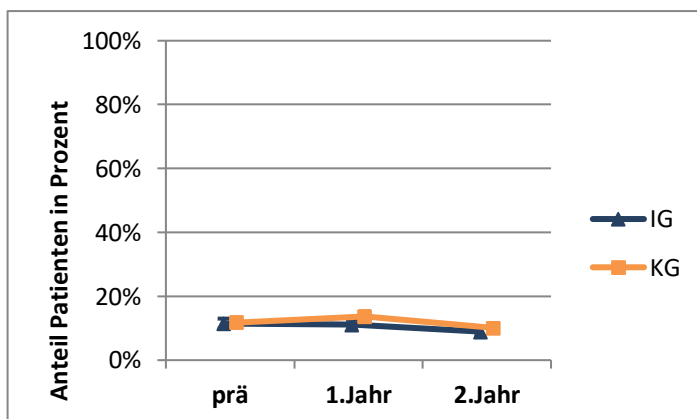
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

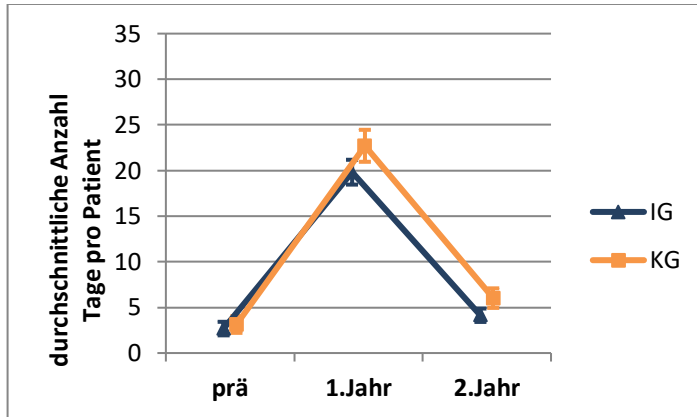


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

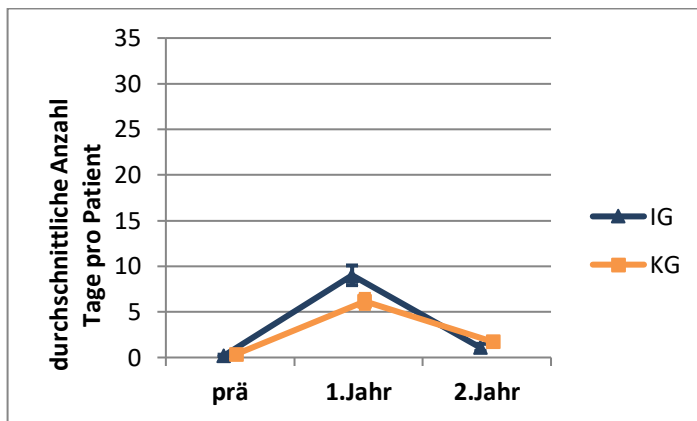


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

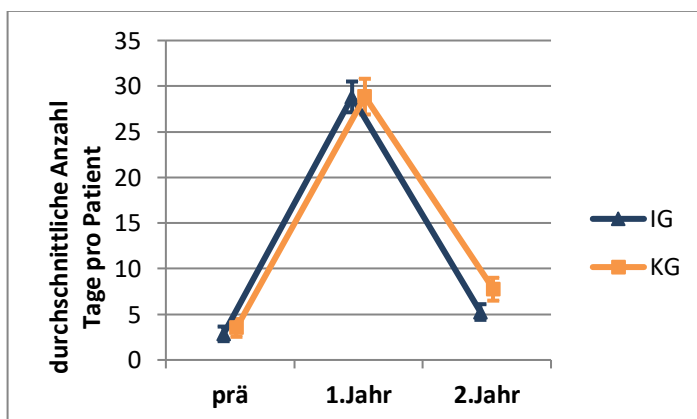
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



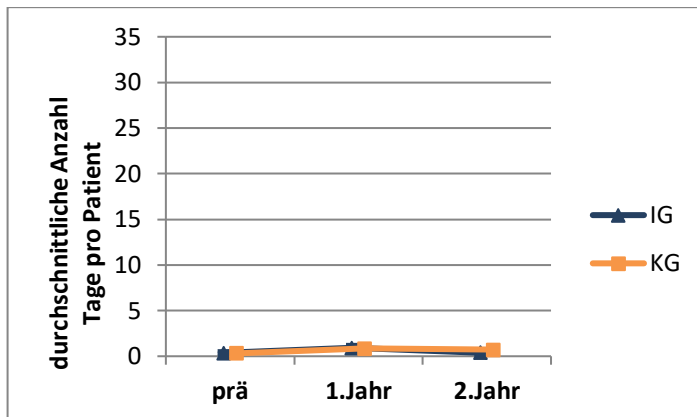
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

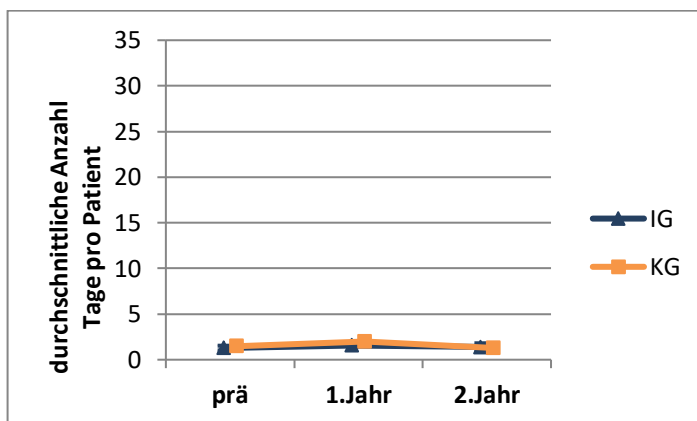


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,09 0,80...1,48	2,45* 1,09...5,51	-2,43* -4,64...-0,23	3,06*** 1,84...4,27
DID Jahr 2	0,87 0,63...1,20	1,44 0,60...3,46	-1,38 -3,59...0,83	-0,41 -1,63...0,80

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)	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.069
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,9 %	67,0 %	14,8 %	11,0 %	9,7 %	59,8 %	16,1 %	12,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,5 %	20,6 %	3,2 %	3,6 %	0,9 %	15,1 %	4,2 %	3,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,1 %	79,4 %	16,6 %	13,5 %	10,1 %	68,3 %	18,4 %	14,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,9 %	4,1 %	1,8 %	1,6 %	1,6 %	2,2 %	2,8 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,8 %	11,7 %	8,9 %	7,8 %	11,4 %	13,3 %	9,7 %	10,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,9	19,7	4,4	4,0	3,1	22,5	6,2	4,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	8,0	1,2	1,3	0,2	5,4	1,9	1,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,0	27,7	5,7	5,3	3,4	27,9	8,1	6,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,5	1,0	0,4	0,3	0,3	0,6	0,8	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,6	1,3	1,1	1,5	2,0	1,2	1,5

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)	911	911	900	891	909	909	897	881
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	21,3 %	27,0 %	15,2 %	14,0 %	29,2 %	33,2 %	20,1 %	16,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	9,0 %	7,6 %	6,4 %	4,6 %	9,0 %	7,3 %	3,5 %	2,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	26,2 %	31,1 %	18,7 %	16,3 %	34,1 %	37,5 %	21,9 %	17,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,7 %	4,6 %	3,1 %	2,6 %	5,1 %	3,2 %	2,1 %	2,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,4 %	11,2 %	8,7 %	8,8 %	13,4 %	14,2 %	13,3 %	12,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	7,9	9,5	5,7	5,4	13,0	15,0	9,4	7,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	3,4	2,8	1,9	1,7	3,5	2,5	1,1	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	11,2	12,3	7,6	7,1	16,5	17,5	10,5	8,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,8	0,8	0,8	0,7	1,4	0,8	0,4	0,4

<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,3	1,4	1,2	1,1	1,7	2,1	1,6	1,5
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

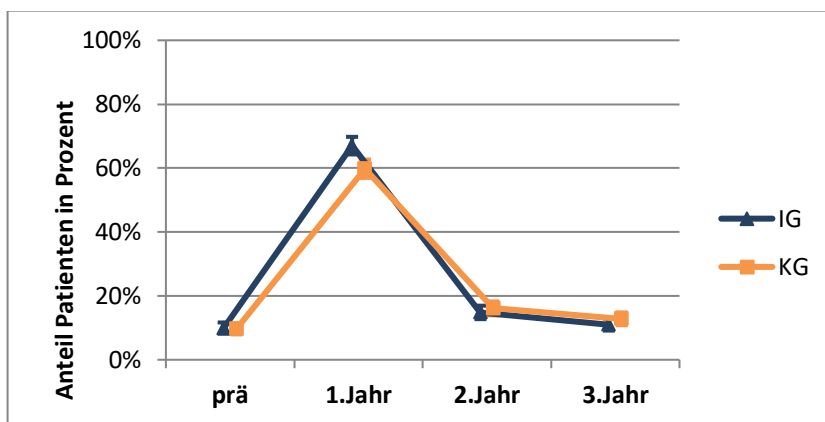
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

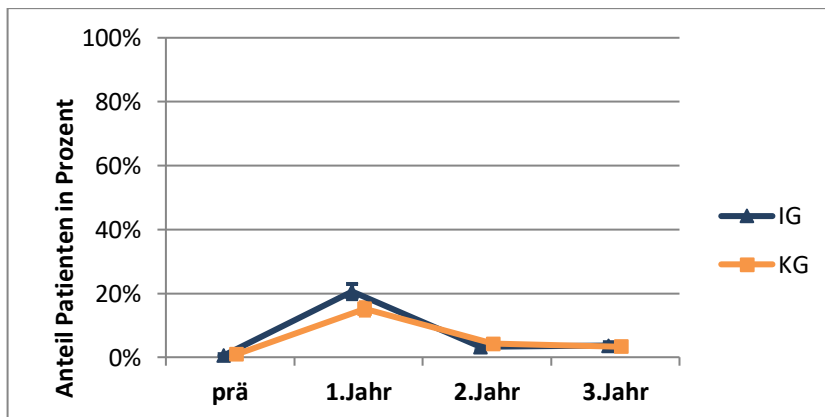
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

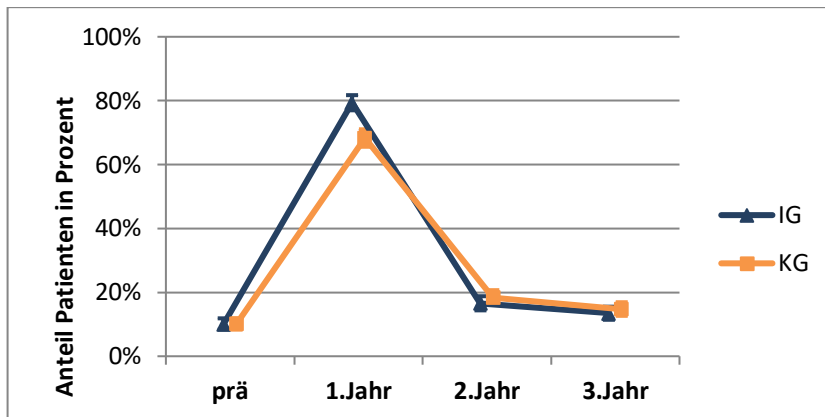
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



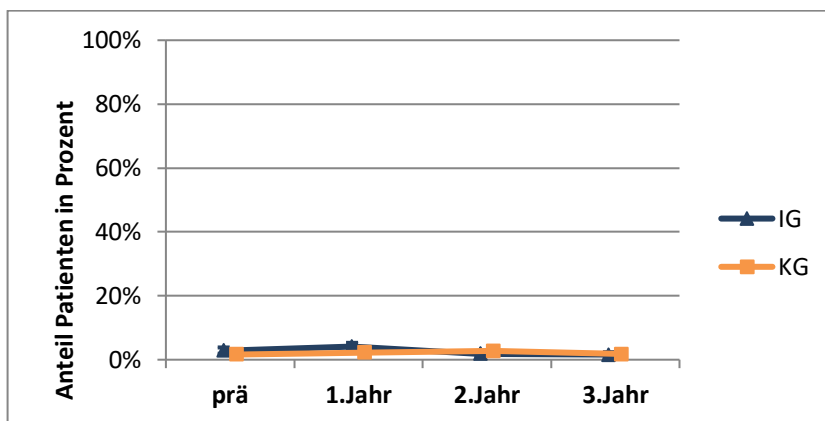
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



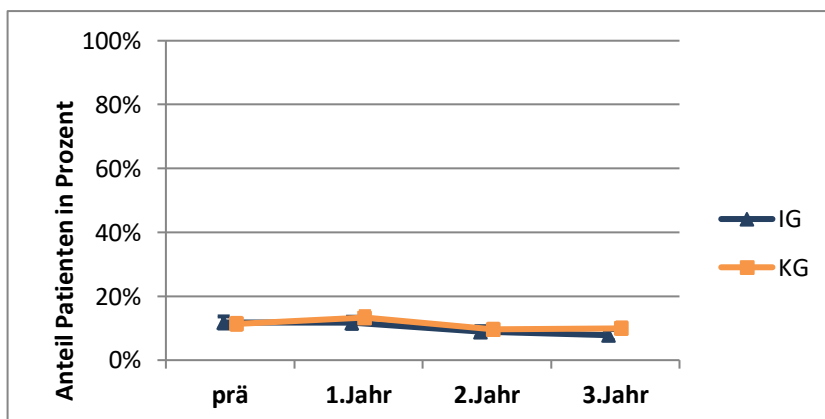
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

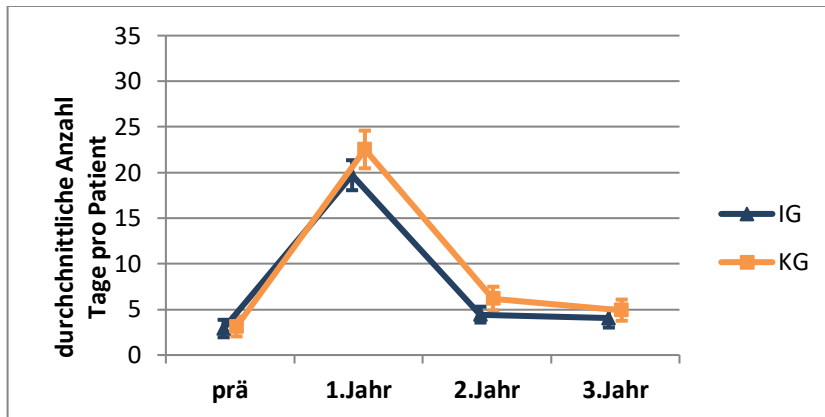


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

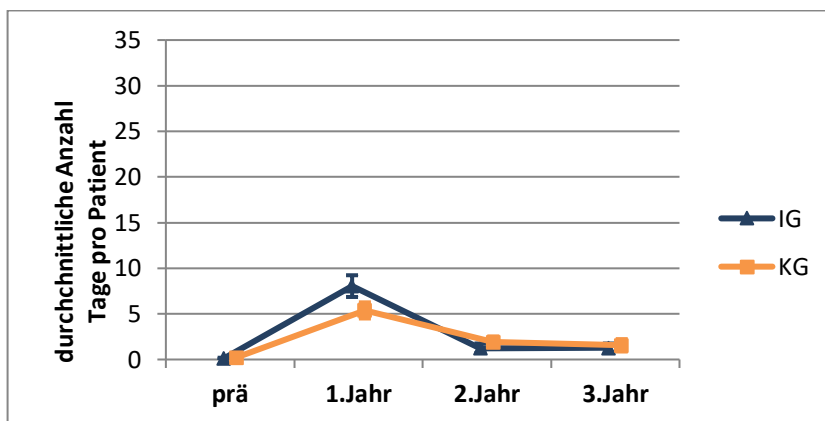


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

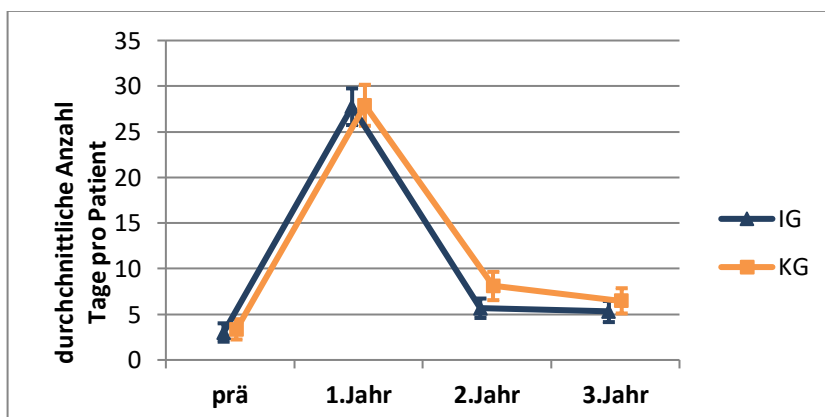
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



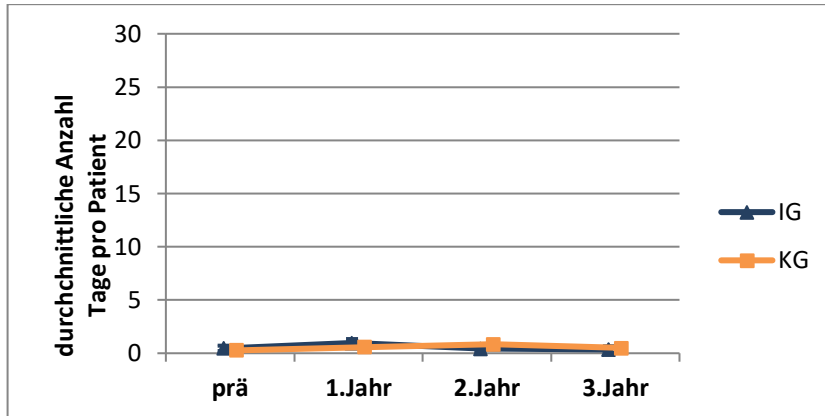
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



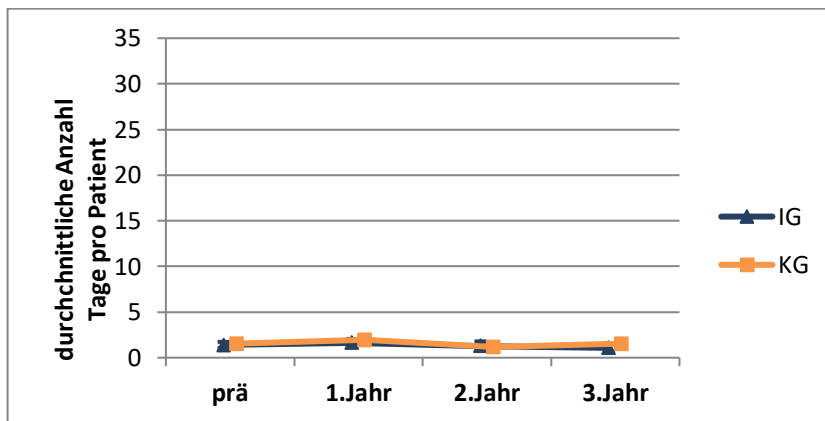
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Klinikbekannte Patienten

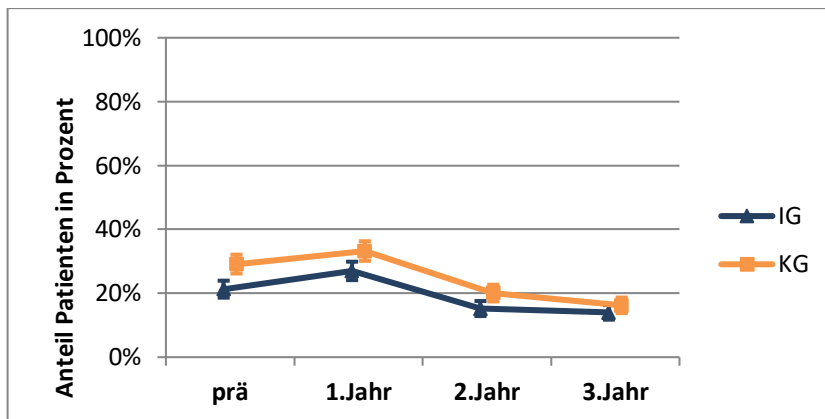
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

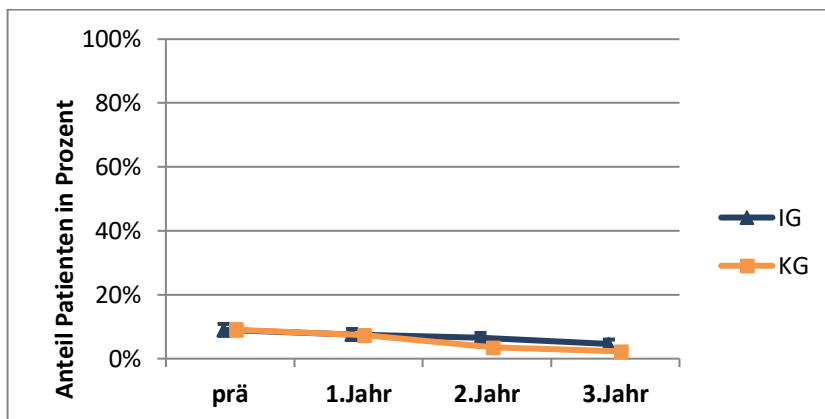
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

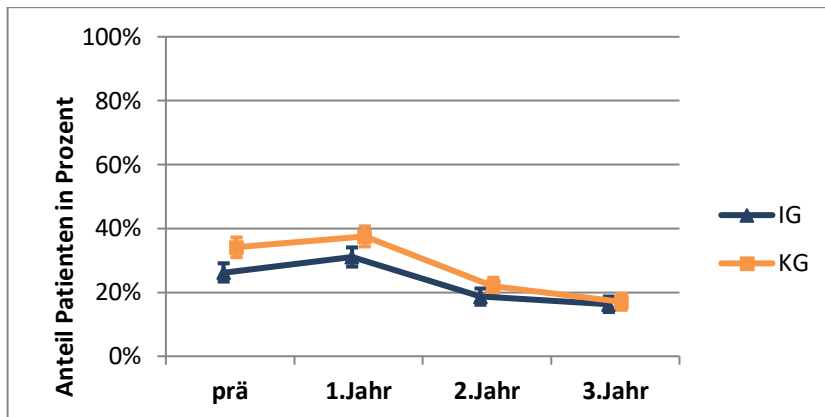
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



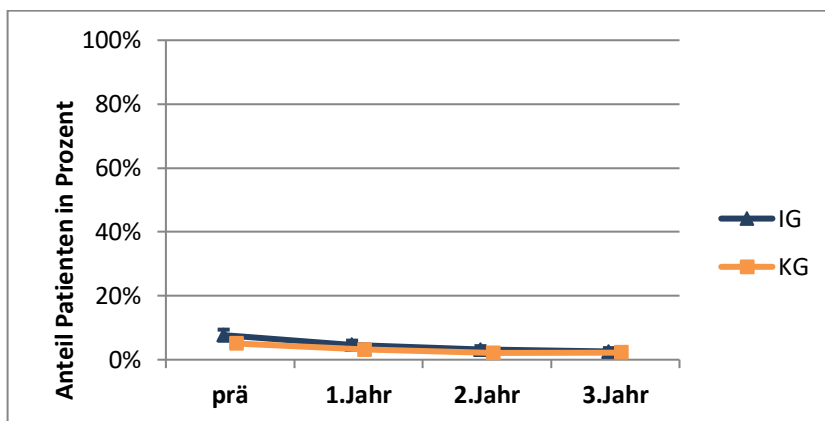
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



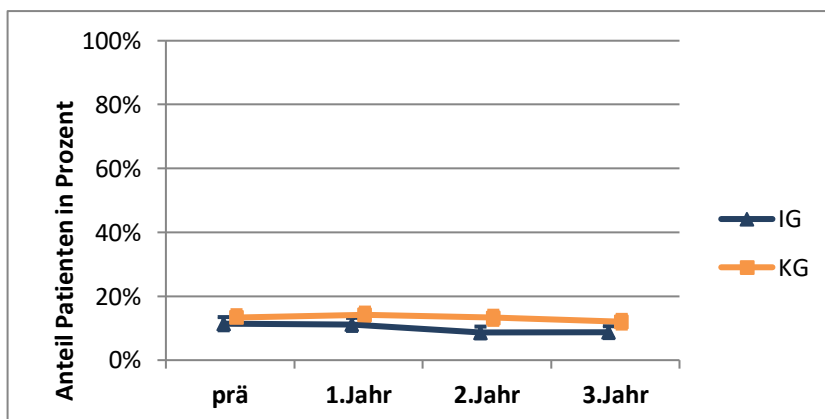
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

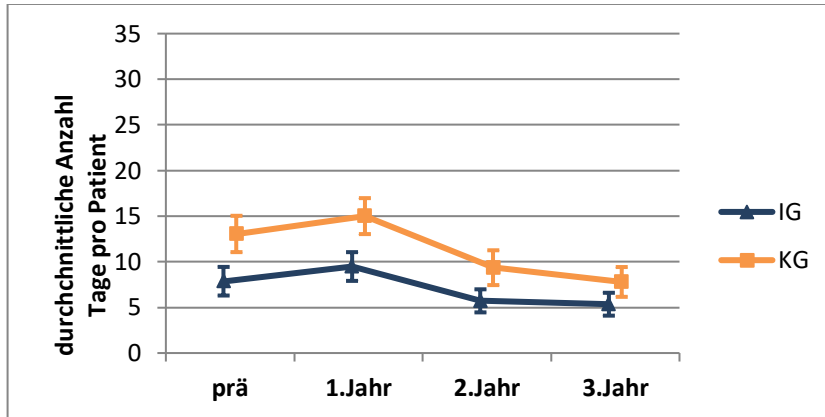


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

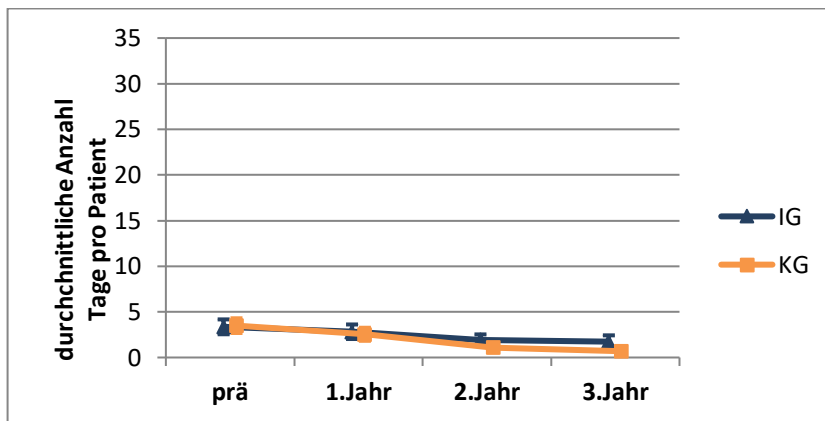


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

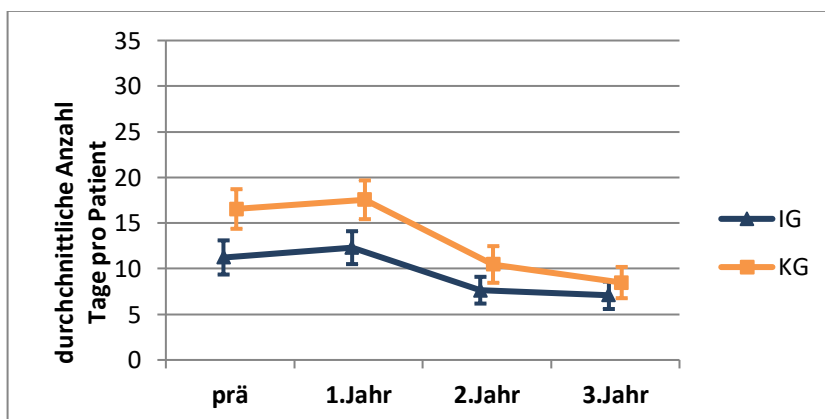
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



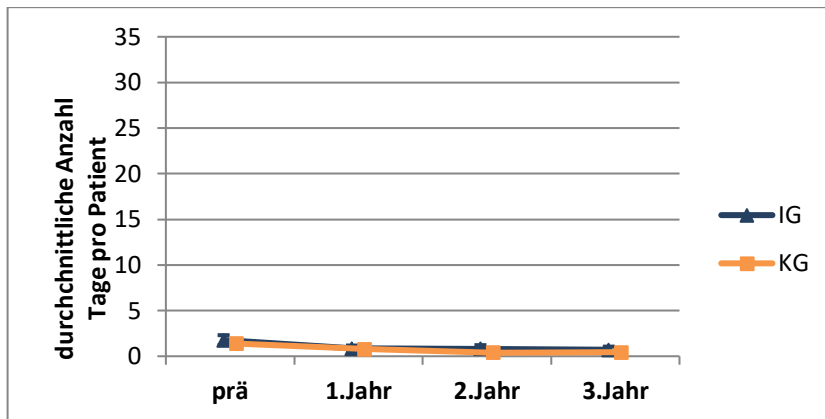
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



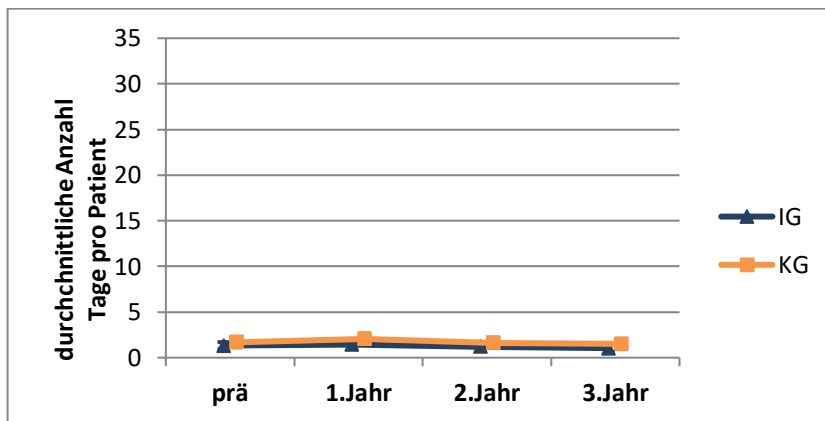
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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.

Patienten von Krankenkassen, von denen keine Kontakte in der PIA zur Verfügung standen (vor 2013), wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten über die Beobachtungszeit stets geringere durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: -1,7; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,6; 4. Jahr: -0,4 PIA-Kontakte). Dabei war der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 1,7 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich für Patienten der IG und KG vergleichbare Verläufe auf vergleichbarem Niveau. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren nicht ersichtlich.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch lag die IG im Niveau stets über der KG (prä: +2,5; 1. Jahr: +2,2; 2. Jahr: +2,1; 3. Jahr: +2,3; 4. Jahr: +1,4 Kontakte). Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, sind statistisch signifikante Unterschiede (Vergleich mit Jahr vor Referenzfall) nicht vorhanden. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf mit stets höherer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: +1,8; 1. Jahr: +1,6; 2. Jahr: +2,6; 3. Jahr: +1,0; 4. Jahr: +0,6 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede 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 ein weniger starker Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der

KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +2,4 Kontakte; KG: +4,2 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG und der KG gleich an (IG: +1,2 Kontakte; KG: +1,2 Kontakte), wies die IG in beiden betrachteten Jahren um 2,3 bzw. 2,2 höhere Kontakte als die KG auf.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein weniger starker Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = -1,64). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG, blieb jedoch in der IG geringer.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an, sank danach wieder leicht und war in der IG stets größer als in der KG (prä: +2,8; 1. Jahr: +2,6; 2. Jahr: +2,3 ambulante Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wider. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG weniger stark als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG etwas geringer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall war die PIA-Inanspruchnahme in der IG größer als in der KG (prä: -0,2; 1. Jahr: -0,5; 2. Jahr: +1,4; 3. Jahr: +0,5 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu U1, in der IG stets größer als in der KG. Verläufe waren auch hier relativ parallel. Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hier auch ein vergleichbarer Verlauf mit stets höherer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: +1,8; 1. Jahr: +1,4; 2. Jahr: +2,2; 3. Jahr: +0,8 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)	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	0	562	546	529	519	0	567	549	544	532
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	547	561	532	512	499	551	557	535	529	514
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	2,6	2,1	1,9	1,9	–*	4,3	2,4	2,5	2,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,6	5,2	5,3	4,8	3,7	2,1	3,0	3,1	2,5	2,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,8	17,7	15,5	14,2	12,2	10,3	14,3	12,1	12,8	10,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	–*	0,0	0,0	0,0	0,0	–*	0,1	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,5	0,4	0,3	0,4	1,1	0,5	0,4	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	0	837	828	819	808	0	831	819	805	791
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	829	827	819	809	797	822	821	807	787	776
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	7,7	8,6	7,4	7,5	–*	8,3	7,3	7,1	7,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	3,6	3,4	4,2	2,7	2,4	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7

• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	17,5	18,6	17,6	17,6	17,4	16,0	14,4	15,1	16,4	15,5
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	–*	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,3	0,9	1,3	0,9	0,5	1,0	0,7	0,6	0,8	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,6
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	10,0	10,8	8,1	9,1	11,9	6,9	8,1	7,4	9,8	11,5

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

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

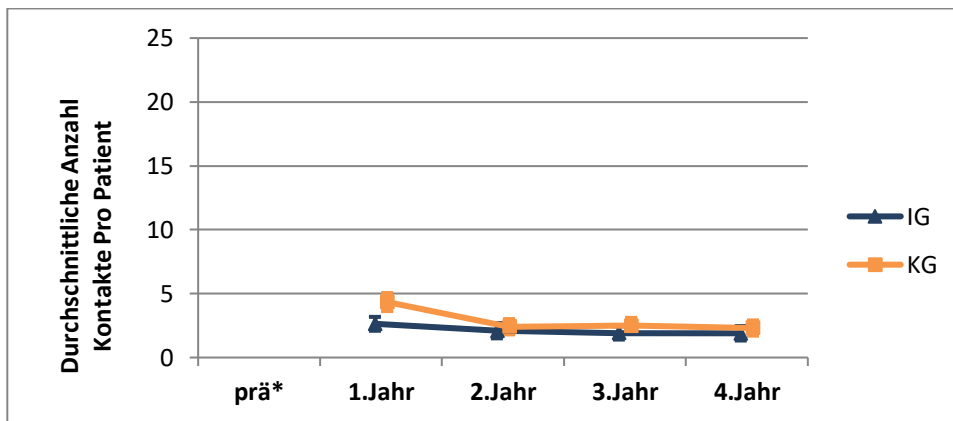
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

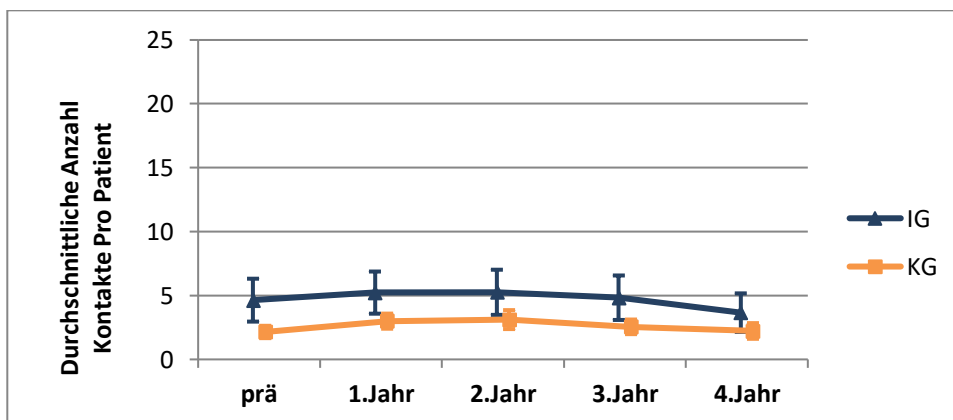
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

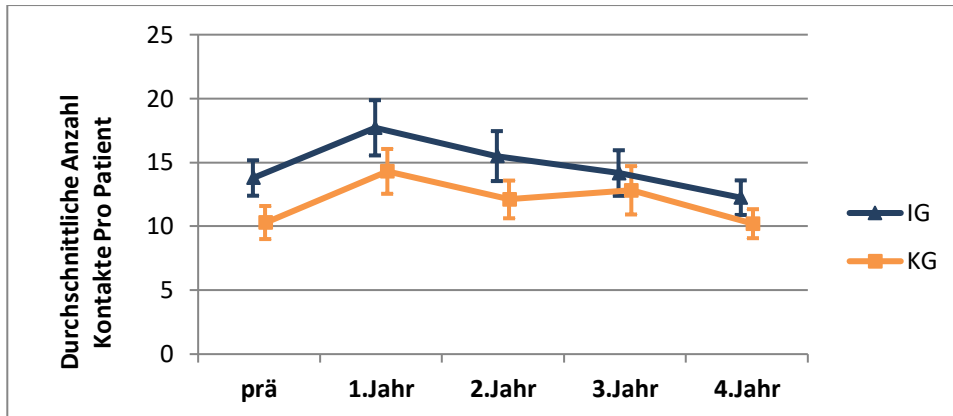


* Da in der Präzeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

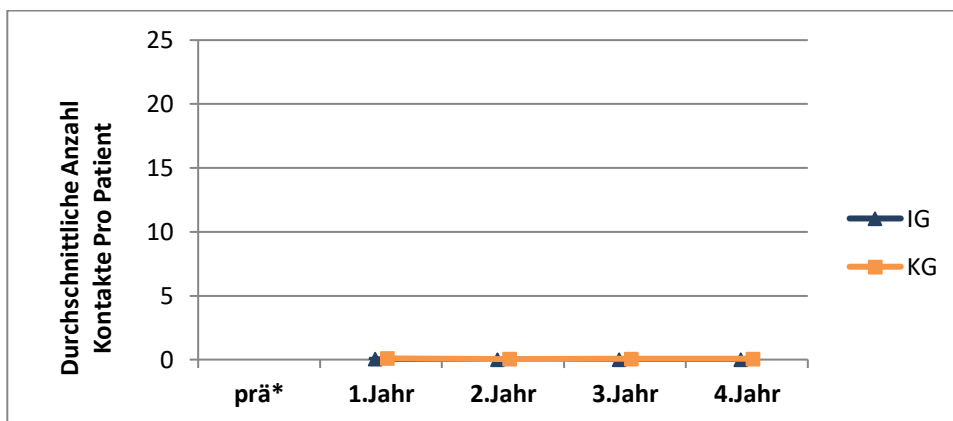


- bei anderen Vertragsärzten (E)



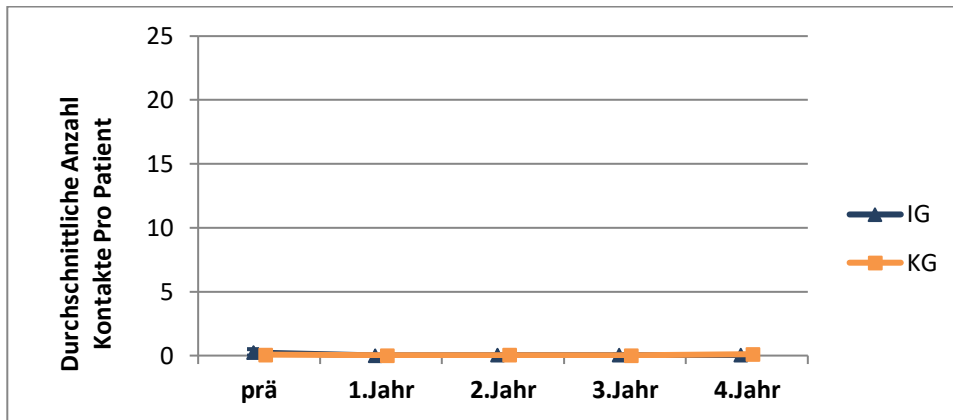
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*

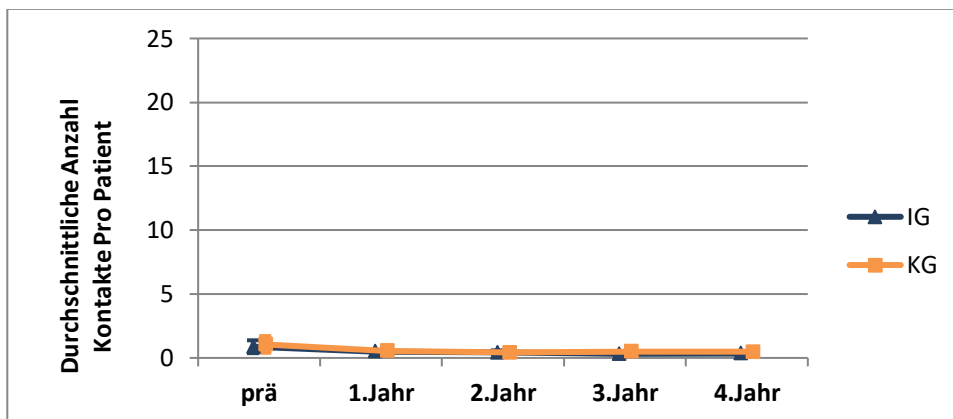


* Da in der Präzeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

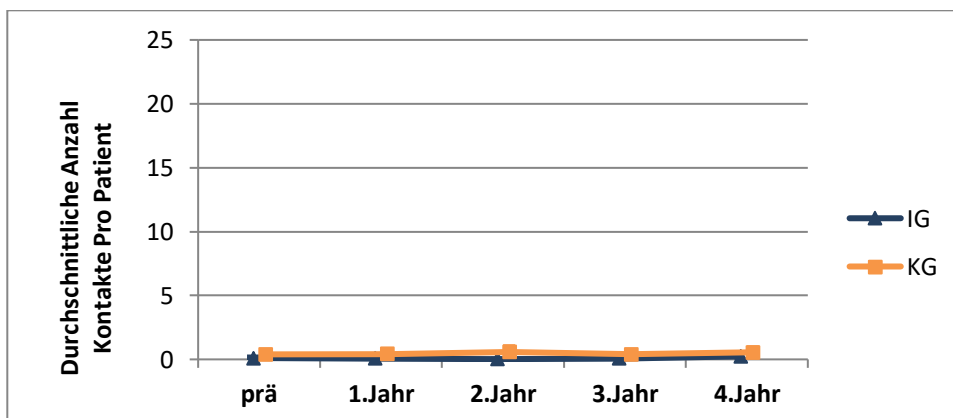


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

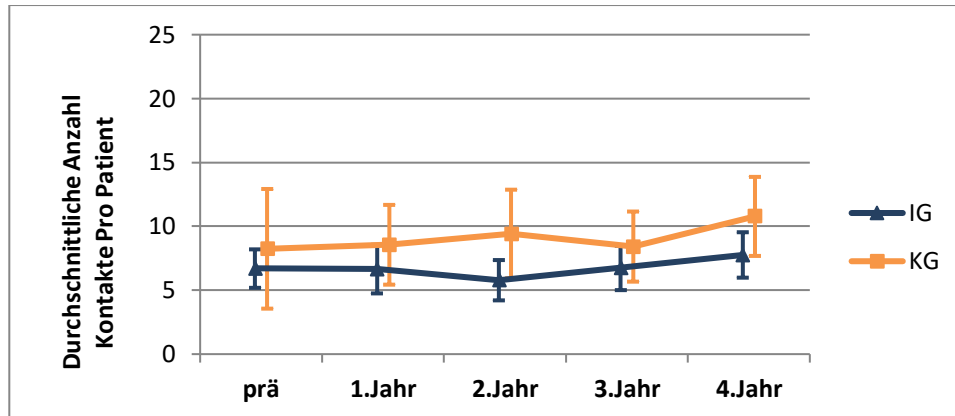


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



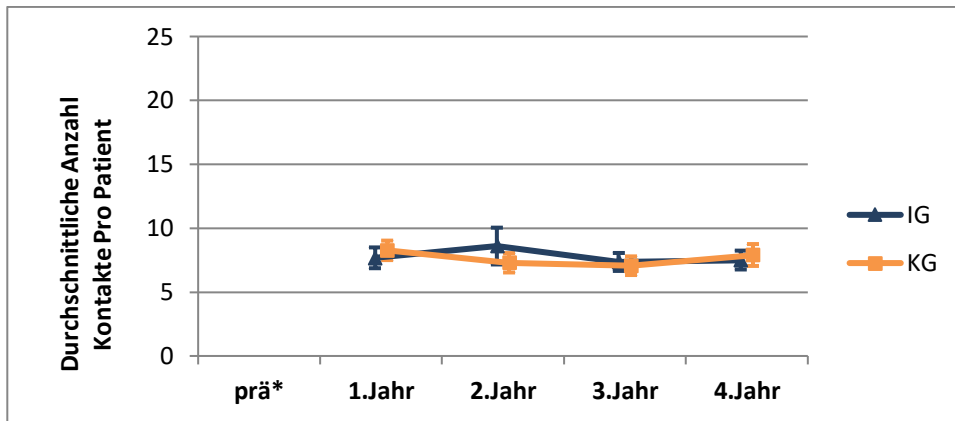
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

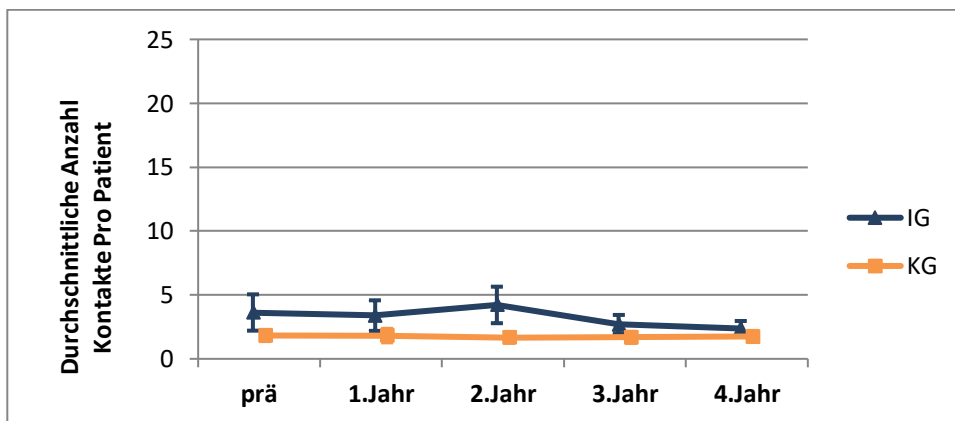
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

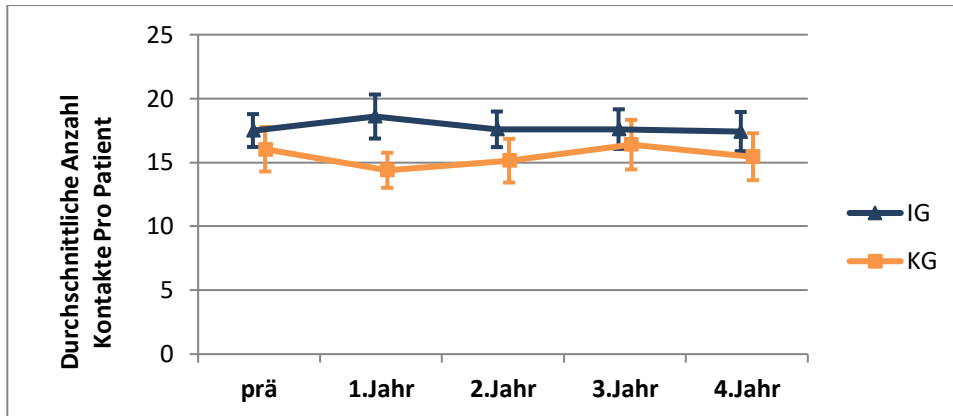


* Da in der Präzeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

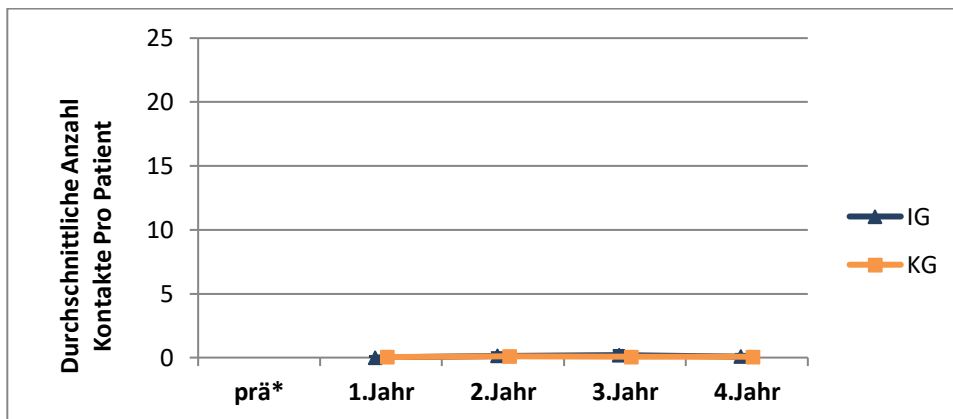


- bei anderen Vertragsärzten (E)



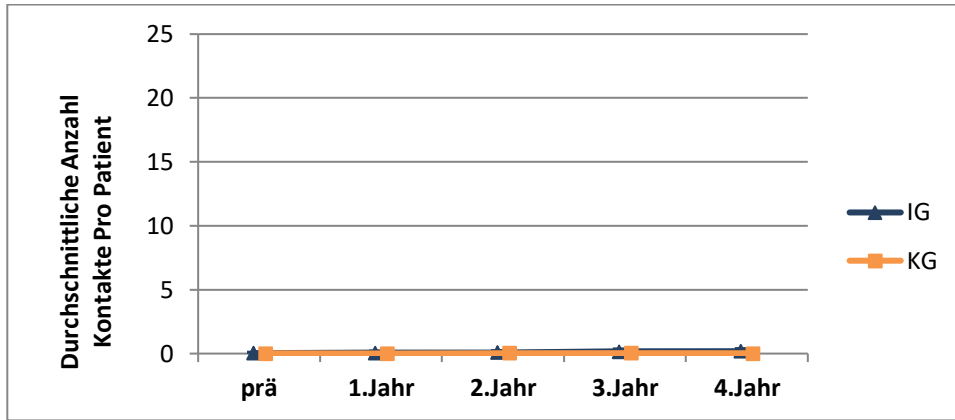
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*

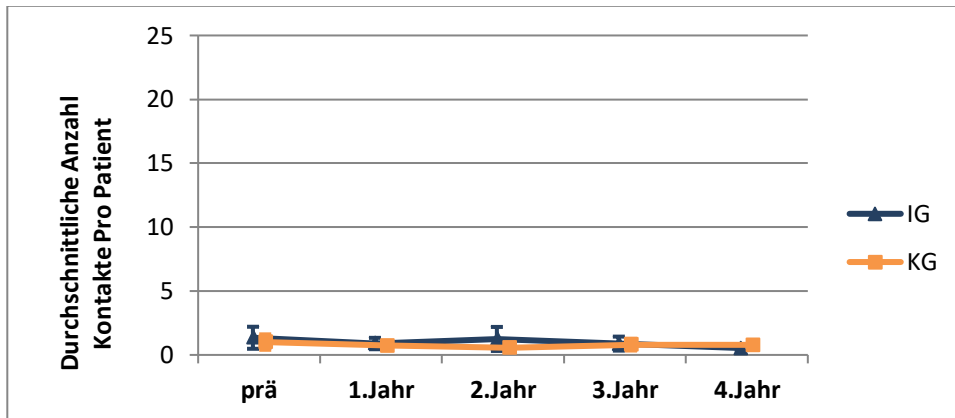


* Da in der Präzeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

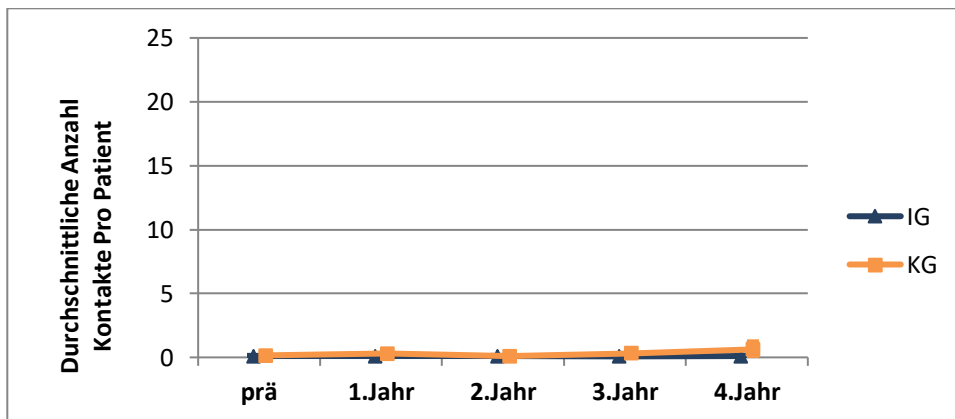


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

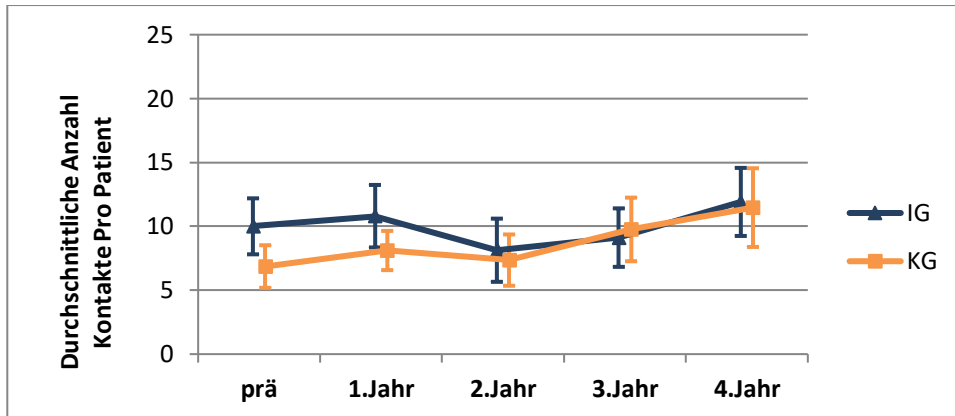


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,70** -2,71...-0,69	-0,26 -2,63...2,12	-0,08 -3,14...2,99
DID Jahr 2	-0,30 -1,31...0,71	-0,40 -2,78...1,98	-0,15 -3,22...2,92
DID Jahr 3	-0,59 -1,60...0,42	-0,39 -2,77...1,99	-2,45 -5,51...0,62
DID Jahr 4	-0,42 -1,43...0,60	-1,20 -3,57...1,18	-1,76 -4,82...1,31

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,59 -2,12...0,95	-0,24 -1,92...1,45	2,74 -0,28...5,77
DID Jahr 2	1,32 -0,22...2,86	0,75 -0,93...2,44	1,05 -1,98...4,08
DID Jahr 3	0,36 -1,18...1,89	-0,77 -2,45...0,92	-0,06 -3,09...2,97
DID Jahr 4	-0,27 -1,81...1,26	-1,17 -2,85...0,51	0,65 -2,38...3,68

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.149	2.149	2.149	2.149
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.553	2.149	1.553	2.149
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.102	2.118	2.086	2.109
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,5	0,1	4,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,5	5,6	2,2	3,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,1	16,8	10,6	13,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,2	0,7	0,9	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,2	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,7	6,2	7,5	8,2

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

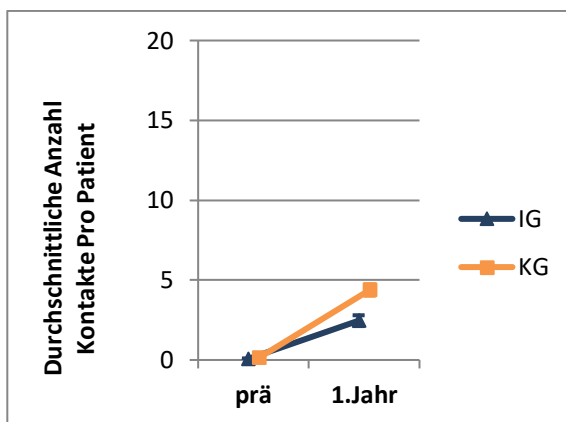
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

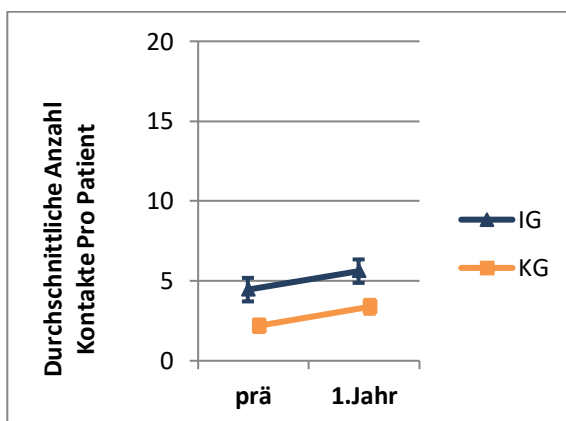
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

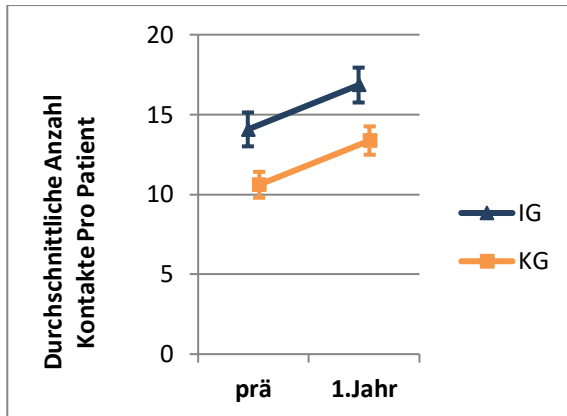
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

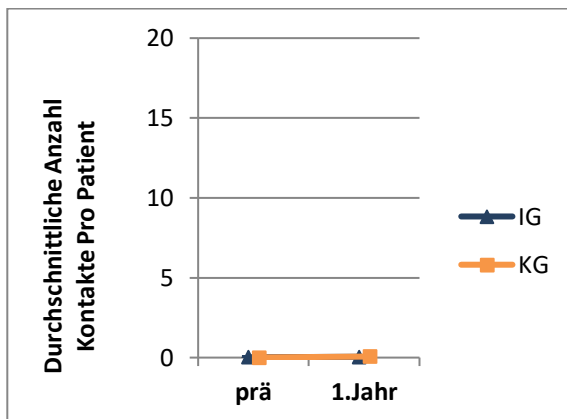


- bei anderen Vertragsärzten (E)

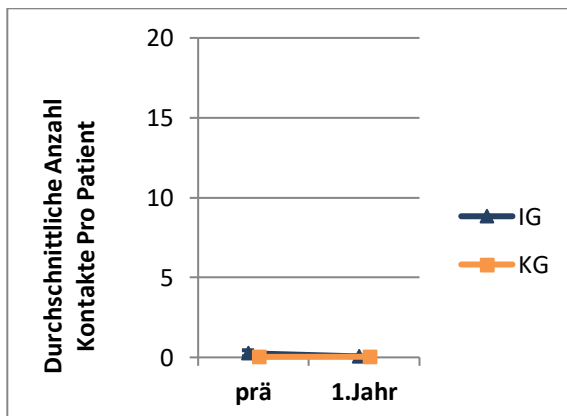


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

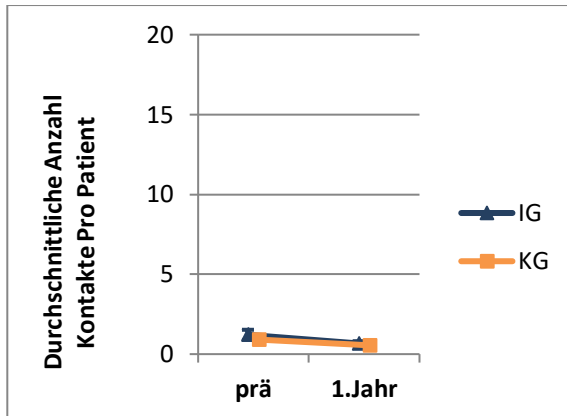
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

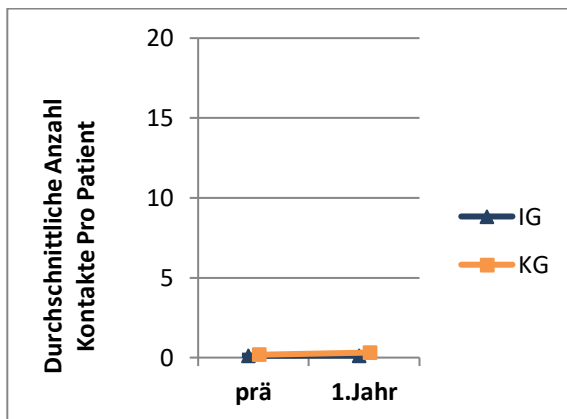


- bei anderen Vertragsärzten (F)

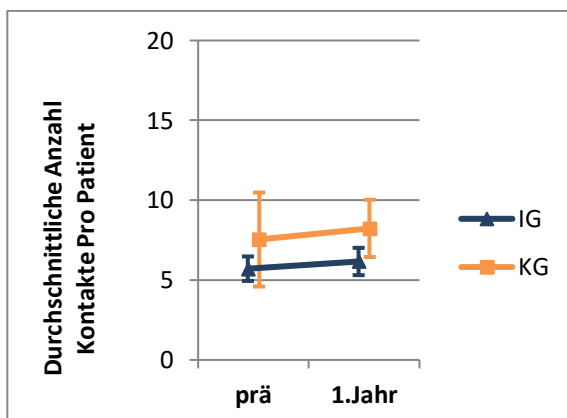


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



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

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.036	1.624	1.578	1.027	1.616	1.574
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.590	1.610	1.528	1.572	1.588	1.517
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,5	2,0	0,2	4,2	2,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	5,0	6,1	5,5	2,2	3,5	3,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,0	17,2	15,3	10,6	13,7	11,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,2	0,7	0,6	1,0	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,6	6,0	6,7	6,5	7,7	8,0
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

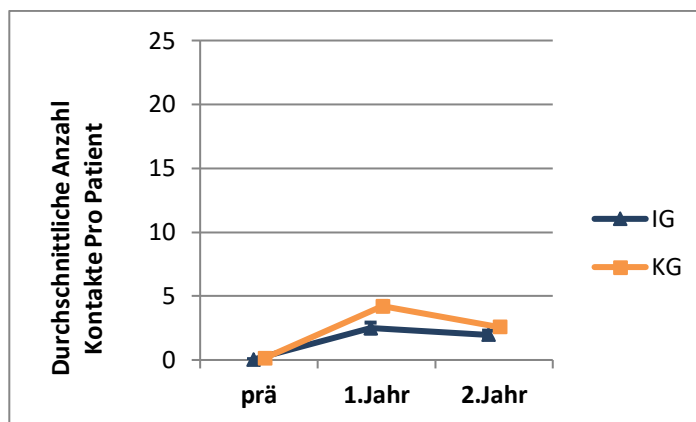
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

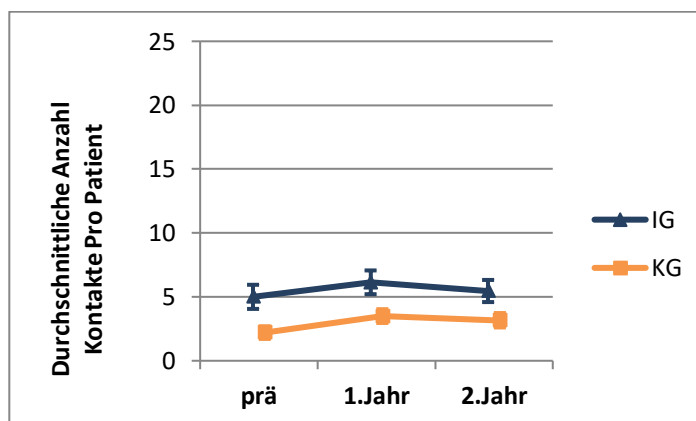
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

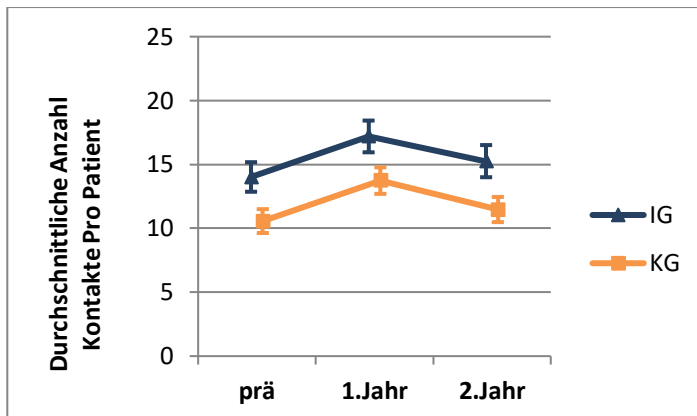
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

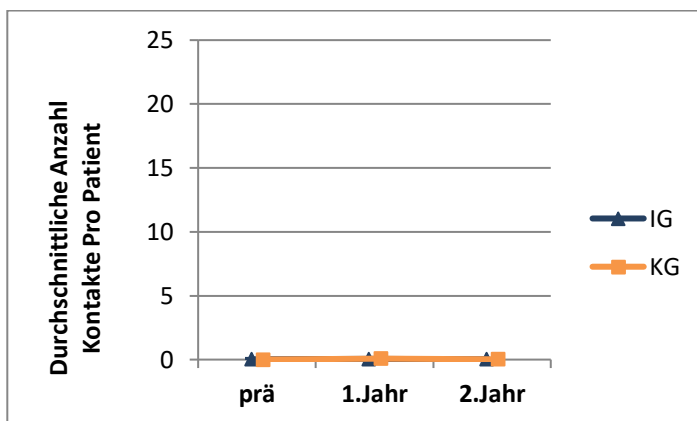


- bei anderen Vertragsärzten (E)

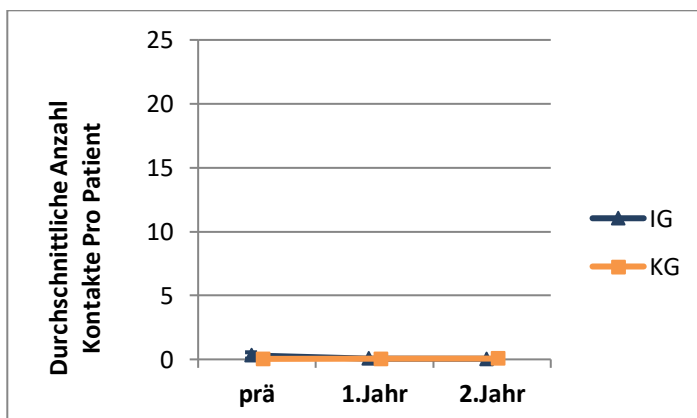


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

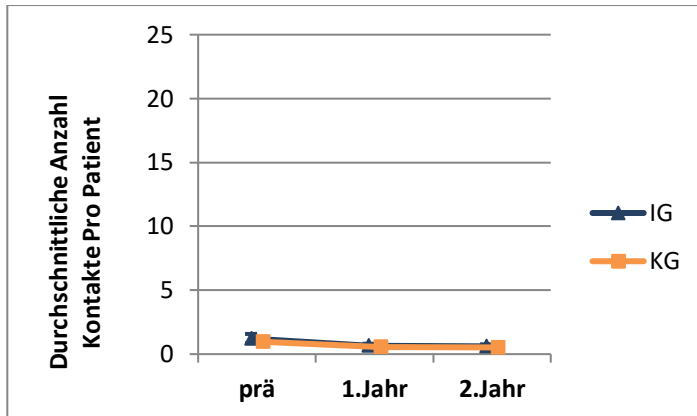
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

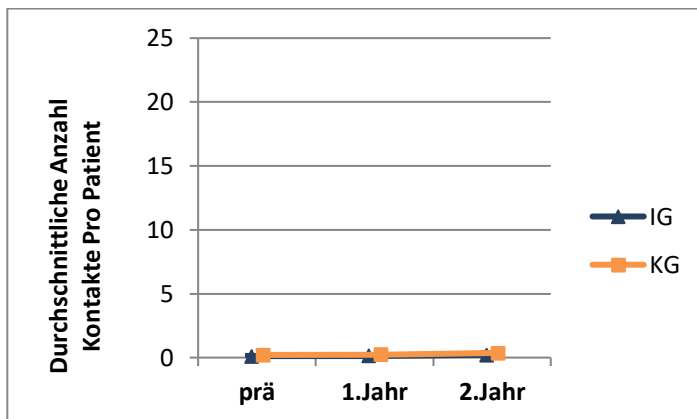


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

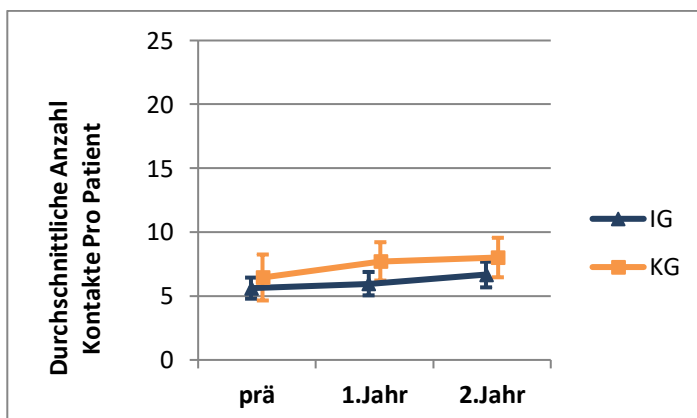


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,64*** -2,25...-1,02	-0,16 -1,60...1,29	0,01 -2,08...2,09
DID Jahr 2	-0,51 -1,13...0,10	-0,58 -2,03...0,86	0,20 -1,89...2,28

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

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

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

Tabelle 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)	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.069
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	543	1.119	1.086	1.062	538	1.117	1.088	1.069
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.095	1.113	1.059	1.025	1.091	1.100	1.050	1.031
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,7	2,2	2,2	0,1	4,1	2,5	2,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	5,0	6,3	5,8	4,9	2,3	3,5	3,3	2,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,2	17,5	15,7	14,5	11,0	14,1	11,9	12,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,1	0,6	0,6	0,4	1,0	0,5	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								

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

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 Labormedizinerinnen (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)	911	911	900	891	909	909	897	881
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	63	911	900	891	66	909	897	881
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	902	901	889	880	900	899	884	859
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	7,5	8,2	7,2	0,4	8,0	6,9	6,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,1	3,8	4,5	3,0	2,2	2,4	2,3	2,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	17,3	18,6	17,8	17,6	17,3	15,9	16,6	16,8

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

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

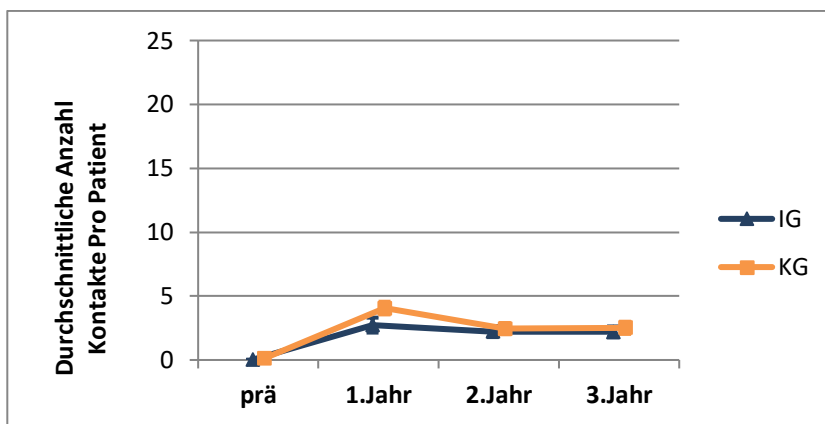
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

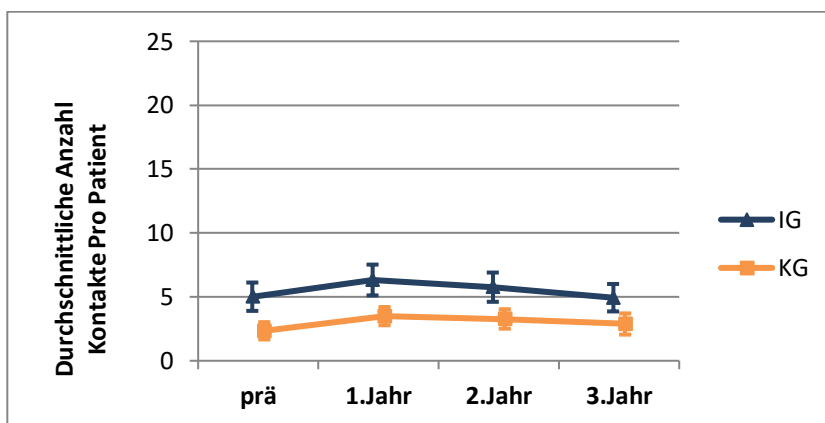
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

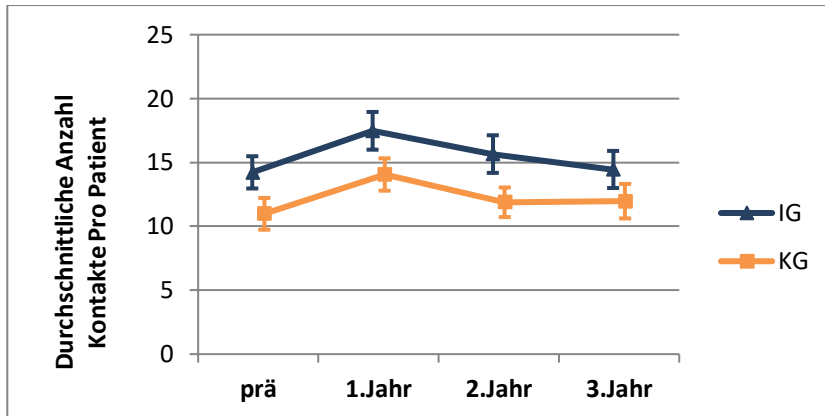
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

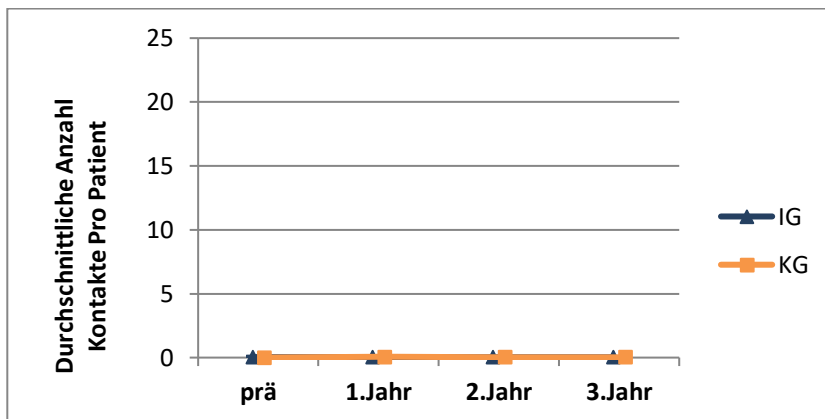


- bei anderen Vertragsärzten (E)

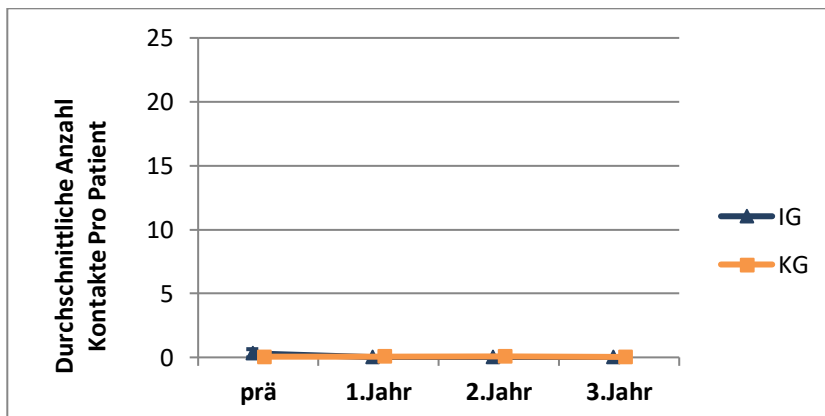


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

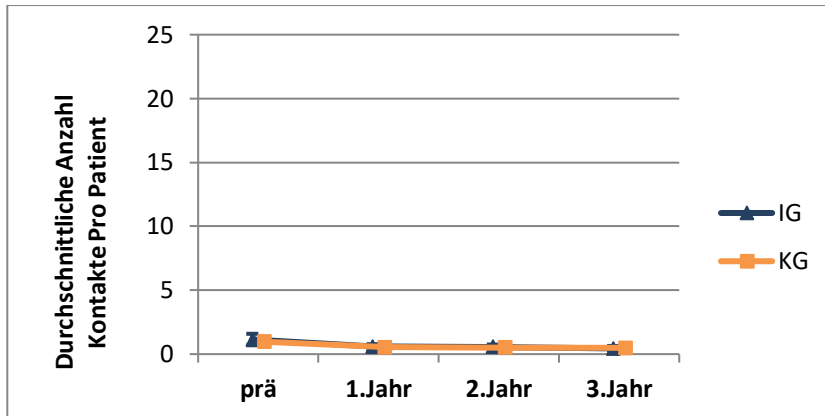
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

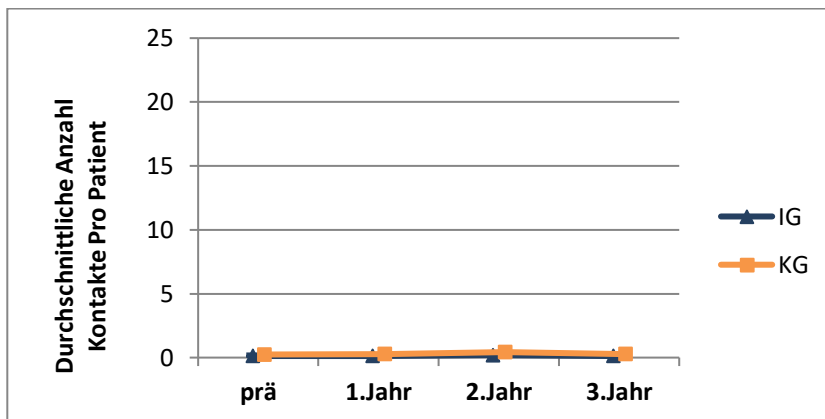


- bei anderen Vertragsärzten (F)

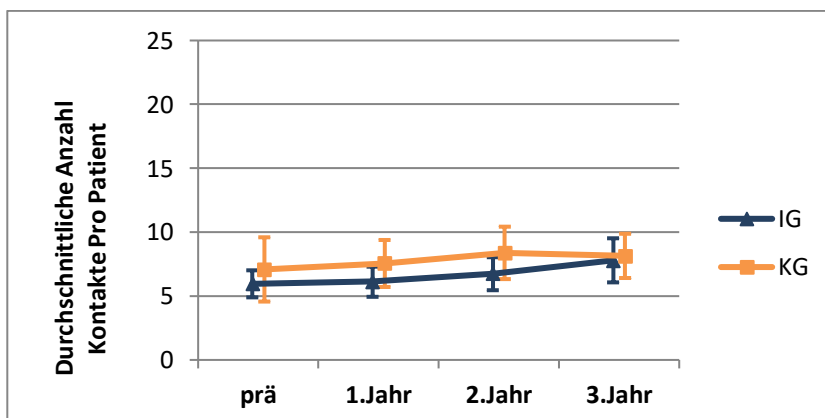


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



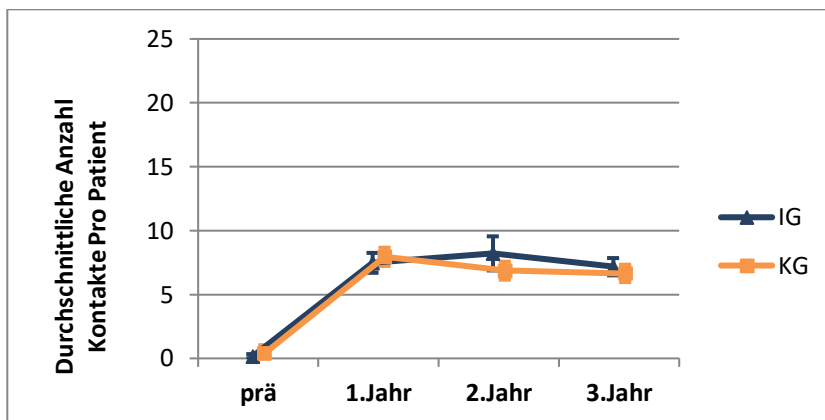
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

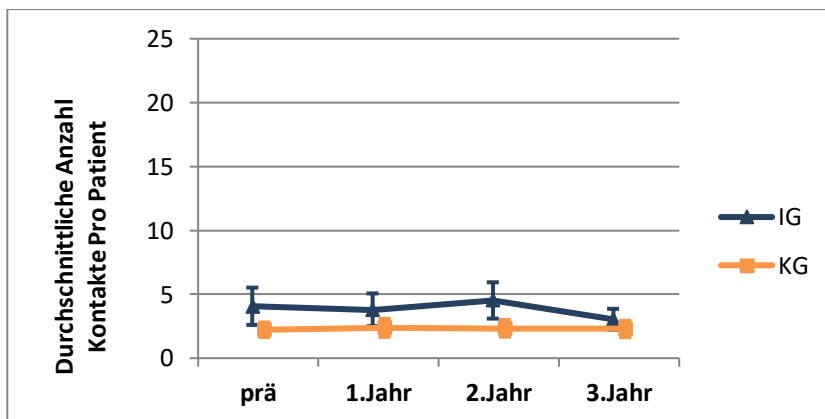
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

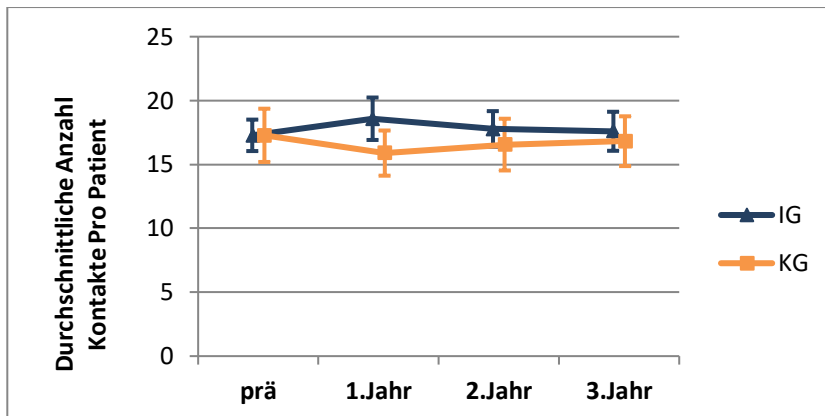
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

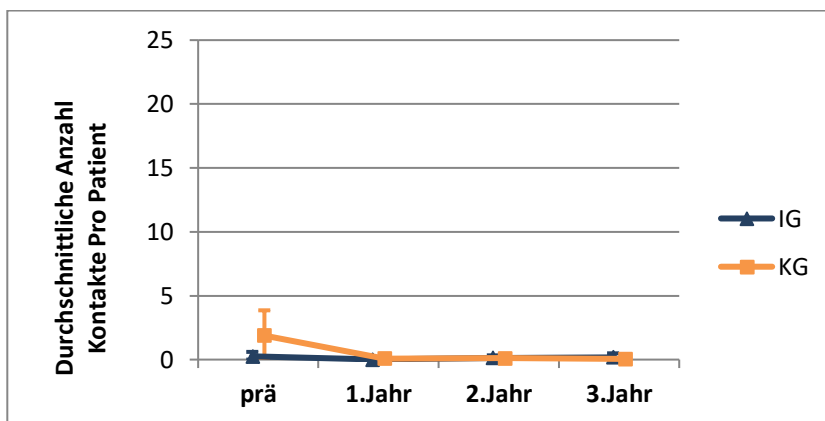


- bei anderen Vertragsärzten (E)

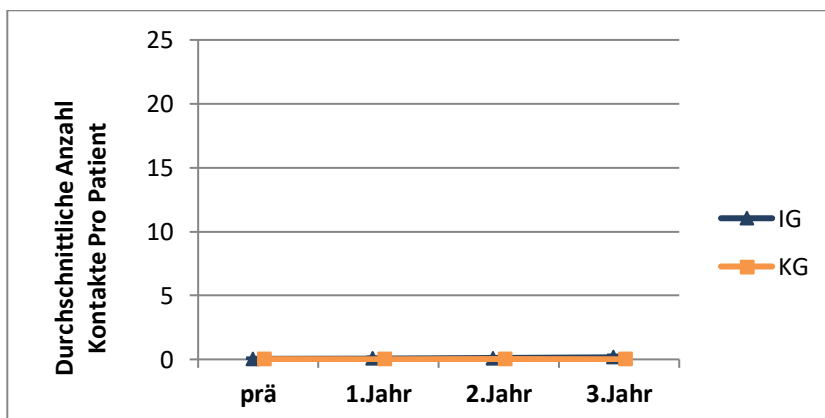


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

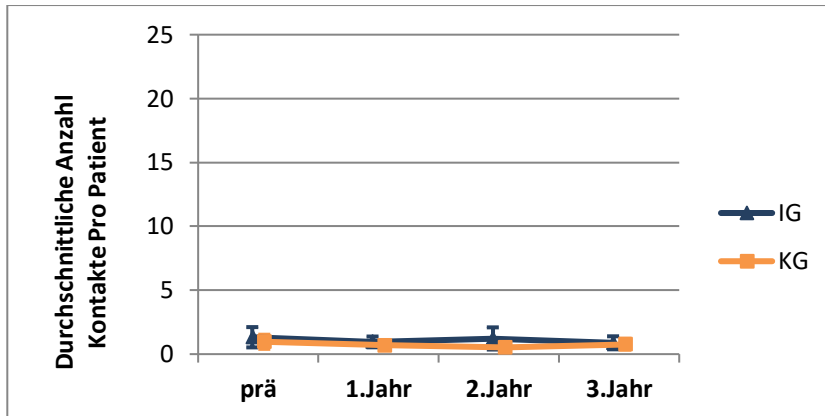
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

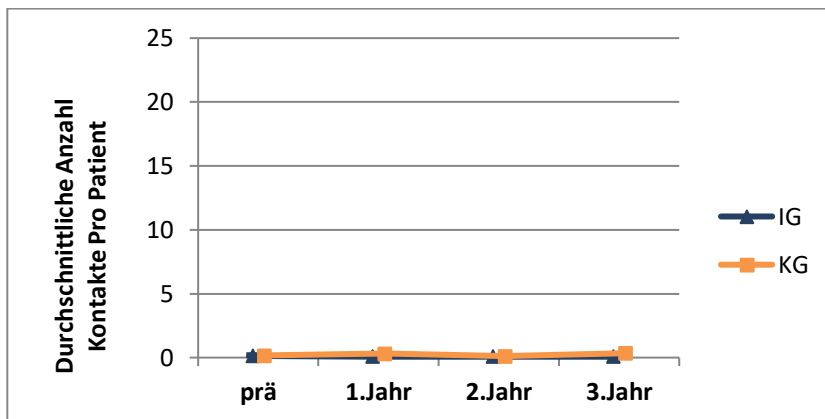


- bei anderen Vertragsärzten (F)

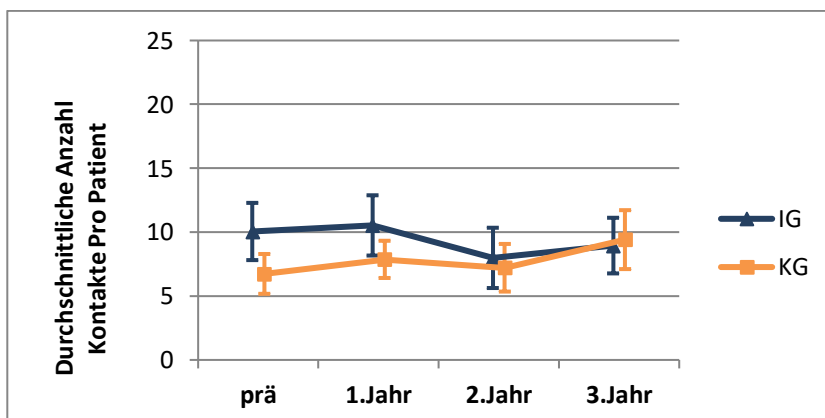


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten bei der Betrachtung von 30 Tagen eine statistisch signifikant geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im ersten Jahr nach Referenzfall der IG verglichen mit der KG. Bei den linikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer in der IG und bei der Betrachtung von 30 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall signifikant geringer und im dritten Jahr nach Referenzfall signifikant größer als in der KG. Auch bei der Betrachtung von 90 Tagen wies die IG statistisch signifikant größere Kontinuität im dritten Jahr nach Referenzfall auf.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein geringerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: -4,2 %-Punkte; 30 Tage: -7,1 %-Punkte; 90 Tage: -5,7 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (7 Tage: -3,5 %-Punkte; 30 Tage: -6,5 %-Punkte; 90 Tage: -5,5 %-Punkte). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der geringere Anteil der IG nicht mehr statistisch signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten in der IG stets geringer als in der KG (mit einer Ausnahme: 90 Tage, 2. Jahr nach Referenzfall). Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im ersten Jahr nach Referenzfall stets niedrigere (7 Tage: -8,1 %-Punkte; 30 Tage: -5,7 %-Punkte; 90 Tage: -0,1 %-Punkte) und im dritten Jahr nach Referenzfall stets höhere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor (7 Tage: +7,1 %-Punkte; 30 Tage: +14,3 %-Punkte; 90 Tage: +12,9 %-Punkte) verglichen mit der KG auf.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	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	613	136	143	126	578	160	141	108
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,2 %	5,9 %	8,4 %	19,0 %	5,9 %	5,6 %	12,1 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,6 %	7,4 %	4,9 %	3,2 %	7,8 %	10,6 %	7,8 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,3 %	41,9 %	45,5 %	39,7 %	44,5 %	36,9 %	41,8 %	45,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,1 %	6,6 %	7,7 %	5,6 %	13,3 %	10,6 %	9,2 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,1 %	2,9 %	2,1 %	2,4 %	2,8 %	0,6 %	1,4 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,1 %	0,7 %	1,4 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	3,5 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,4 %	15,4 %	15,4 %	23,8 %	15,7 %	15,6 %	19,9 %	24,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,5 %	47,1 %	43,4 %	44,4 %	39,3 %	52,5 %	41,8 %	43,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	319	75	87	79	305	85	75	65

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	5,6 %	5,3 %	12,6 %	17,7 %	7,2 %	8,2 %	17,3 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,2 %	10,7 %	8,0 %	5,1 %	10,8 %	14,1 %	13,3 %	15,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,9 %	41,3 %	46,0 %	39,2 %	47,5 %	40,0 %	38,7 %	46,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,9 %	5,3 %	6,9 %	7,6 %	15,7 %	9,4 %	10,7 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	5,3 %	3,4 %	1,3 %	4,9 %	1,2 %	2,7 %	4,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	1,3 %	2,3 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,6 %	20,0 %	24,1 %	22,8 %	21,6 %	21,2 %	32,0 %	32,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,4 %	41,3 %	36,8 %	46,8 %	31,1 %	47,1 %	37,3 %	40,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	125	40	39	40	138	52	53	41
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	3,2 %	2,5 %	12,8 %	20,0 %	6,5 %	9,6 %	18,9 %	14,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,2 %	17,5 %	17,9 %	10,0 %	13,0 %	21,2 %	15,1 %	19,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,2 %	42,5 %	46,2 %	45,0 %	47,8 %	46,2 %	47,2 %	46,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,4 %	5,0 %	10,3 %	10,0 %	17,4 %	13,5 %	11,3 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,6 %	2,5 %	2,6 %	0,0 %	8,0 %	1,9 %	1,9 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,2 %	20,0 %	33,3 %	30,0 %	26,1 %	28,8 %	34,0 %	36,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,0 %	40,0 %	30,8 %	37,5 %	26,1 %	34,6 %	32,1 %	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			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	550	124	113	108	505	140	124	96
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,8 %	15,3 %	16,8 %	29,6 %	12,9 %	13,6 %	24,2 %	26,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,5 %	16,9 %	15,0 %	4,6 %	18,0 %	23,6 %	16,1 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,3 %	66,9 %	71,7 %	56,5 %	67,3 %	59,3 %	62,1 %	63,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,5 %	27,4 %	23,0 %	22,2 %	34,9 %	30,0 %	26,6 %	26,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,9 %	7,3 %	7,1 %	4,6 %	4,4 %	2,1 %	3,2 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,7 %	2,4 %	8,8 %	2,8 %	5,1 %	5,0 %	5,6 %	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,7 %	33,9 %	33,6 %	36,1 %	32,1 %	37,1 %	37,9 %	43,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,8 %	18,5 %	16,8 %	23,1 %	16,6 %	22,1 %	19,4 %	21,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	286	71	67	68	262	76	66	62
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,2 %	16,9 %	17,9 %	27,9 %	14,9 %	17,1 %	28,8 %	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,7 %	25,4 %	22,4 %	5,9 %	26,7 %	28,9 %	27,3 %	27,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,5 %	63,4 %	76,1 %	58,8 %	67,9 %	61,8 %	60,6 %	62,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,2 %	31,0 %	29,9 %	29,4 %	38,9 %	25,0 %	30,3 %	32,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,8 %	11,3 %	10,4 %	2,9 %	6,5 %	3,9 %	4,5 %	8,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	2,8 %	13,4 %	2,9 %	5,0 %	1,3 %	3,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,3 %	43,7 %	41,8 %	32,4 %	42,7 %	46,1 %	51,5 %	53,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,3 %	16,9 %	9,0 %	20,6 %	10,7 %	18,4 %	13,6 %	16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	116	37	33	32	117	45	47	39
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	8,6 %	13,5 %	15,2 %	25,0 %	12,0 %	17,8 %	31,9 %	25,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,1 %	43,2 %	42,4 %	12,5 %	35,0 %	44,4 %	27,7 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,1 %	70,3 %	78,8 %	65,6 %	65,8 %	71,1 %	66,0 %	61,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,2 %	24,3 %	33,3 %	37,5 %	45,3 %	24,4 %	31,9 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,1 %	8,1 %	9,1 %	3,1 %	6,8 %	4,4 %	4,3 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	0,0 %	6,1 %	3,1 %	4,3 %	2,2 %	4,3 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,5 %	54,1 %	57,6 %	34,4 %	47,9 %	60,0 %	53,2 %	59,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	10,8 %	6,1 %	12,5 %	6,8 %	11,1 %	10,6 %	15,4 %

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

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	492	99	87	78	446	107	97	80
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,3 %	26,3 %	26,4 %	30,8 %	19,1 %	19,6 %	30,9 %	32,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,3 %	19,2 %	17,2 %	11,5 %	24,0 %	26,2 %	20,6 %	27,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,2 %	79,8 %	86,2 %	73,1 %	81,6 %	79,4 %	77,3 %	77,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,5 %	48,5 %	46,0 %	42,3 %	55,8 %	50,5 %	51,5 %	46,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	8,1 %	9,2 %	6,4 %	6,3 %	7,5 %	6,2 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,1 %	8,1 %	10,3 %	6,4 %	9,4 %	16,8 %	12,4 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,6 %	46,5 %	48,3 %	44,9 %	42,8 %	46,7 %	49,5 %	56,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,3 %	13,1 %	8,0 %	10,3 %	7,4 %	6,5 %	9,3 %	13,8 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	252	55	50	46	231	62	49	53
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,2 %	27,3 %	26,0 %	30,4 %	21,2 %	21,0 %	34,7 %	30,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,4 %	29,1 %	28,0 %	15,2 %	32,5 %	32,3 %	30,6 %	39,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,7 %	80,0 %	88,0 %	76,1 %	82,3 %	79,0 %	75,5 %	73,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,7 %	54,5 %	56,0 %	52,2 %	63,6 %	46,8 %	57,1 %	47,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,7 %	12,7 %	10,0 %	4,3 %	8,7 %	11,3 %	10,2 %	13,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	5,5 %	18,0 %	4,3 %	9,5 %	9,7 %	8,2 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,6 %	56,4 %	56,0 %	43,5 %	54,1 %	56,5 %	65,3 %	66,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	10,9 %	4,0 %	8,7 %	3,9 %	4,8 %	8,2 %	13,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	102	27	24	21	101	33	32	32
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,7 %	25,9 %	20,8 %	28,6 %	16,8 %	21,2 %	43,8 %	28,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,3 %	51,9 %	54,2 %	28,6 %	42,6 %	45,5 %	25,0 %	53,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,2 %	88,9 %	87,5 %	66,7 %	78,2 %	81,8 %	78,1 %	71,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,9 %	48,1 %	54,2 %	57,1 %	64,4 %	54,5 %	65,6 %	46,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,7 %	7,4 %	4,2 %	4,8 %	7,9 %	9,1 %	12,5 %	18,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	3,7 %	12,5 %	9,5 %	6,9 %	9,1 %	12,5 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,9 %	70,4 %	75,0 %	52,4 %	57,4 %	69,7 %	68,8 %	78,1 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	3,7 %	0,0 %	9,5 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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	460	263	218	204	529	324	249	232
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,0 %	22,8 %	25,2 %	26,0 %	15,9 %	17,9 %	19,3 %	23,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,4 %	2,7 %	5,5 %	2,0 %	9,1 %	8,0 %	4,0 %	7,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	39,1 %	44,5 %	44,5 %	38,7 %	41,2 %	37,3 %	41,4 %	42,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,6 %	6,5 %	9,6 %	7,4 %	11,7 %	11,4 %	12,0 %	8,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,4 %	1,1 %	2,3 %	2,9 %	1,3 %	0,0 %	1,2 %	1,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,1 %	0,8 %	2,8 %	3,4 %	2,1 %	3,1 %	6,0 %	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,6 %	26,6 %	33,0 %	30,4 %	25,1 %	25,6 %	23,3 %	30,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	48,3 %	39,9 %	33,5 %	38,7 %	38,8 %	41,4 %	38,2 %	40,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	393	232	196	185	402	286	200	202
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,5 %	22,8 %	28,1 %	27,6 %	19,7 %	18,5 %	21,0 %	26,7 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,8 %	3,0 %	5,6 %	2,2 %	11,2 %	9,1 %	4,5 %	8,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	39,7 %	46,1 %	44,4 %	39,5 %	44,3 %	37,1 %	42,0 %	47,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,9 %	7,3 %	9,7 %	8,1 %	13,2 %	11,2 %	13,5 %	9,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,5 %	1,3 %	2,6 %	3,2 %	1,7 %	0,0 %	1,5 %	1,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,3 %	0,9 %	2,6 %	3,8 %	1,7 %	2,1 %	5,0 %	0,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,6 %	27,2 %	36,2 %	32,4 %	31,1 %	27,3 %	25,5 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	47,3 %	37,9 %	32,1 %	36,8 %	32,3 %	40,6 %	37,0 %	35,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	242	162	140	134	251	194	138	152
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,9 %	23,5 %	27,9 %	30,6 %	18,7 %	17,0 %	23,2 %	27,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,5 %	3,1 %	5,0 %	3,0 %	15,1 %	9,8 %	6,5 %	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,6 %	46,9 %	46,4 %	38,1 %	45,0 %	43,3 %	47,8 %	48,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,7 %	9,3 %	6,4 %	7,5 %	15,9 %	11,3 %	11,6 %	9,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,8 %	1,2 %	2,1 %	3,7 %	2,0 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,7 %	1,2 %	3,6 %	5,2 %	1,6 %	2,6 %	5,1 %	0,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,2 %	27,8 %	35,0 %	36,6 %	33,9 %	26,3 %	29,0 %	36,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,9 %	35,2 %	32,9 %	35,1 %	28,7 %	37,1 %	34,1 %	35,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	357	216	185	179	440	254	195	198
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,9 %	44,0 %	49,7 %	47,5 %	26,4 %	35,4 %	35,4 %	46,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,1 %	5,6 %	8,6 %	7,3 %	15,2 %	13,4 %	9,7 %	13,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,7 %	70,8 %	74,6 %	66,5 %	63,9 %	63,0 %	67,2 %	69,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,5 %	25,0 %	28,6 %	26,8 %	30,0 %	28,7 %	27,2 %	29,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,2 %	3,2 %	2,7 %	6,7 %	3,2 %	0,8 %	2,1 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	3,7 %	8,6 %	6,1 %	3,9 %	5,9 %	9,2 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,6 %	50,9 %	60,0 %	58,1 %	40,9 %	46,5 %	42,6 %	58,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,6 %	15,7 %	9,7 %	14,0 %	16,6 %	15,7 %	16,4 %	13,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	306	192	165	164	339	224	158	175
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,8 %	45,8 %	53,3 %	50,6 %	31,6 %	38,4 %	39,2 %	50,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,5 %	6,3 %	9,1 %	7,3 %	18,6 %	15,2 %	11,4 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,9 %	71,9 %	75,8 %	67,7 %	66,1 %	62,9 %	67,7 %	73,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,5 %	27,1 %	30,3 %	27,4 %	31,9 %	28,6 %	27,2 %	30,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	3,6 %	3,0 %	7,3 %	3,8 %	0,9 %	2,5 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	4,2 %	8,5 %	6,7 %	3,2 %	4,9 %	5,7 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,9 %	53,6 %	64,2 %	61,6 %	49,0 %	50,9 %	47,5 %	62,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,0 %	14,1 %	7,3 %	11,6 %	11,8 %	14,3 %	16,5 %	10,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	188	131	112	121	212	145	107	126
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	30,9 %	45,0 %	52,7 %	53,7 %	31,6 %	35,9 %	43,0 %	52,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,5 %	6,9 %	8,9 %	9,1 %	24,5 %	17,2 %	15,0 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,9 %	74,0 %	79,5 %	67,8 %	68,4 %	70,3 %	74,8 %	73,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,9 %	29,8 %	29,5 %	28,9 %	34,9 %	28,3 %	27,1 %	29,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,1 %	3,8 %	2,7 %	7,4 %	3,3 %	0,0 %	1,9 %	0,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	5,3 %	11,6 %	7,4 %	3,8 %	5,5 %	6,5 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,4 %	53,4 %	62,5 %	66,9 %	53,8 %	48,3 %	52,3 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,8 %	11,5 %	4,5 %	9,1 %	8,0 %	13,8 %	12,1 %	9,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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	277	164	148	138	326	199	136	142
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,2 %	51,2 %	59,5 %	56,5 %	34,4 %	45,7 %	48,5 %	59,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,1 %	8,5 %	12,2 %	13,8 %	19,6 %	16,6 %	15,4 %	16,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,4 %	92,1 %	93,2 %	84,1 %	82,2 %	79,9 %	81,6 %	81,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,0 %	51,2 %	55,4 %	54,3 %	49,1 %	52,3 %	47,8 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,7 %	5,5 %	5,4 %	9,4 %	5,5 %	2,0 %	3,7 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	9,1 %	19,6 %	7,2 %	6,4 %	7,5 %	11,8 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,2 %	59,8 %	73,0 %	73,2 %	53,7 %	58,8 %	59,6 %	70,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	4,9 %	2,0 %	4,3 %	5,2 %	5,5 %	7,4 %	5,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	245	145	131	127	259	176	116	129

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,3 %	53,8 %	64,1 %	59,8 %	37,5 %	49,4 %	52,6 %	62,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,5 %	9,7 %	13,0 %	12,6 %	23,2 %	18,8 %	16,4 %	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,0 %	93,1 %	92,4 %	85,0 %	82,2 %	80,7 %	81,9 %	84,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,9 %	53,1 %	57,3 %	55,1 %	51,0 %	52,8 %	47,4 %	47,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	6,2 %	5,3 %	10,2 %	5,4 %	2,3 %	4,3 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	9,7 %	19,1 %	7,9 %	7,7 %	6,3 %	11,2 %	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,1 %	63,4 %	78,6 %	75,6 %	60,2 %	64,2 %	64,7 %	74,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,3 %	3,4 %	2,3 %	3,1 %	4,2 %	4,5 %	8,6 %	3,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	149	100	87	89	160	113	77	89
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	47,7 %	53,0 %	63,2 %	65,2 %	35,0 %	46,9 %	53,2 %	67,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,1 %	11,0 %	10,3 %	11,2 %	30,6 %	21,2 %	22,1 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,6 %	94,0 %	95,4 %	86,5 %	86,3 %	85,8 %	85,7 %	86,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,0 %	57,0 %	58,6 %	59,6 %	56,3 %	53,1 %	54,5 %	48,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,7 %	7,0 %	5,7 %	10,1 %	5,0 %	0,0 %	5,2 %	1,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,4 %	12,0 %	24,1 %	9,0 %	9,4 %	8,0 %	14,3 %	13,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,7 %	63,0 %	75,9 %	79,8 %	65,0 %	63,7 %	68,8 %	79,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	4,4 %	6,5 %	2,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

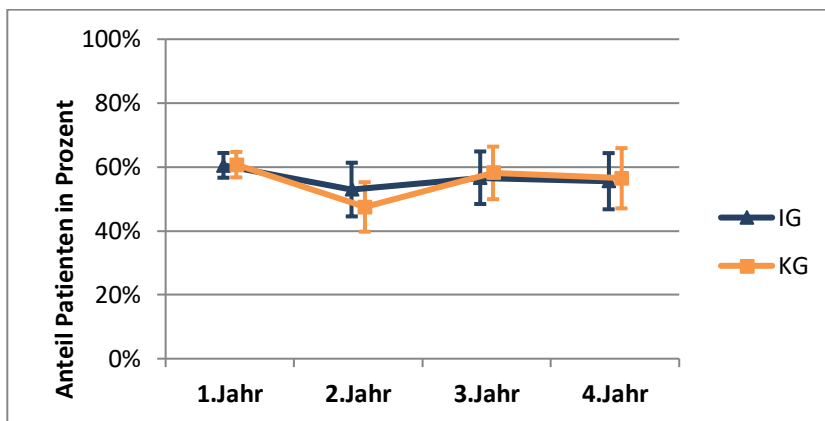
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

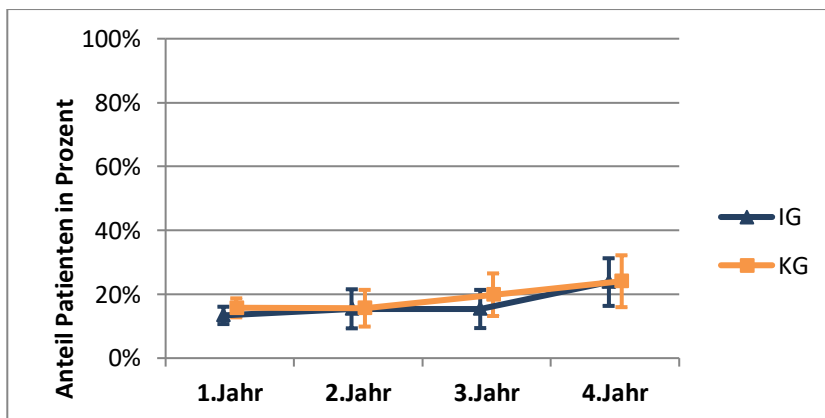
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



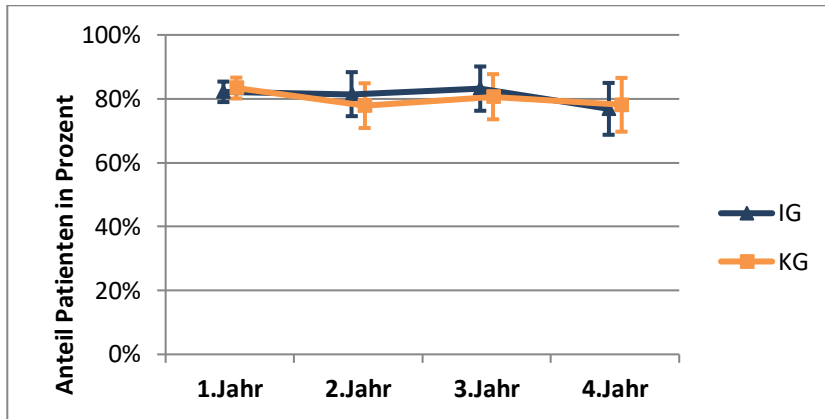
- Alle (psychiatrischer Sektor)



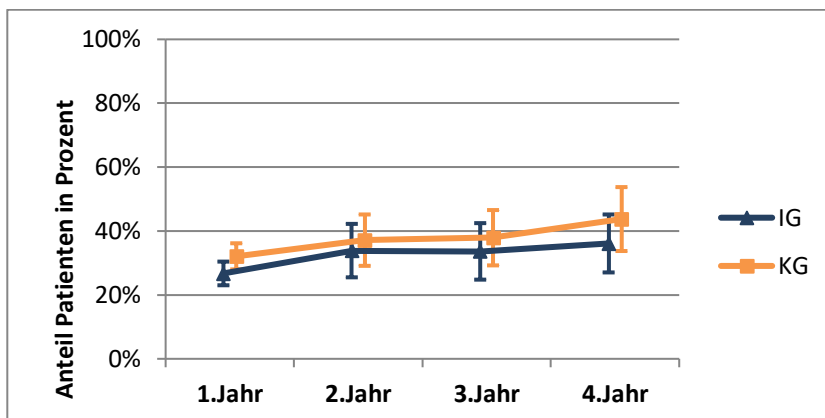
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



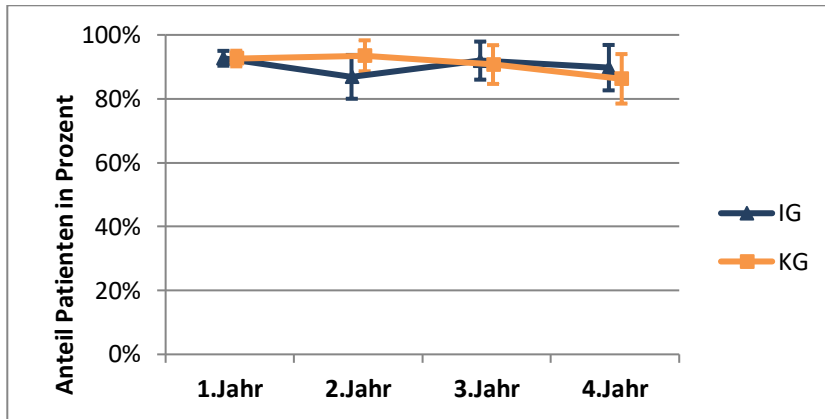
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



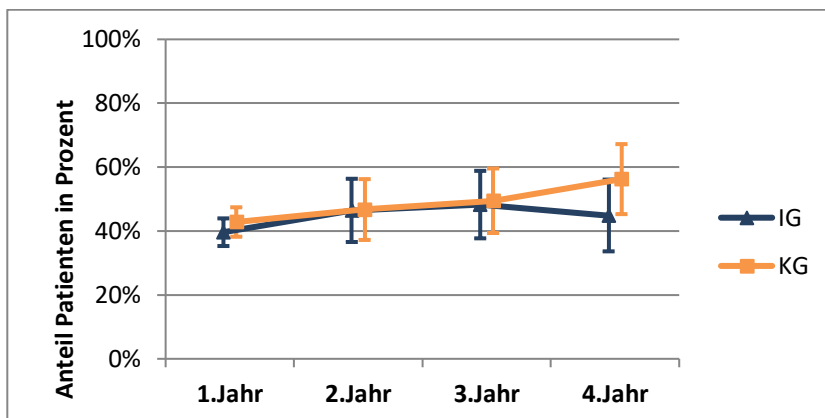
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

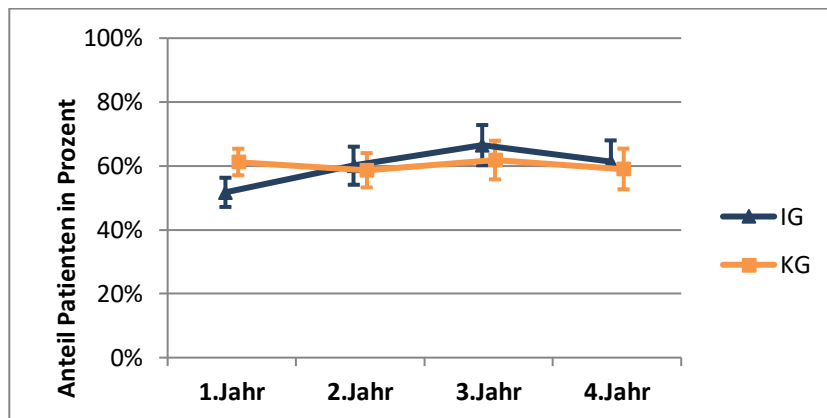
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

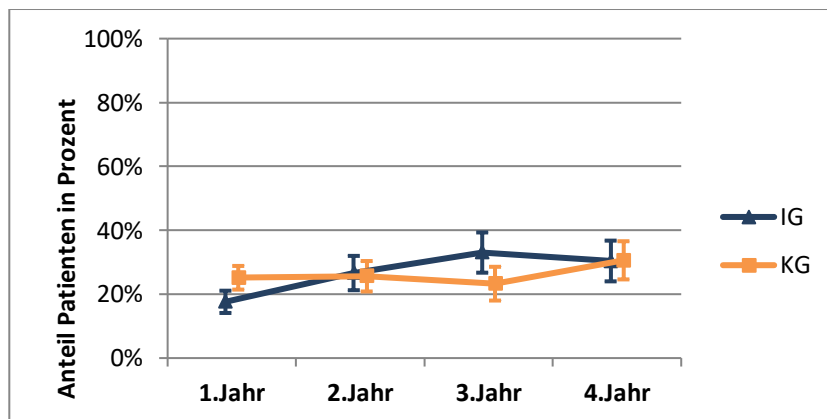
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



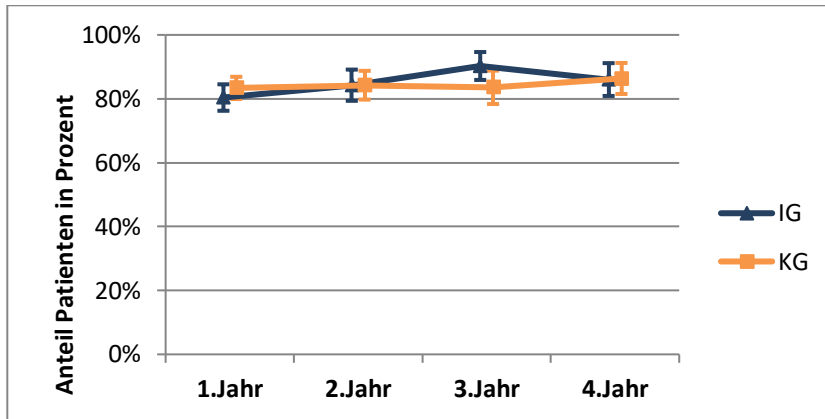
- Alle (psychiatrischer Sektor)



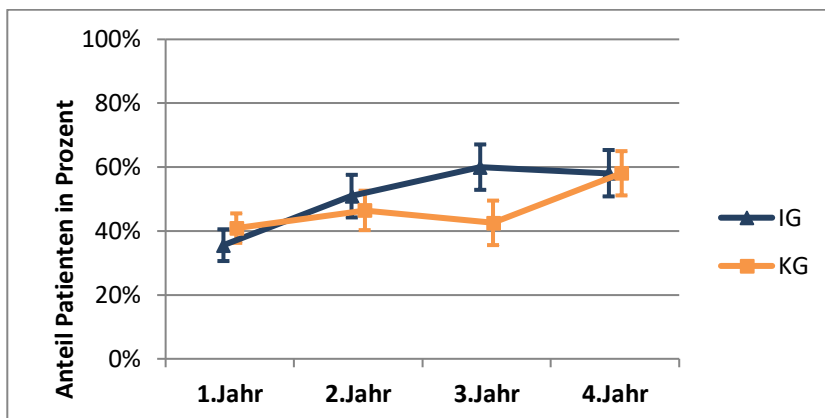
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



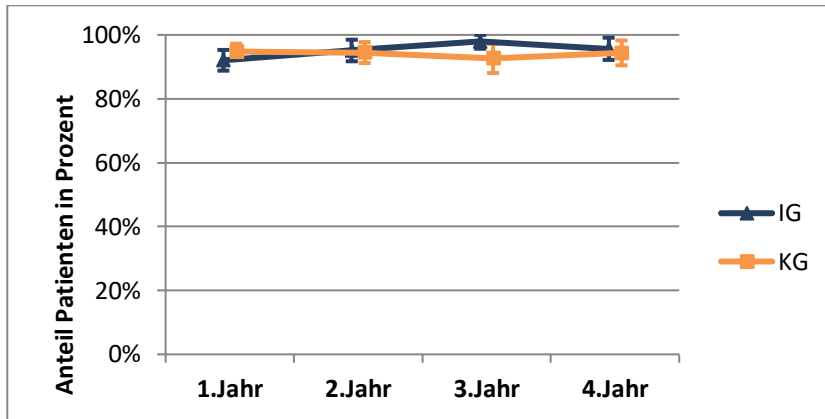
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

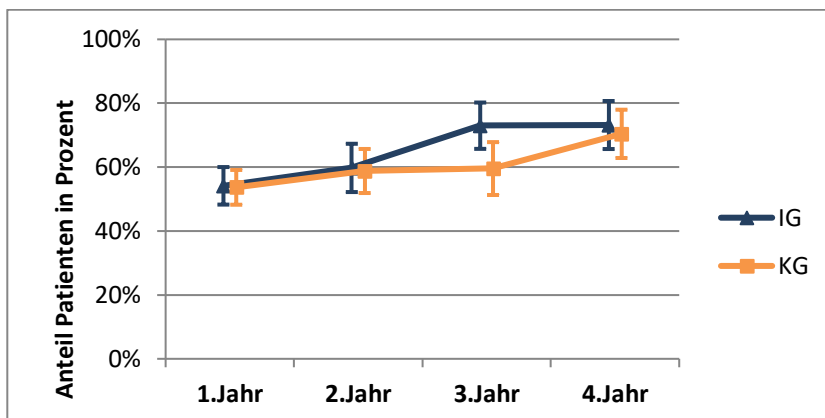


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,83 0,59...1,16	0,73* 0,55...0,98	0,86 0,65...1,15
Gruppe Jahr 2	1,01 0,51...2,00	0,91 0,51...1,63	1,06 0,55...2,05
Gruppe Jahr 3	0,93 0,44...1,97	0,99 0,52...1,85	1,15 0,57...2,31
Gruppe Jahr 4	1,09 0,57...2,07	0,80 0,44...1,46	0,66 0,33...1,32

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,61** 0,44...0,85	0,68* 0,50...0,94	0,86 0,60...1,24
Gruppe Jahr 2	1,09 0,74...1,61	1,20 0,81...1,80	1,07 0,67...1,70
Gruppe Jahr 3	1,45 0,93...2,24	1,76* 1,12...2,77	1,78* 1,01...3,15
Gruppe Jahr 4	1,05 0,67...1,63	1,00 0,62...1,59	1,11 0,61...2,04

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	2.321	2.036
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	4,9 %	8,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,5 %	7,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,3 %	45,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,5 %	12,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,2 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,0 %	17,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,4 %	39,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.119	1.030
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	5,4 %	8,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,1 %	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,2 %	47,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,5 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,4 %	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,1 %	21,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,8 %	34,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	449	432
Schwere psychische Erkrankungen (B)		

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	3,6 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,9 %	12,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,4 %	47,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,5 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,2 %	5,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,3 %	25,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,3 %	30,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	2.121	1.795
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	9,9 %	15,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,1 %	14,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,0 %	68,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,9 %	31,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,6 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,0 %	33,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,1 %	17,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.009	892
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	11,5 %	16,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,3 %	21,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,5 %	69,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,5 %	36,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	12,1 %	9,0 %
	4,4 %	4,5 %
	35,0 %	41,5 %
	11,8 %	12,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	402	371
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) 	10,7 %	14,0 %
	20,9 %	28,6 %
	73,6 %	68,7 %
	36,6 %	39,1 %
	11,4 %	9,2 %
	3,5 %	4,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,8 %	46,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	8,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.913	1.566
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	15,2 %	20,4 %
	15,7 %	21,3 %
	86,0 %	82,1 %
	50,0 %	52,1 %
	13,5 %	9,4 %
	7,9 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,7 %	43,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,5 %	7,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	896	773
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	18,3 %	21,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,0 %	29,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,2 %	83,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,8 %	58,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,3 %	12,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,7 %	53,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,5 %	4,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	348	318
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	17,5 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,9 %	38,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,0 %	83,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	61,5 %	60,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,3 %	14,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,6 %	58,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,7 %	2,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

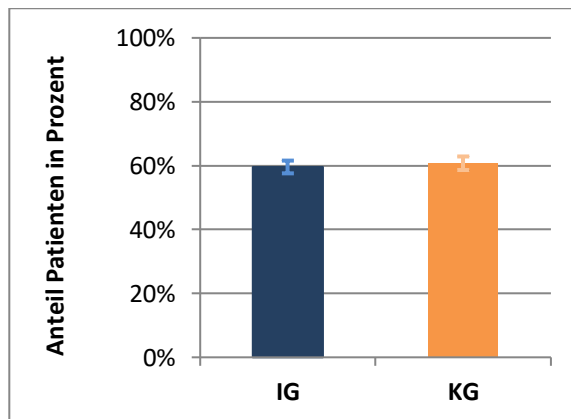
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

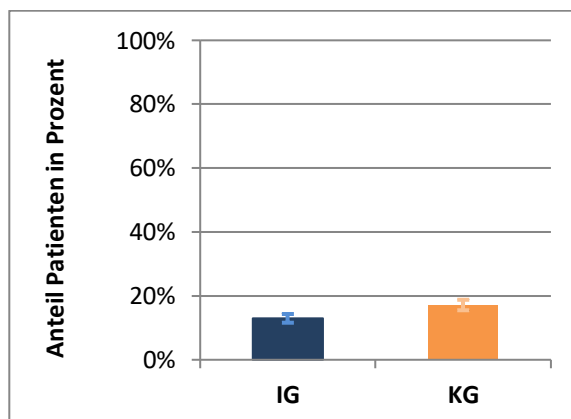
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

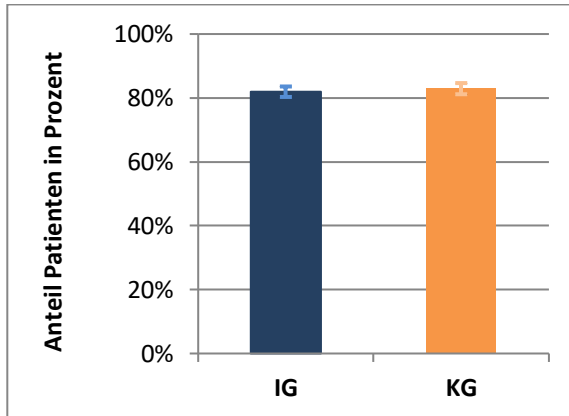


- Alle (psychiatrischer Sektor)

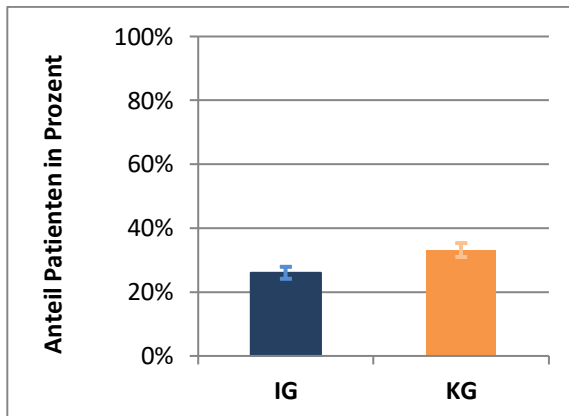


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle

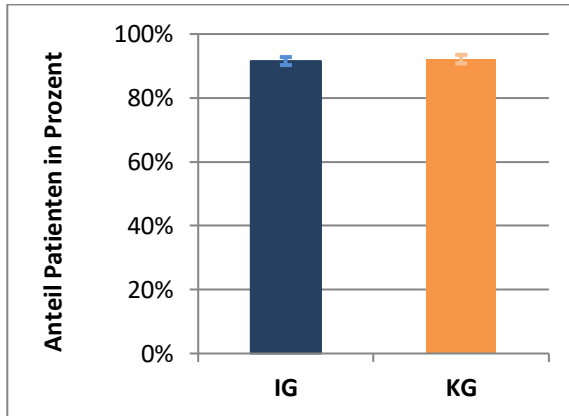


- Alle (psychiatrischer Sektor)

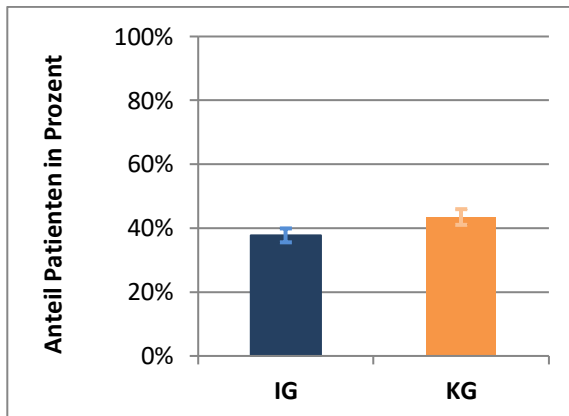


Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.756	354	1.594	423
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,0 %	6,8 %	7,3 %	10,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,9 %	6,2 %	7,3 %	6,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,0 %	42,9 %	45,5 %	35,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,9 %	10,7 %	12,4 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,2 %	2,8 %	3,3 %	0,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,3 %	0,8 %	2,6 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,6 %	14,7 %	17,1 %	17,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,0 %	43,2 %	39,2 %	47,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	865	197	824	219
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,0 %	6,6 %	8,0 %	13,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,1 %	9,6 %	10,6 %	10,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,6 %	46,7 %	47,9 %	40,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,0 %	11,7 %	14,6 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,3 %	4,1 %	4,9 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	1,5 %	3,0 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,6 %	18,3 %	22,3 %	23,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,9 %	34,5 %	33,1 %	39,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	340	108	350	116
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	3,2 %	4,6 %	8,6 %	14,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,9 %	13,9 %	12,9 %	13,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,6 %	50,0 %	47,7 %	47,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	17,9 %	13,9 %	16,6 %	15,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	3,7 %	6,3 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	0,9 %	2,6 %	0,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,9 %	18,5 %	26,3 %	27,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,6 %	29,6 %	29,7 %	32,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.590	315	1.392	357
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,9 %	19,4 %	15,4 %	21,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,8 %	13,7 %	14,9 %	16,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,9 %	66,3 %	67,9 %	60,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,1 %	29,2 %	32,5 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,3 %	6,7 %	6,8 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	4,1 %	4,5 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,8 %	35,2 %	33,3 %	38,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,8 %	19,7 %	16,8 %	21,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	773	175	697	189
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,0 %	21,7 %	16,2 %	23,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,3 %	21,1 %	22,4 %	21,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,6 %	69,7 %	69,0 %	63,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,7 %	31,4 %	38,0 %	30,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	11,5 %	9,1 %	9,3 %	4,2 %
	4,3 %	5,1 %	4,3 %	5,3 %
	35,4 %	45,1 %	42,3 %	45,0 %
	11,3 %	10,9 %	11,5 %	17,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	302	92	294	98
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,9 %	20,7 %	13,9 %	24,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,5 %	32,6 %	29,3 %	30,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,8 %	76,1 %	67,7 %	67,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,1 %	30,4 %	40,8 %	32,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,3 %	8,7 %	9,9 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	4,3 %	4,4 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,4 %	53,3 %	47,3 %	53,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	6,5 %	7,8 %	13,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.434	254	1.206	282
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,1 %	28,7 %	20,1 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,9 %	15,4 %	21,5 %	22,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,2 %	83,5 %	81,7 %	79,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,0 %	49,6 %	53,7 %	48,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,2 %	10,6 %	9,5 %	6,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,6 %	10,2 %	7,9 %	14,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,5 %	46,9 %	44,0 %	49,6 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	7,2 %	9,1 %	7,9 %	8,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	686	136	602	155
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,6 %	33,1 %	21,3 %	26,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,2 %	22,8 %	29,7 %	28,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,3 %	84,6 %	83,4 %	80,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,6 %	55,9 %	61,1 %	49,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,4 %	15,4 %	13,0 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	9,6 %	7,8 %	12,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,7 %	60,3 %	54,2 %	55,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	5,9 %	4,5 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	264	70	248	73
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,3 %	35,7 %	17,3 %	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,7 %	37,1 %	39,1 %	42,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,3 %	90,0 %	82,7 %	80,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	62,9 %	58,6 %	64,1 %	52,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,4 %	14,3 %	15,3 %	8,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,4 %	10,0 %	6,9 %	12,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,3 %	71,4 %	59,7 %	68,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	1,4 %	1,2 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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:

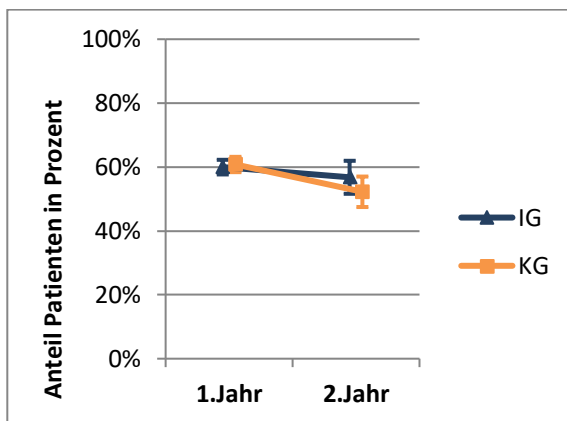
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

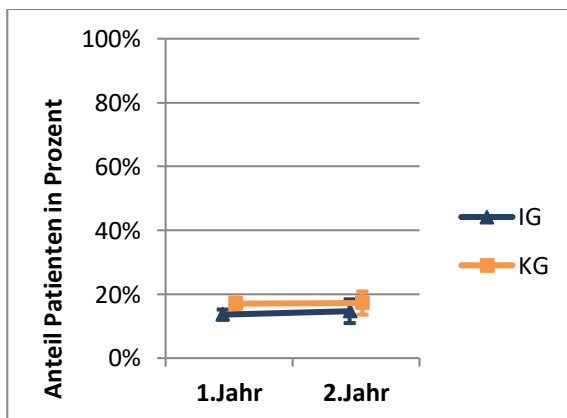
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



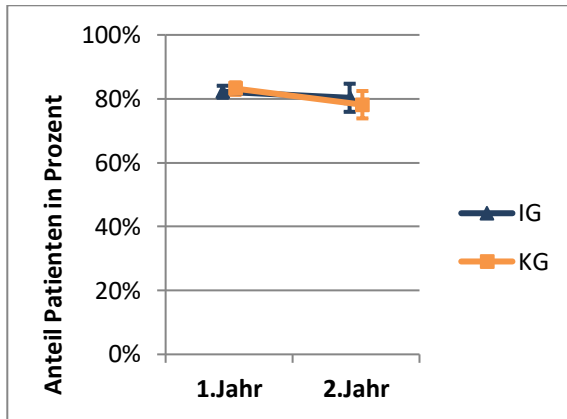
- Alle (psychiatrischer Sektor)



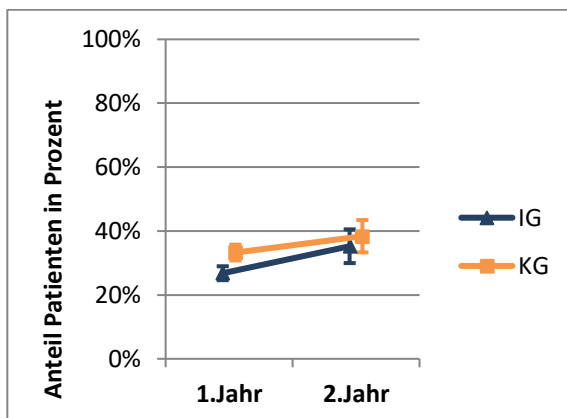
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



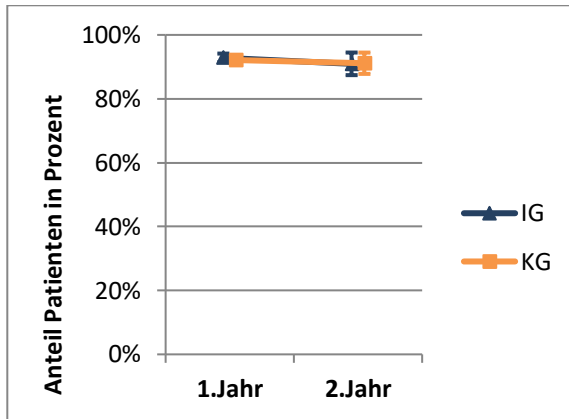
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

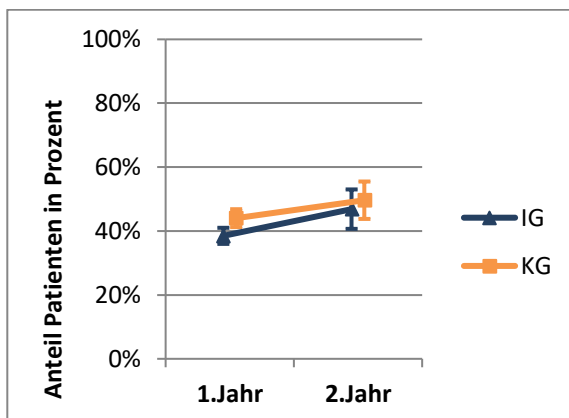


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	0,77** 0,63...0,94	0,72*** 0,60...0,85	0,79** 0,66...0,94
Gruppe Jahr 2	0,86 0,56...1,32	0,89 0,62...1,27	0,90 0,60...1,35

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.226	276	232	1.122	303	247
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	5,1 %	7,2 %	8,2 %	6,0 %	9,9 %	14,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,6 %	6,2 %	4,7 %	7,7 %	7,9 %	8,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,2 %	43,1 %	43,5 %	47,0 %	38,3 %	37,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,3 %	10,9 %	9,1 %	13,2 %	12,2 %	10,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,5 %	2,9 %	1,7 %	3,3 %	0,7 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	0,7 %	1,7 %	2,1 %	0,7 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	12,9 %	15,2 %	14,7 %	16,3 %	17,5 %	23,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,5 %	42,4 %	44,4 %	38,2 %	48,8 %	40,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	593	154	144	585	158	136
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	4,9 %	6,5 %	9,7 %	6,3 %	11,4 %	20,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,6 %	9,7 %	7,6 %	10,3 %	12,0 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,4 %	44,2 %	43,8 %	50,1 %	42,4 %	35,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,2 %	11,7 %	8,3 %	15,4 %	13,3 %	12,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,2 %	3,9 %	2,1 %	4,6 %	1,3 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	1,3 %	1,4 %	2,6 %	0,6 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,4 %	18,2 %	19,4 %	20,3 %	22,8 %	34,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,9 %	35,7 %	40,3 %	31,8 %	41,8 %	35,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	242	90	76	265	94	91
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	3,3 %	5,6 %	10,5 %	5,7 %	12,8 %	22,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,7 %	13,3 %	11,8 %	12,8 %	14,9 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,9 %	45,6 %	46,1 %	46,4 %	48,9 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,9 %	12,2 %	10,5 %	18,1 %	14,9 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,3 %	3,3 %	1,3 %	7,2 %	1,1 %	2,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,7 %	1,1 %	0,0 %	3,4 %	1,1 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,9 %	18,9 %	23,7 %	24,5 %	26,6 %	36,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,0 %	33,3 %	35,5 %	29,4 %	31,9 %	30,8 %

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

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.099	240	183	983	266	218
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	9,7 %	20,4 %	20,8 %	13,4 %	19,5 %	25,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,6 %	14,6 %	13,7 %	16,1 %	18,0 %	18,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,0 %	67,5 %	70,5 %	68,3 %	62,0 %	59,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,7 %	30,4 %	23,0 %	33,8 %	30,1 %	25,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,5 %	6,3 %	5,5 %	6,4 %	2,6 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,3 %	7,1 %	4,9 %	6,0 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,0 %	36,3 %	35,5 %	32,3 %	38,0 %	41,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,1 %	18,8 %	15,3 %	16,6 %	21,8 %	20,6 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	524	134	107	501	141	118
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,1 %	21,6 %	19,6 %	15,0 %	21,3 %	30,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,8 %	22,4 %	20,6 %	23,8 %	23,4 %	26,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,0 %	68,7 %	72,9 %	69,7 %	63,1 %	59,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,5 %	33,6 %	27,1 %	38,5 %	31,2 %	28,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,9 %	8,2 %	7,5 %	8,0 %	4,3 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	4,5 %	9,3 %	5,2 %	5,7 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,5 %	44,8 %	41,1 %	41,5 %	45,4 %	52,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,2 %	12,7 %	9,3 %	10,4 %	19,1 %	16,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	214	75	54	221	79	78
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	9,3 %	22,7 %	20,4 %	10,9 %	22,8 %	32,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,8 %	33,3 %	33,3 %	31,7 %	34,2 %	25,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,9 %	74,7 %	75,9 %	65,2 %	69,6 %	65,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,6 %	28,0 %	31,5 %	42,5 %	31,6 %	28,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	6,7 %	7,4 %	9,0 %	3,8 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	4,0 %	5,6 %	5,4 %	5,1 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,3 %	53,3 %	53,7 %	46,2 %	55,7 %	53,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	8,0 %	3,7 %	7,7 %	13,9 %	12,8 %

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

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	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	987	189	142	853	209	164
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	15,0 %	31,7 %	29,6 %	18,8 %	24,9 %	32,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,0 %	16,4 %	16,2 %	22,5 %	23,4 %	24,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,8 %	85,2 %	82,4 %	82,5 %	80,4 %	77,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,7 %	54,5 %	45,1 %	54,5 %	49,8 %	49,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,9 %	10,1 %	8,5 %	8,6 %	7,2 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	12,2 %	10,6 %	8,6 %	15,8 %	12,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,7 %	49,7 %	49,3 %	43,1 %	48,8 %	54,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,0 %	9,0 %	7,7 %	7,6 %	8,6 %	7,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	461	103	77	432	116	86
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,0 %	35,0 %	26,0 %	20,6 %	23,3 %	34,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,6 %	25,2 %	27,3 %	31,5 %	30,2 %	33,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,5 %	85,4 %	83,1 %	85,0 %	80,2 %	79,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,7 %	61,2 %	54,5 %	61,3 %	47,4 %	51,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,2 %	13,6 %	9,1 %	11,3 %	8,6 %	10,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,8 %	10,7 %	13,0 %	9,3 %	13,8 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,0 %	62,1 %	54,5 %	54,4 %	55,2 %	67,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	6,8 %	3,9 %	3,5 %	7,8 %	5,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	182	57	36	185	58	52
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,0 %	40,4 %	25,0 %	14,1 %	22,4 %	40,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,4 %	40,4 %	47,2 %	42,2 %	46,6 %	34,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,6 %	89,5 %	83,3 %	82,7 %	84,5 %	84,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	62,1 %	61,4 %	52,8 %	63,8 %	51,7 %	57,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,7 %	10,5 %	5,6 %	13,0 %	6,9 %	11,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	12,3 %	11,1 %	8,6 %	10,3 %	13,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,9 %	75,4 %	72,2 %	58,9 %	69,0 %	75,0 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	2,7 %	1,8 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG			KG		
	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	510	281	231	609	353	274
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,1 %	21,4 %	26,0 %	14,9 %	16,4 %	18,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,5 %	3,6 %	6,5 %	10,0 %	9,6 %	7,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	39,8 %	45,2 %	43,7 %	42,2 %	38,2 %	42,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,4 %	7,1 %	9,1 %	12,3 %	11,0 %	12,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,8 %	1,1 %	2,2 %	1,3 %	0,3 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,0 %	0,7 %	2,6 %	2,1 %	2,8 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,1 %	26,0 %	33,3 %	25,1 %	26,1 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	47,8 %	39,1 %	34,2 %	37,8 %	40,5 %	35,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	431	248	208	470	313	222
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,8 %	21,4 %	28,4 %	18,3 %	16,9 %	20,3 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,0 %	4,0 %	6,7 %	12,1 %	10,9 %	8,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,8 %	46,4 %	43,8 %	45,1 %	38,0 %	42,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,0 %	8,1 %	9,1 %	13,8 %	10,9 %	13,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,9 %	1,2 %	2,4 %	1,7 %	0,3 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	0,8 %	2,4 %	1,9 %	1,9 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,3 %	26,6 %	36,1 %	30,6 %	27,8 %	29,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,2 %	37,5 %	33,2 %	31,7 %	39,6 %	34,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	263	171	149	298	211	151
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,3 %	22,2 %	28,9 %	16,8 %	15,6 %	22,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,7 %	4,7 %	6,7 %	16,4 %	12,3 %	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,0 %	47,4 %	46,3 %	44,0 %	44,1 %	47,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,4 %	9,9 %	6,0 %	17,1 %	10,9 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	1,2 %	2,0 %	1,7 %	0,0 %	0,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	1,2 %	3,4 %	2,0 %	2,4 %	4,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,2 %	28,1 %	35,6 %	32,9 %	27,5 %	31,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,9 %	33,9 %	32,9 %	28,9 %	36,0 %	32,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	402	233	195	511	277	217
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,4 %	42,1 %	49,7 %	24,9 %	32,5 %	33,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,5 %	6,9 %	9,2 %	15,7 %	16,6 %	13,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	70,1 %	70,4 %	73,3 %	64,2 %	62,8 %	68,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,6 %	24,5 %	28,2 %	31,1 %	27,4 %	26,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,0 %	3,4 %	2,6 %	3,5 %	2,2 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	4,7 %	8,2 %	3,9 %	5,4 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,8 %	50,2 %	59,5 %	40,5 %	47,7 %	45,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,9 %	15,5 %	10,3 %	16,0 %	14,4 %	15,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	339	207	174	398	245	177
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,7 %	44,0 %	52,9 %	29,6 %	35,1 %	36,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	7,7 %	9,8 %	18,8 %	18,8 %	16,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,7 %	71,0 %	74,7 %	66,3 %	62,4 %	69,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,4 %	26,6 %	29,9 %	33,4 %	26,9 %	26,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,5 %	3,9 %	2,9 %	4,3 %	2,4 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,7 %	4,8 %	8,0 %	3,5 %	4,5 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,9 %	53,1 %	63,2 %	48,2 %	52,2 %	50,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,5 %	14,0 %	8,0 %	11,3 %	13,1 %	14,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	207	140	119	253	156	118
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	29,5 %	43,6 %	52,1 %	28,5 %	33,3 %	40,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,7 %	9,3 %	10,1 %	24,9 %	21,8 %	19,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,9 %	72,9 %	78,2 %	66,8 %	69,2 %	75,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,4 %	29,3 %	28,6 %	37,5 %	26,9 %	26,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,9 %	3,6 %	2,5 %	4,0 %	0,0 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	5,7 %	10,9 %	4,3 %	5,1 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,1 %	53,6 %	61,3 %	52,2 %	50,6 %	55,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,6 %	11,4 %	5,0 %	8,3 %	12,8 %	11,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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	317	178	155	383	217	150
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	38,8 %	50,6 %	59,4 %	33,2 %	41,9 %	45,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,5 %	10,1 %	12,3 %	21,7 %	20,3 %	17,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,7 %	91,6 %	92,9 %	82,2 %	79,7 %	82,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,7 %	50,0 %	54,2 %	49,3 %	51,2 %	46,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,4 %	5,6 %	5,2 %	6,0 %	3,2 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,5 %	9,6 %	19,4 %	6,5 %	6,9 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,9 %	59,6 %	72,3 %	54,0 %	59,4 %	59,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	5,6 %	2,6 %	4,7 %	5,1 %	7,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	275	157	137	306	192	127

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	41,1 %	52,9 %	63,5 %	36,6 %	45,3 %	49,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,1 %	11,5 %	13,1 %	24,8 %	22,4 %	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,2 %	92,4 %	92,0 %	82,0 %	80,2 %	83,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,5 %	51,6 %	56,2 %	52,0 %	51,6 %	46,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,8 %	6,4 %	5,1 %	6,2 %	3,6 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	9,6 %	19,0 %	7,8 %	5,7 %	11,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,5 %	63,1 %	77,4 %	60,5 %	64,6 %	65,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,1 %	4,5 %	2,9 %	3,6 %	4,2 %	7,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	165	107	91	193	121	84
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	44,8 %	52,3 %	62,6 %	33,7 %	43,8 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,8 %	14,0 %	11,0 %	32,6 %	25,6 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,5 %	93,5 %	94,5 %	83,9 %	85,1 %	86,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,2 %	55,1 %	56,0 %	58,5 %	50,4 %	53,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	6,5 %	5,5 %	6,2 %	0,0 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,7 %	12,1 %	24,2 %	9,8 %	7,4 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,2 %	63,6 %	74,7 %	64,2 %	65,3 %	69,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	2,8 %	1,1 %	1,6 %	4,1 %	6,0 %

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

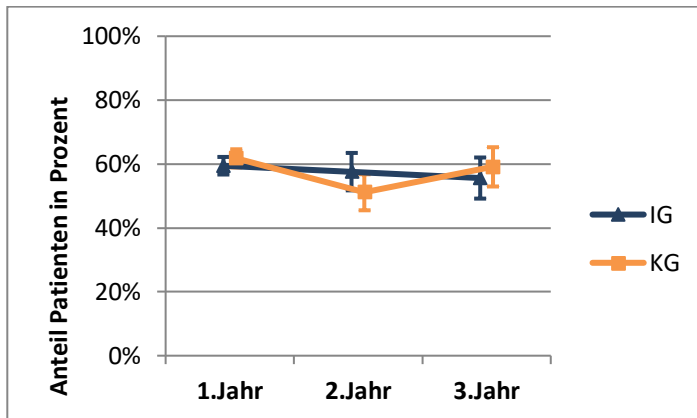
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

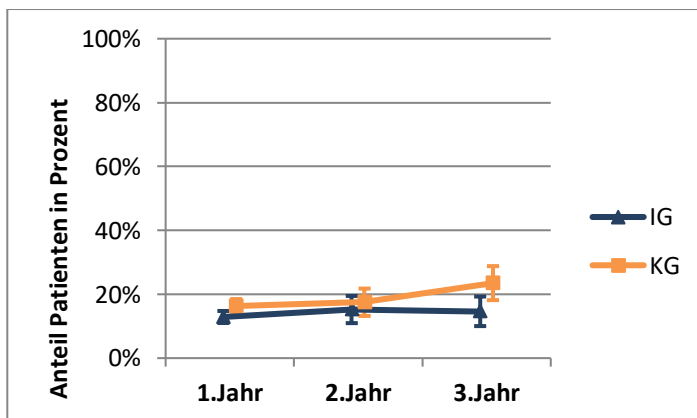
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



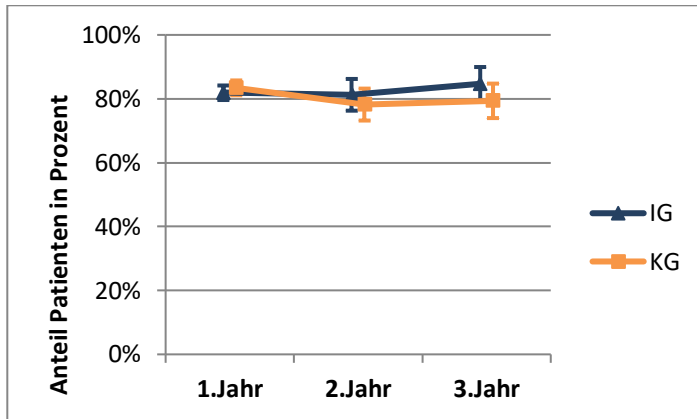
- Alle (psychiatrischer Sektor)



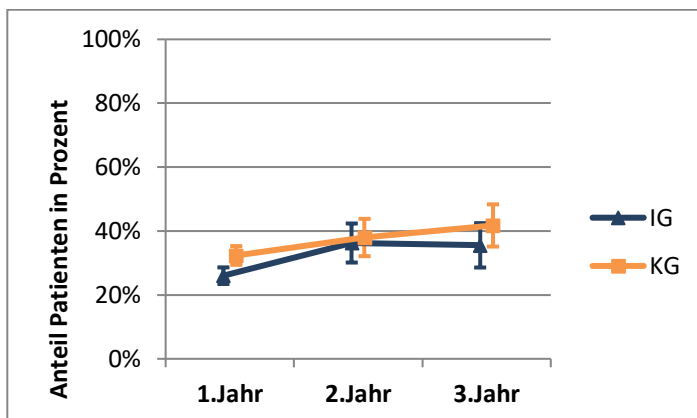
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



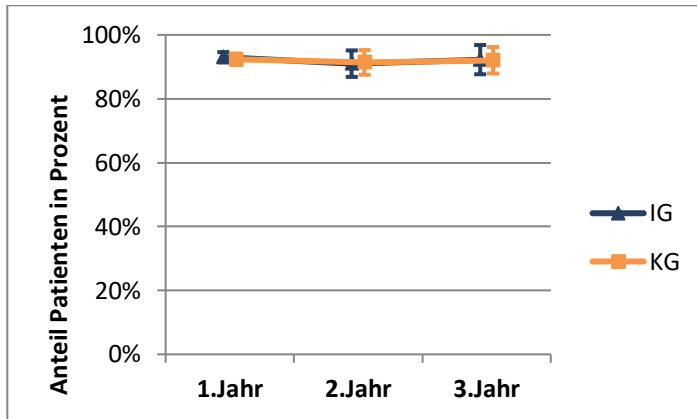
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



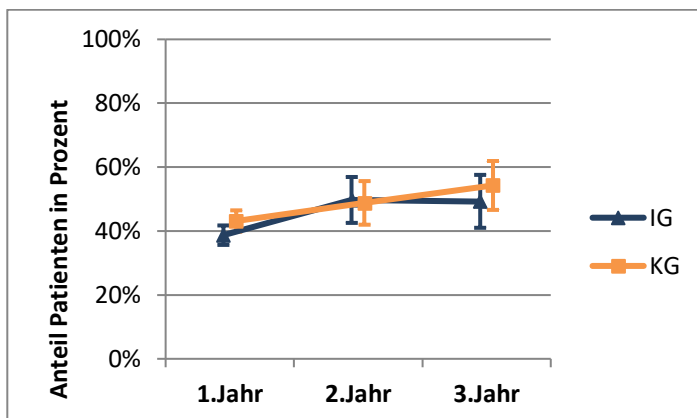
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

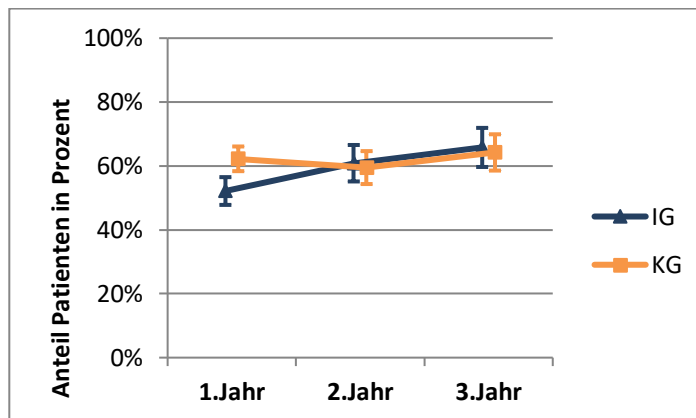
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

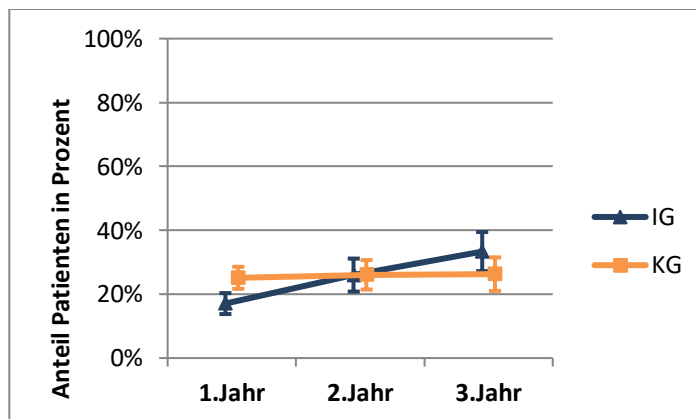
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



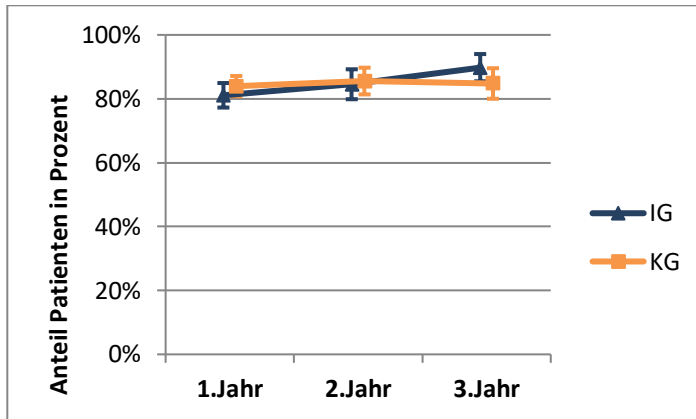
- Alle (psychiatrischer Sektor)



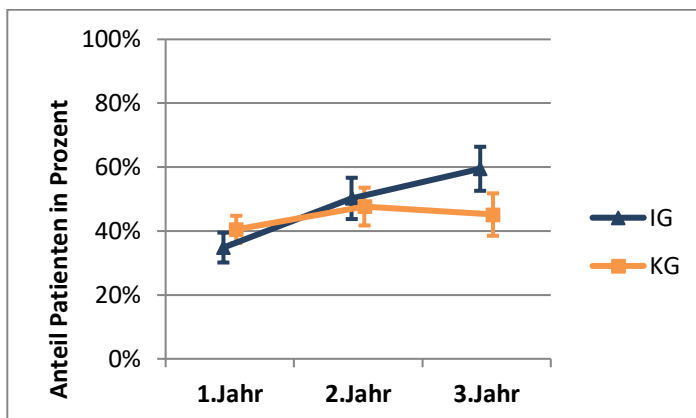
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



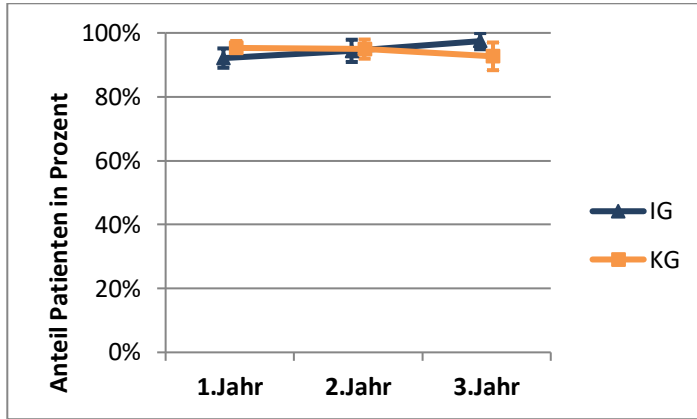
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



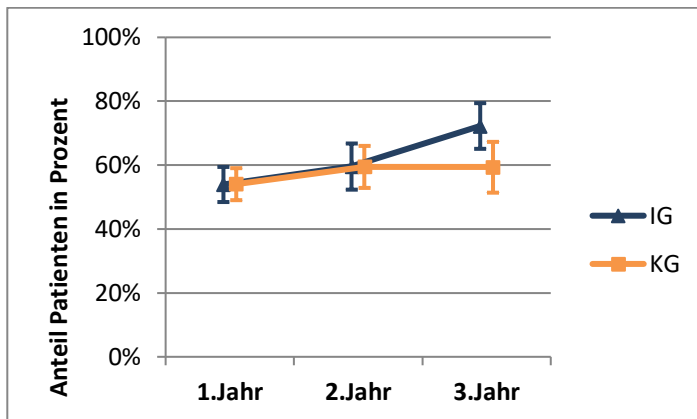
Klinikbekannte Patienten

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.

Patienten von Krankenkassen, von denen keine Kontakte in der PIA zur Verfügung standen (vor 2013), wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

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 Kontaktabbrüche 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 die IG eine größere durchschnittliche Anzahl der **Kontaktabbruch** pro Person (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Die durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient war für 180 Tage Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (180 Tage: DiD = +0,1 Abbrüche). Auch war die durchschnittliche kumulierte **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG statistisch signifikant größer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG (90 Tage: DiD = +23,9 Tage; 180 Tage: DiD = +22,5 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	1.542	1.542	1.543	1.543	1.542	1.542	1.543	1.543
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	135	611	123	530	135	610	123	528
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	51	261	58	248	51	259	58	247
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	31	97	36	122	31	97	36	120
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	68	233	65	214	68	233	65	213
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	29	115	36	110	29	115	36	110
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	17	46	26	55	17	46	26	54

* 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)	459	1.542	455	1.543	459	1.542	455	1.543
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)	–*	43,5 %	–*	40,8 %	–*	39,0 %	–*	37,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	–*	41,2 %	–*	37,9 %	–*	34,8 %	–*	34,3 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	–*	14,2 %	–*	17,3 %	–*	10,8 %	–*	9,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	–*	7,0 %	–*	12,7 %	–*	4,3 %	–*	7,3 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	–*	13,4 %	–*	5,7 %	–*	3,1 %	–*	2,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	–*	13,0 %	–*	1,8 %	–*	4,3 %	–*	0,0 %

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	–*	315,8	–*	302,2	–*	350,0	–*	339,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	–*	297,1	–*	299,4	–*	338,0	–*	338,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	–*	289,3	–*	279,2	–*	326,1	–*	330,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	–*	239,3	–*	292,2	–*	288,2	–*	329,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	–*	223,3	–*	223,2	–*	267,1	–*	289,1
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	–*	217,9	–*	192,0	–*	269,5	–*	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	232	778	215	746	232	778	215	746
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	–*	0,5	–*	0,4	–*	0,4	–*	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	–*	147,3	–*	126,9	–*	133,6	–*	114,7

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

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

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

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

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

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

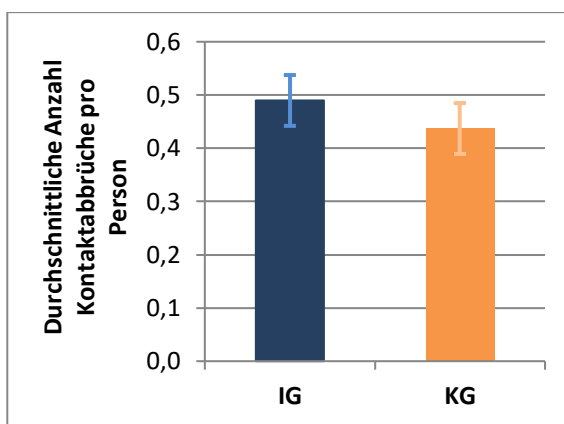
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

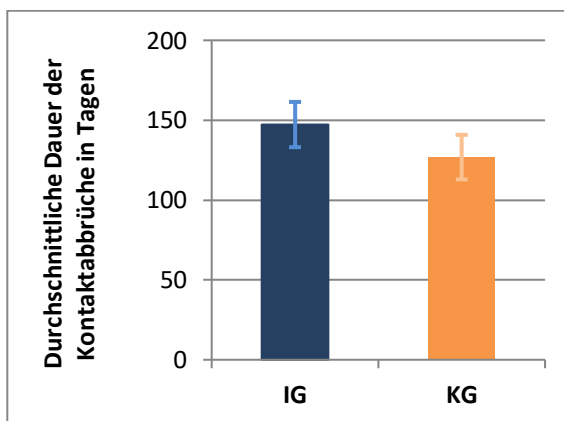
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

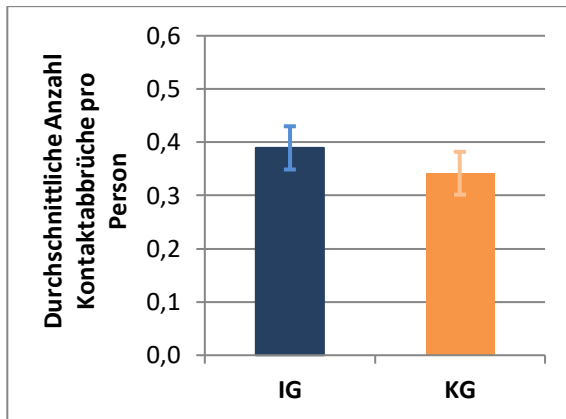
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

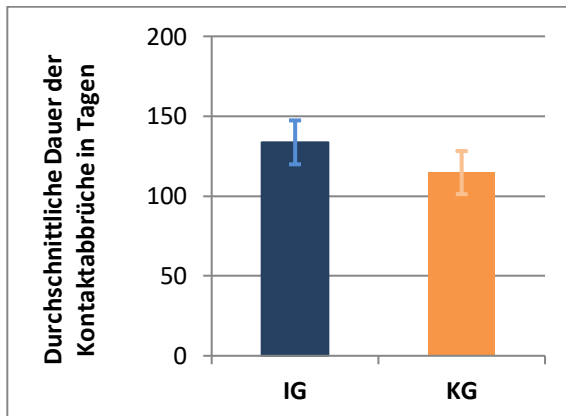


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,06 0,00...0,13	23,87* 4,25...43,49	0,06* 0,00...0,11	22,49* 3,48...41,50

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	562	562	562	562	562	567	567	567	567	567
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	547	561	532	512	499	551	557	535	529	514
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)	1,6%	1,2%	0,5%	0,7%	0,7%	1,1%	3,5%	1,8%	0,7%	1,1%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,2%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	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)	837	837	837	837	837	831	831	831	831	831
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	829	827	820	810	798	822	821	807	787	776
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	0,5%	1,3%	0,7%	0,7%	0,2%	1,4%	1,3%	1,2%	0,7%	0,8%
• Vier (B)	0,1%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,6%	0,1%	0,1%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%

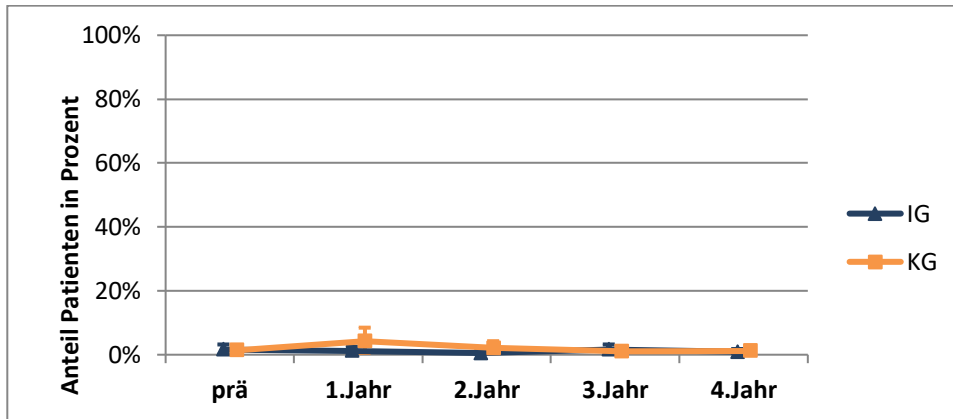
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

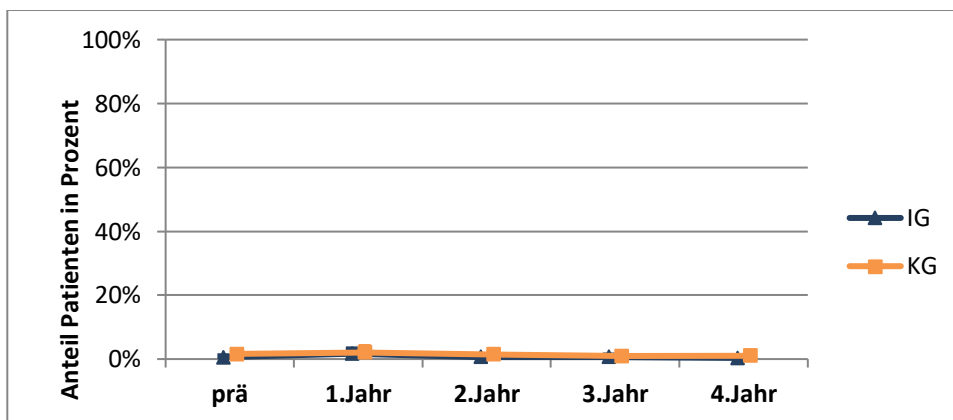


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Klinikbekannte Patienten

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.149	2.149	2.149	2.149
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.102	2.118	2.086	2.109
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,8%	1,4%	0,7%	2,2%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%

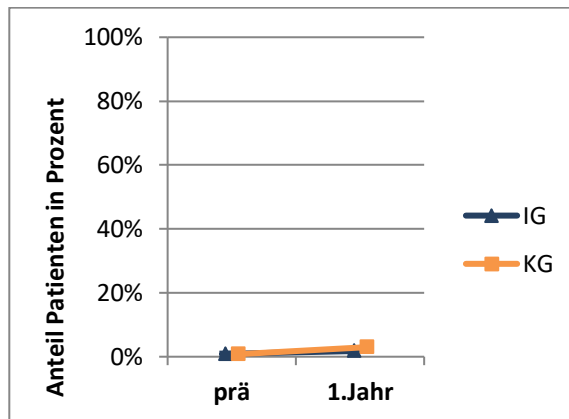
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.624	1.624	1.624	1.616	1.616	1.616
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.590	1.610	1.528	1.572	1.588	1.517
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%	1,3%	0,5%	0,7%	2,7%	1,1%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

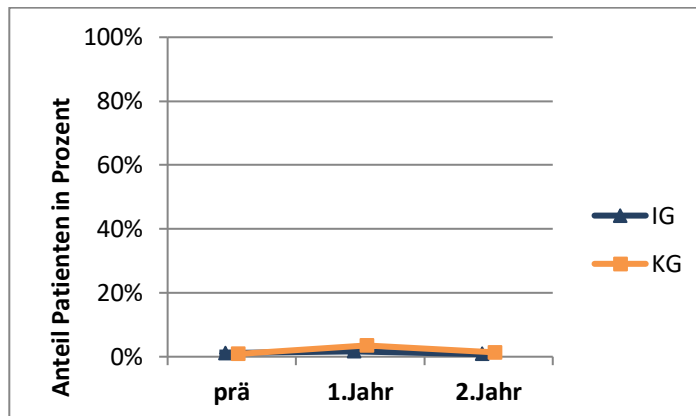


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.119	1.119	1.119	1.119	1.117	1.117	1.117	1.117
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.095	1.113	1.059	1.025	1.091	1.100	1.050	1.032
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)	1,2%	1,5%	0,6%	0,7%	0,7%	3,0%	1,3%	0,6%
• Vier (B)	0,1%	0,4%	0,1%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	911	911	911	911	909	909	909	909
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	902	901	890	881	900	899	884	859
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,5%	1,3%	0,7%	0,8%	1,4%	1,5%	1,3%	0,8%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,6%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%

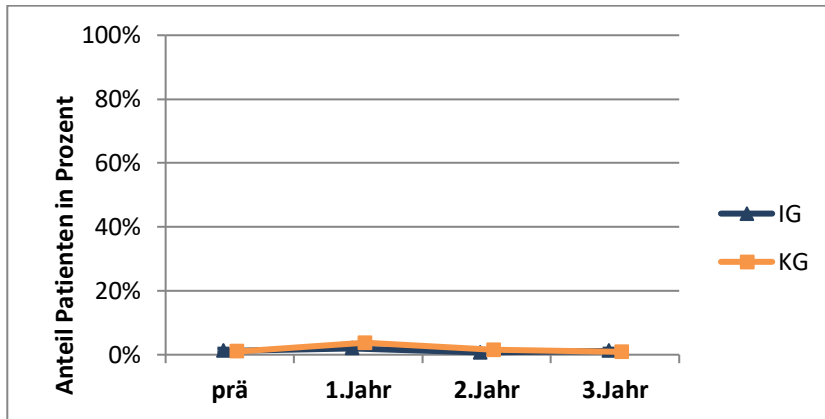
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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:

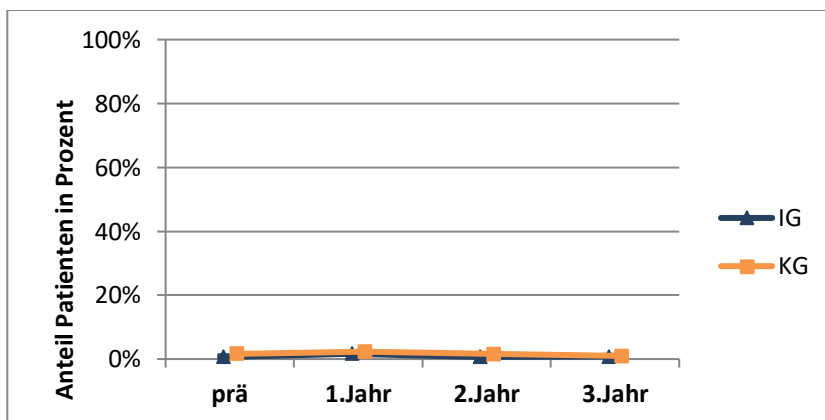
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 Episoden Arbeitsunfähigkeit 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 klinikneuen Patienten in der IG stets eine leicht geringere Anzahl **AU-Episoden** als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Dieser Unterschied war für das zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD = -0,3 AU-Episoden). Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,2 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall, der zwischen IG und KG vergleichbar war, und sank dann in beiden Gruppen auf 0,6 bzw. 0,4 AU-Episoden ab. Bei den klimbekanntnen Patienten war, neben einem höheren Ausgangsniveau im Vergleich zu den klinikneuen Patienten, eine Verringerung der AU-Tage über die Zeit ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren jedoch nicht ersichtlich.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den klinikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer im Vergleich zur KG (-20,5 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -20,5 AU-Tage). Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl der AU-Tage in beiden Gruppen. Im zweiten Jahr nach Referenzfall wies die IG auch eine statistisch signifikant geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall und im Vergleich mit der KG auf (DiD = -15,2 AU-Tage). Auch der Vergleich

zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch signifikant (DiD = -13,2 AU-Tage) (DiD Jahr 1-4).

In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und im Jahr vor Referenzfall mehr AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten wies die IG jedoch ab dem Jahr nach Referenzfall stets weniger AU-Tage als Patienten der KG auf. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F70-79 (Intelligenzstörung), F30-39 (affektive Störungen) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme 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 im Anhang).

Bei den klinikbekanntem Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG wesentlich geringer im Vergleich zur KG ausfiel (IG: +1,9 AU-Tage; KG: +27,7 AU-Tage). Während die Patienten der IG auf einem geringeren AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = -13,2 AU-Tage), fiel dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall geringer aus (-5,5 AU-Tage). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen in der IG etwas größer als in der KG, ab dem dritten Jahr jedoch wieder geringer (2. Jahr: +3,1 AU-Tage, 3. Jahr: -2,9 AU-Tage, 4. Jahr: -1,8 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall waren für das zweite (DiD = +16,4 AU-Tage) und das vierte Jahr nach Referenzfall (DiD = +11,4 AU-Tage) ersichtlich. Auch im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren danach (DiD Jahr 1-4) waren in der IG statistisch signifikant mehr AU-Tage als in der KG zu beobachten. Dies ist jedoch auf die wesentlich geringere Anzahl an AU-Tagen im Jahr vor Referenzfall zurückzuführen.

Hier verzeichneten die jüngeren klinikbekanntem Patienten in der IG vom Jahr vor bis zum Jahr nach Referenzfall wesentlich weniger AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG; ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen in der IG stets etwas größer als in der KG (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten war die Anzahl an AU-Tage in der IG bis auf das zweite Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) 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 im Anhang).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG weniger stark als in der KG an (IG: +43,9 AU-Tage; KG: +53,7 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG (DiD = -13,6 AU-Tage). Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall wies die IG geringere AU-Tage auf. Dieser Unterschied war jedoch nicht mehr statistisch signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen Parallelen erkennbar. Auch bei der Anzahl **AU-Tage** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wider. Bei den linikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG niedriger. Bei den linikbekanntem Patienten war ein zu den klinikneuen Patienten höheres Ausgangsniveau der AU-Tage erkennbar. Dieses war in der IG nur leicht höher (+2,1 AU-Tage) und in der KG stark höher (+21,9 AU-Tage). Diese sanken in der IG und der KG nach dem ersten Jahr nach Referenzfall ab.

In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den klinikneuen Patienten in der IG höher und bei den klinikbekanntem Patienten 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)	293	293	293	292	290	316	316	316	315	314
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,2	0,4	0,4	0,4	0,5	1,2	0,6	0,4	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	28,7	63,6	17,5	17,4	18,7	16,1	71,6	20,1	15,0	13,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,9%	12,3%	5,1%	6,2%	3,4%	19,0%	12,7%	4,4%	3,8%	2,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	1,0	0,9	0,2	0,2	1,3	0,5	0,6	0,3	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%

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

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)	412	412	412	412	410	398	398	398	398	397
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,8	0,8	0,5	0,6	0,6	0,9	0,9	0,6	0,6	0,6
	30,6	27,4	19,1	16,9	19,5	43,8	32,8	15,9	19,7	21,3
	8,7%	5,3%	4,1%	4,9%	3,9%	13,3%	4,8%	5,3%	4,8%	3,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
	1,7	1,1	1,0	1,2	1,4	1,5	1,2	0,3	0,4	1,2
	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	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

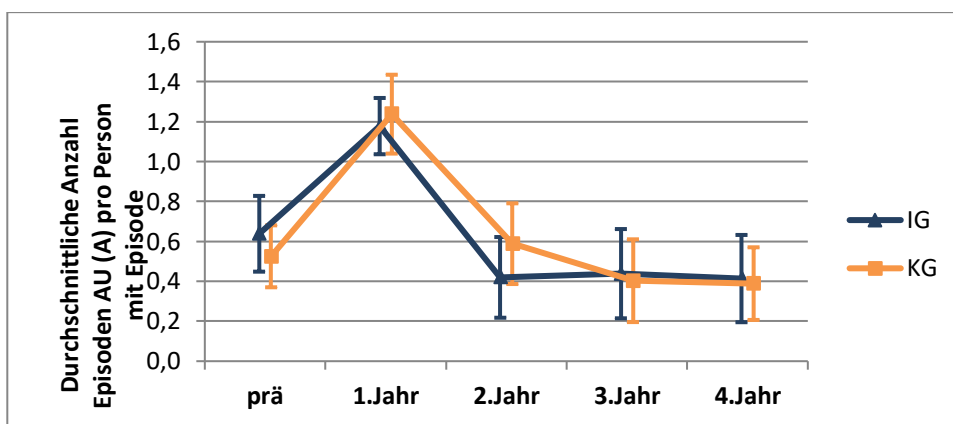
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

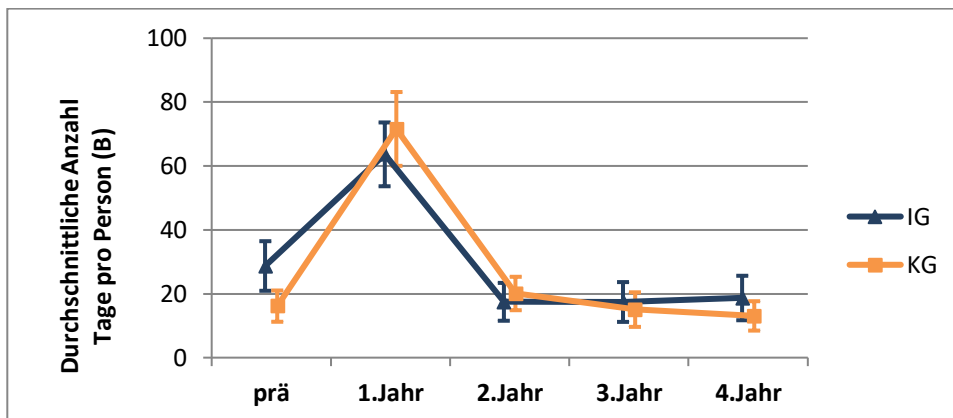
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

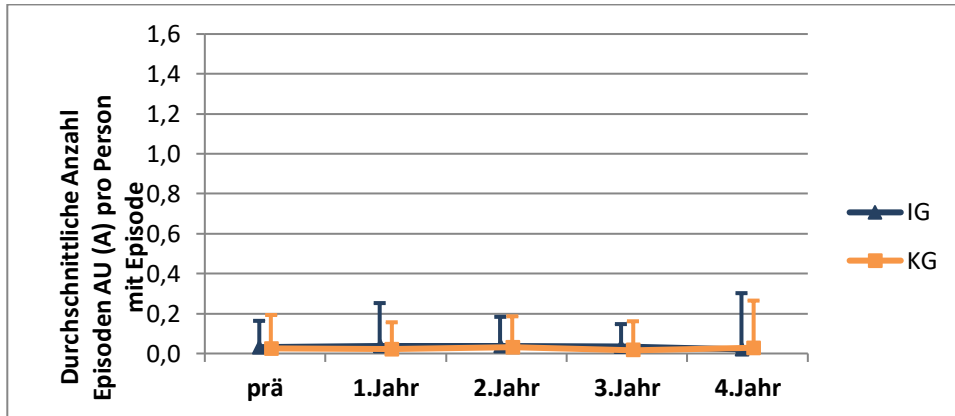


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

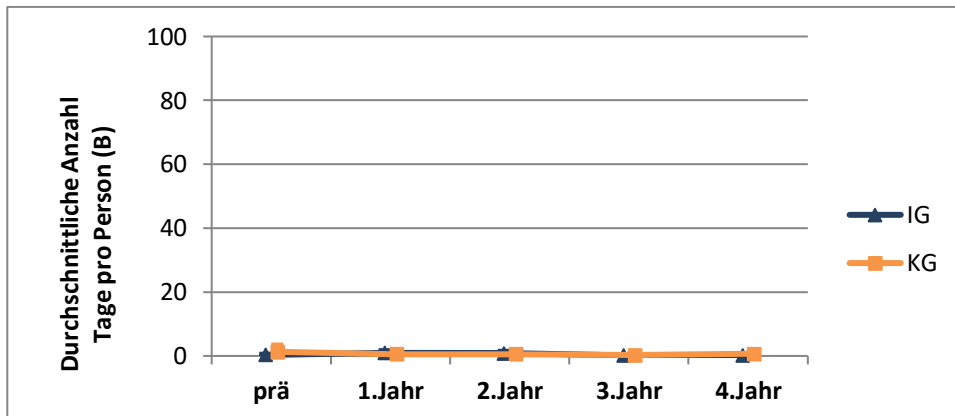


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



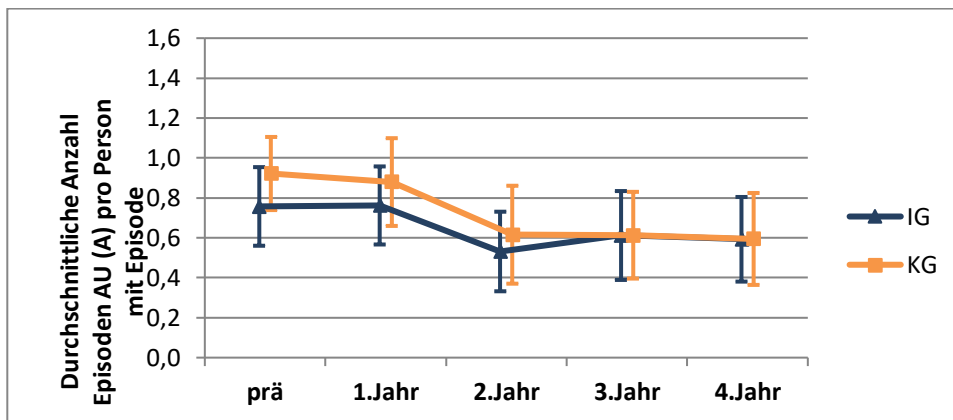
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

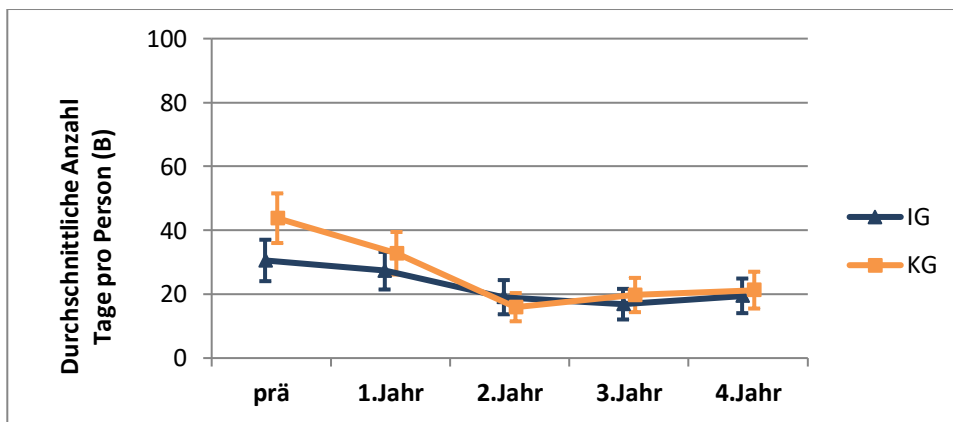
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

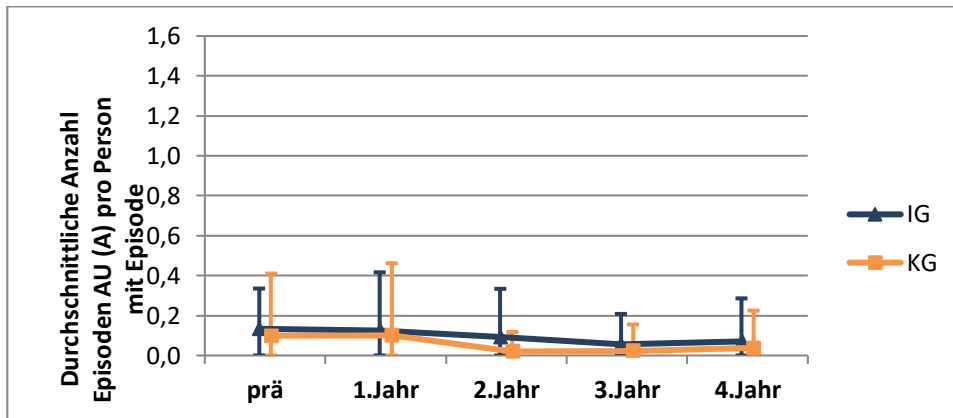


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

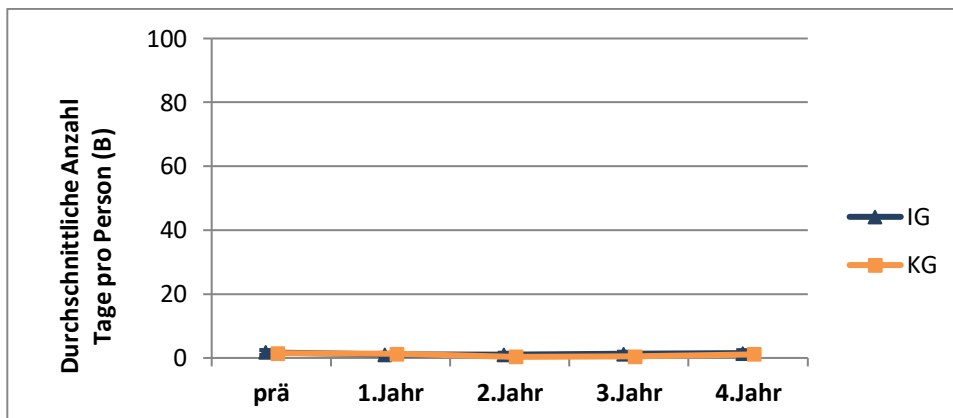


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,40...0,05	-20,53** -34,30...-6,75
DID Jahr 2	-0,28* -0,51...-0,06	-15,17* -28,94...-1,39
DID Jahr 3	-0,08 -0,31...0,15	-10,20 -23,98...3,58
DID Jahr 4	-0,09 -0,32...0,14	-7,08 -20,85...6,70
DID Jahr 1-4	—	-13,24* -24,68...-1,80

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,05 -0,19...0,28	7,77 -3,53...19,07
DID Jahr 2	0,08 -0,15...0,32	16,36** 5,06...27,66
DID Jahr 3	0,16 -0,07...0,40	10,36 -0,94...21,66
DID Jahr 4	0,16 -0,07...0,40	11,40* 0,10...22,70
DID Jahr 1-4	—	11,47* 2,52...20,43

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)	1.285	1.285	1.322	1.322
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)² • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,6 26,5 23,7%	1,2 70,4 11,7%	0,7 23,0 22,0%	1,2 76,7 12,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0 0,3 0,0%	0,0 0,6 0,1%	0,0 0,5 0,0%	0,0 0,6 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

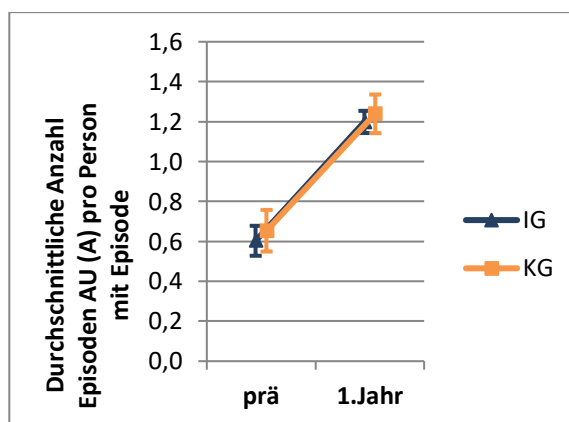
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

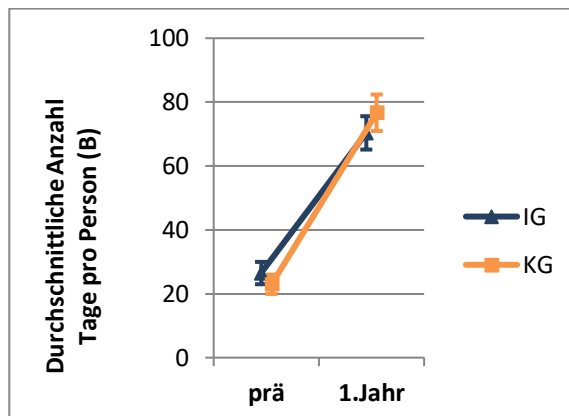
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

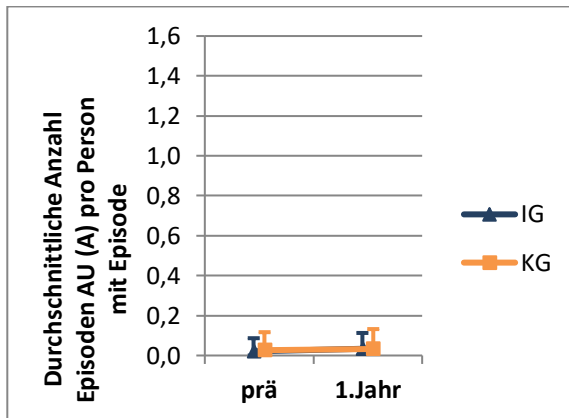


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

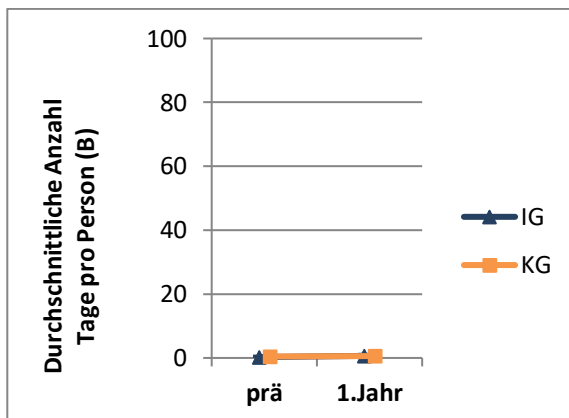


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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)	950	950	948	980	980	978
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,2	0,4	0,7	1,3	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	25,2	68,9	19,1	21,4	78,7	22,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,8%	11,6%	5,3%	22,1%	13,0%	4,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,7	0,6	0,5	0,6	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	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

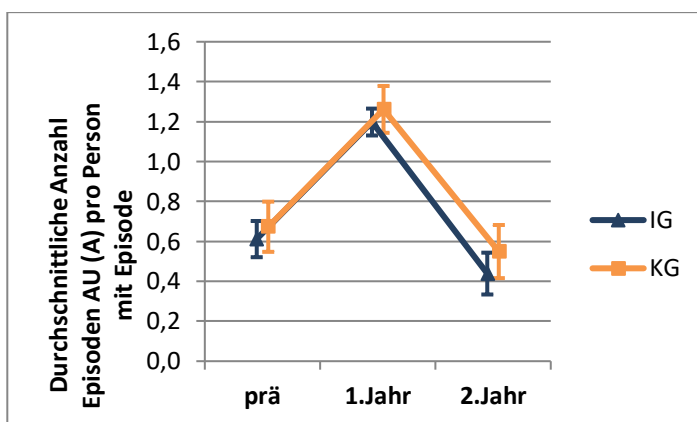
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

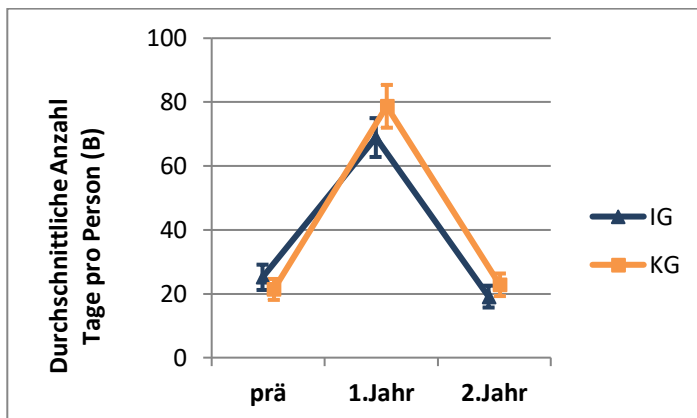
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

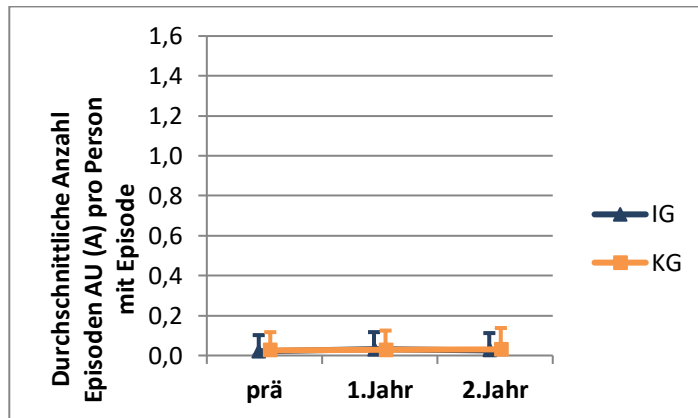


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

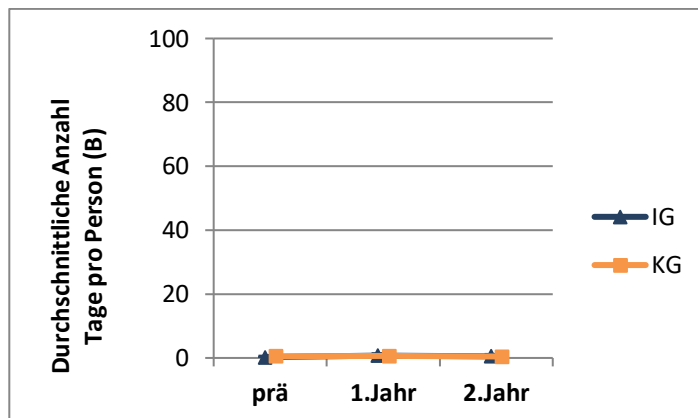


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,00 -0,14...0,14	-13,57** -22,31...-4,83
DID Jahr 2	-0,05 -0,19...0,10	-7,49 -16,23...1,25

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)	632	632	631	629	658	658	657	655
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,2	0,5	0,4	0,6	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,0	65,1	19,3	16,4	19,1	75,2	22,4	15,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,1%	11,4%	6,2%	5,6%	19,8%	12,6%	4,7%	3,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,6	0,5	0,2	0,7	0,4	0,6	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	458	458	458	458	444	444	444	444
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,7	0,8	0,5	0,6	0,9	0,9	0,6	0,6
	28,1	27,4	18,9	17,1	41,0	33,3	15,6	19,6
	8,5%	5,7%	3,9%	5,0%	12,6%	5,0%	5,0%	4,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
	1,8	1,3	1,1	1,2	1,9	1,6	0,4	0,6
	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%

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

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

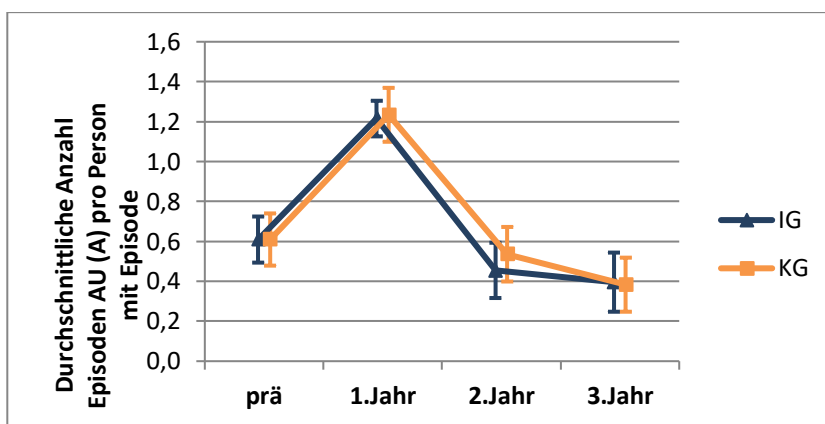
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

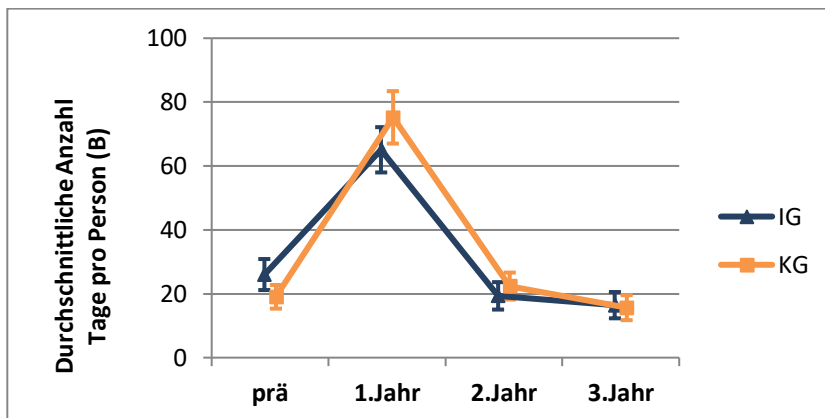
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

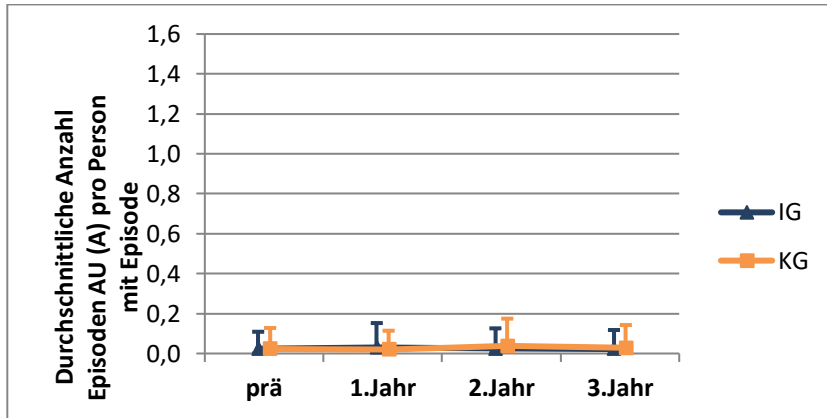


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

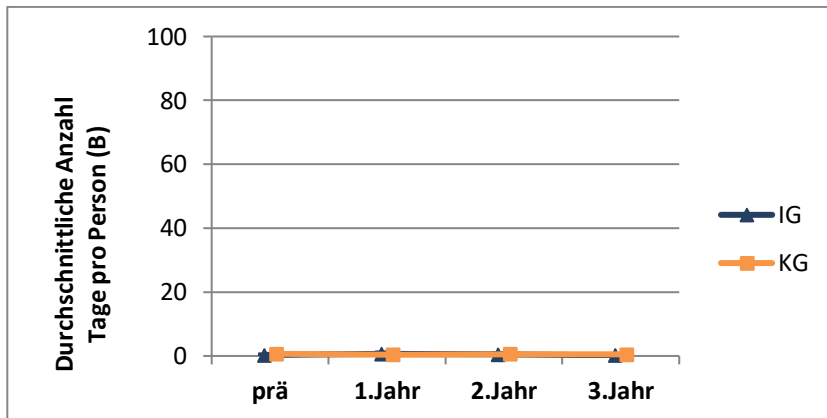


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



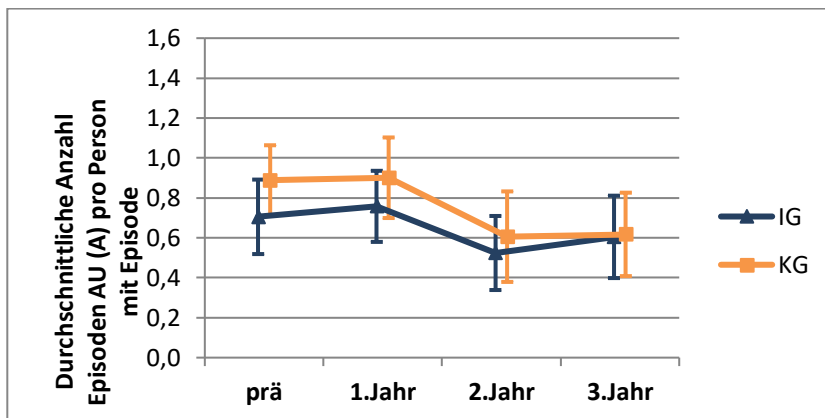
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

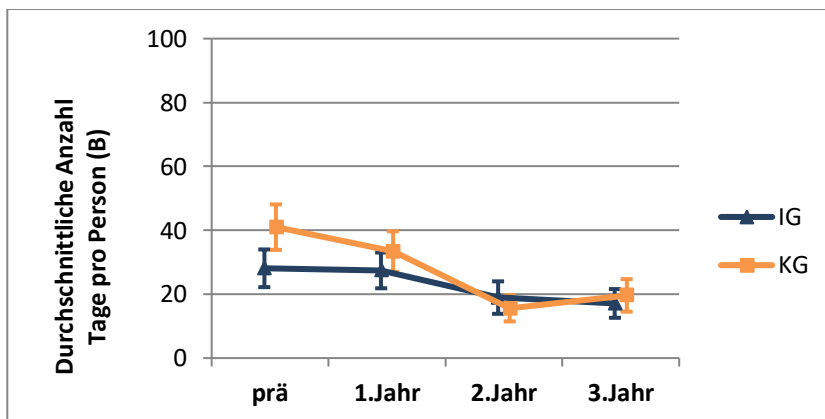
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

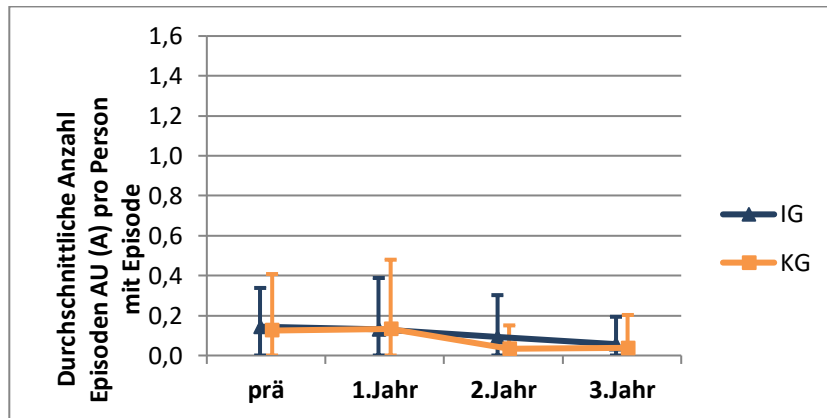


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

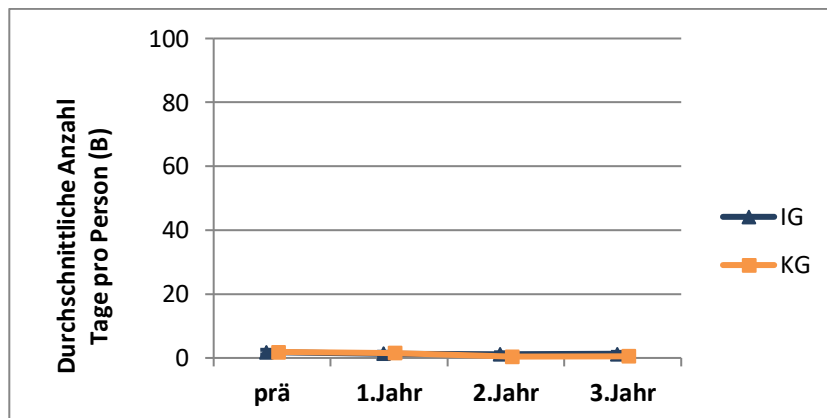


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG geringer als in der KG (IG: 27,7 %; KG: 34,0 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Jedoch war die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** zwischen IG und KG vergleichbar.

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	1.403	1.164
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	27,7% 113,1	34,0% 115,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	636	556
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	13,5% 113,2	18,6% 113,1
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	267	236
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	6,8% 113,6	8,5% 124,5

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

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

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

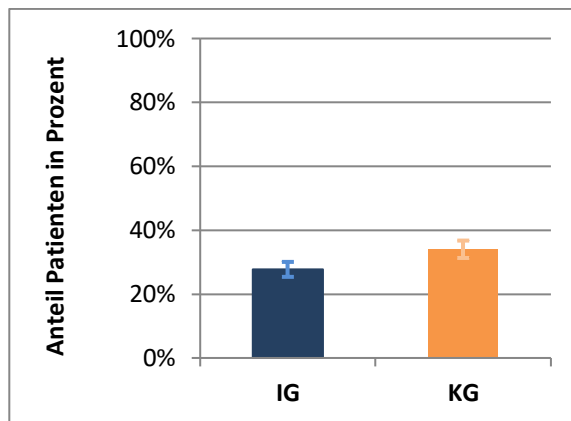
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

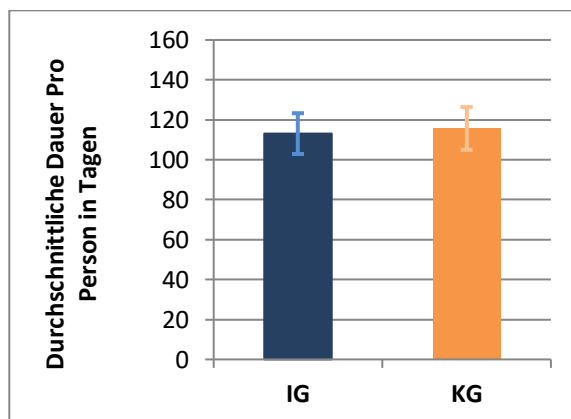


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,78** 0,65...0,92	-3,30 -18,26...11,65

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: +0,8). Danach sank der Score erneut, blieb aber über dem vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,3-3,7), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG und sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu U1 bei den linikneuen Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen IG und KG war nicht ersichtlich. Auch bei den linikbekannten Patienten war kaum ein Unterschied zwischen IG und KG und ein nur sehr kleiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,4	3,0	3,0	3,1	2,6	3,4	2,9	3,1	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)	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,7	3,5	3,6	3,6	3,3	3,5	3,4	3,5	3,6

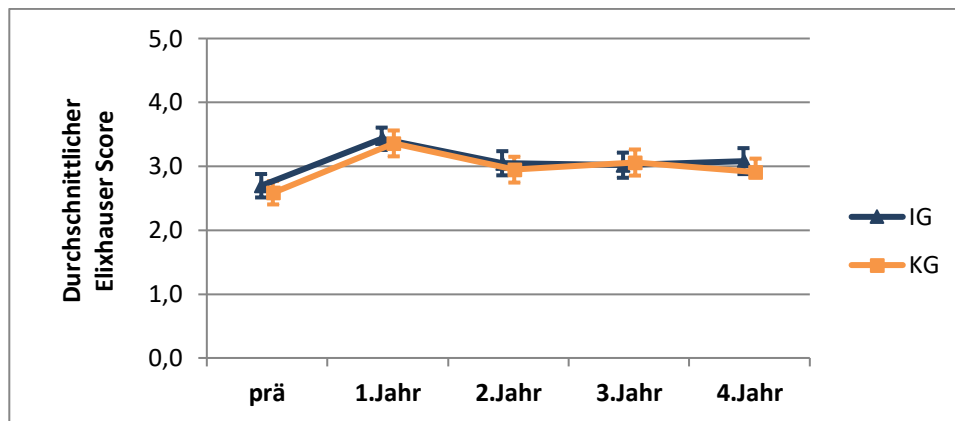
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

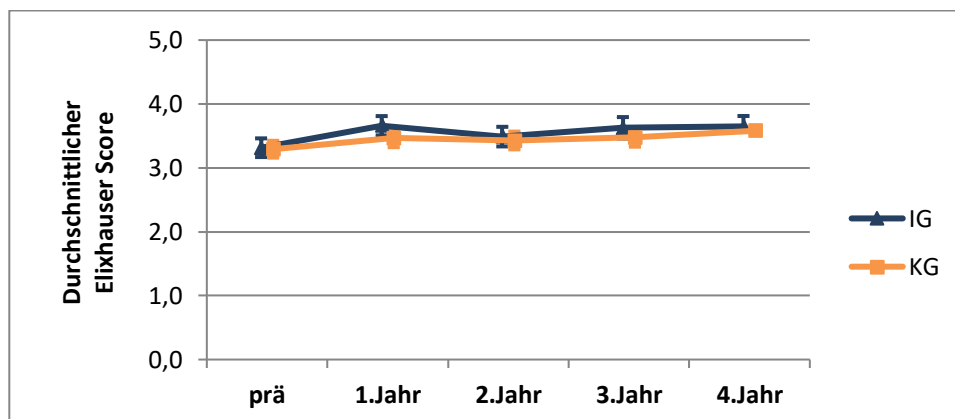


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,04 -0,40...0,32
DID Jahr 2	0,00 -0,36...0,36
DID Jahr 3	-0,21 -0,57...0,16
DID Jahr 4	0,01 -0,36...0,37

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,17 -0,14...0,48
DID Jahr 2	0,05 -0,25...0,36
DID Jahr 3	0,17 -0,14...0,48
DID Jahr 4	0,10 -0,21...0,41

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	2.149	2.149	2.149	2.149
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,4	2,7	3,4

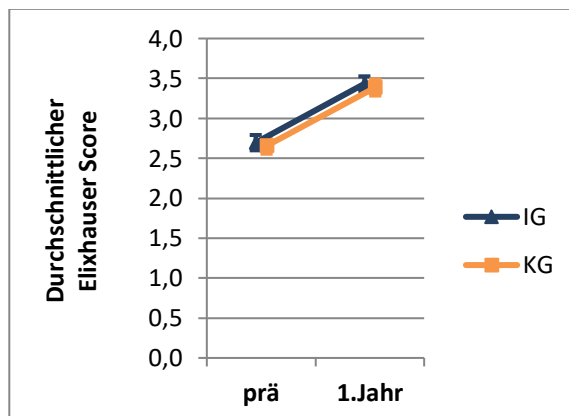
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,5	3,0	2,6	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

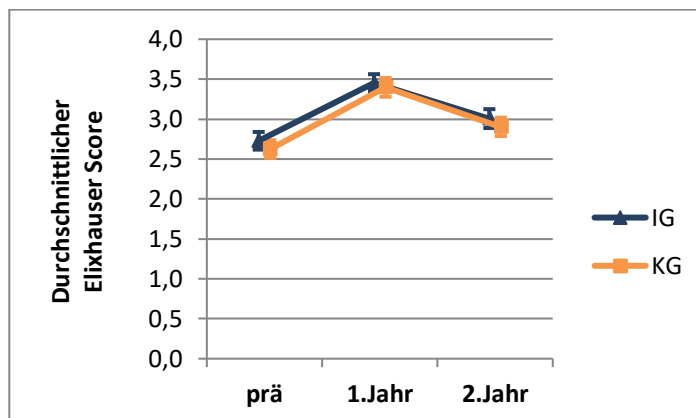


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,05 -0,26...0,16
DID Jahr 2	-0,01 -0,22...0,20

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.069
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,5	3,1	3,0	2,6	3,4	2,9	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	911	911	900	891	909	909	897	881
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,6	3,5	3,6	3,3	3,5	3,4	3,5

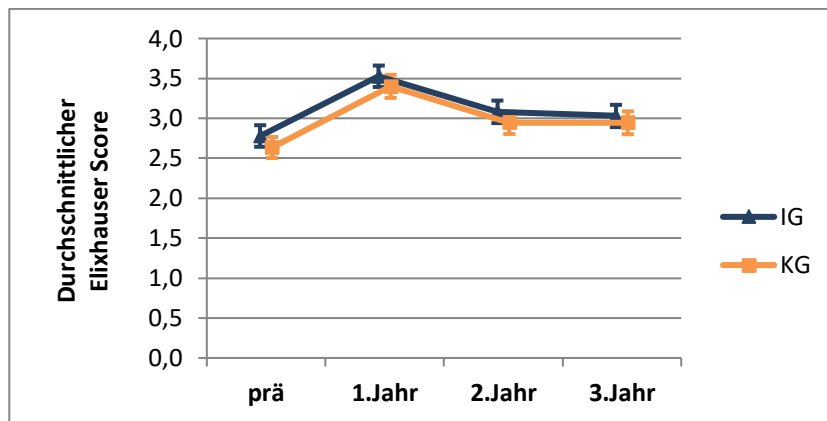
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

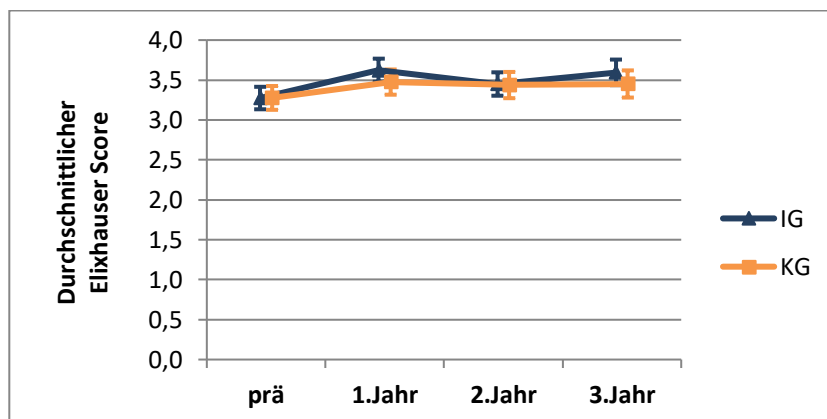


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), in der IG bei den linikneuen Patienten etwas höher (+2,6 %-Punkte) und bei den linikbekannten Patienten etwas niedriger (-1,7 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der leicht erhöhten Mortalität linikneuer Patienten in der IG im Vergleich zur KG für die 2-Jahres-Mortalität (+1,1 %-Punkte). Die 2-Jahres-Mortalität war bei den linikbekannten Patienten vergleichbar.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	562	567
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	10,3 %	7,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	837	831
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	5,5 %	7,2 %

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

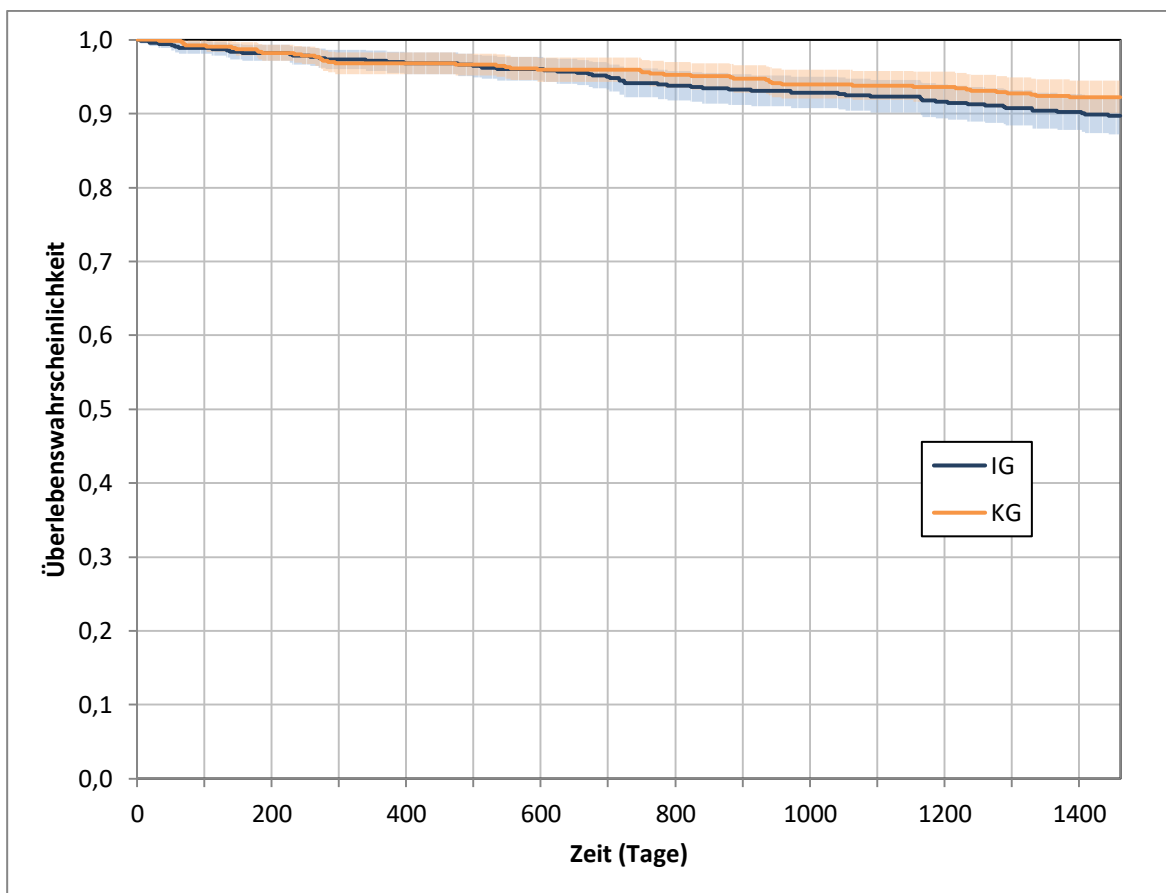
Klinikneue Patienten

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

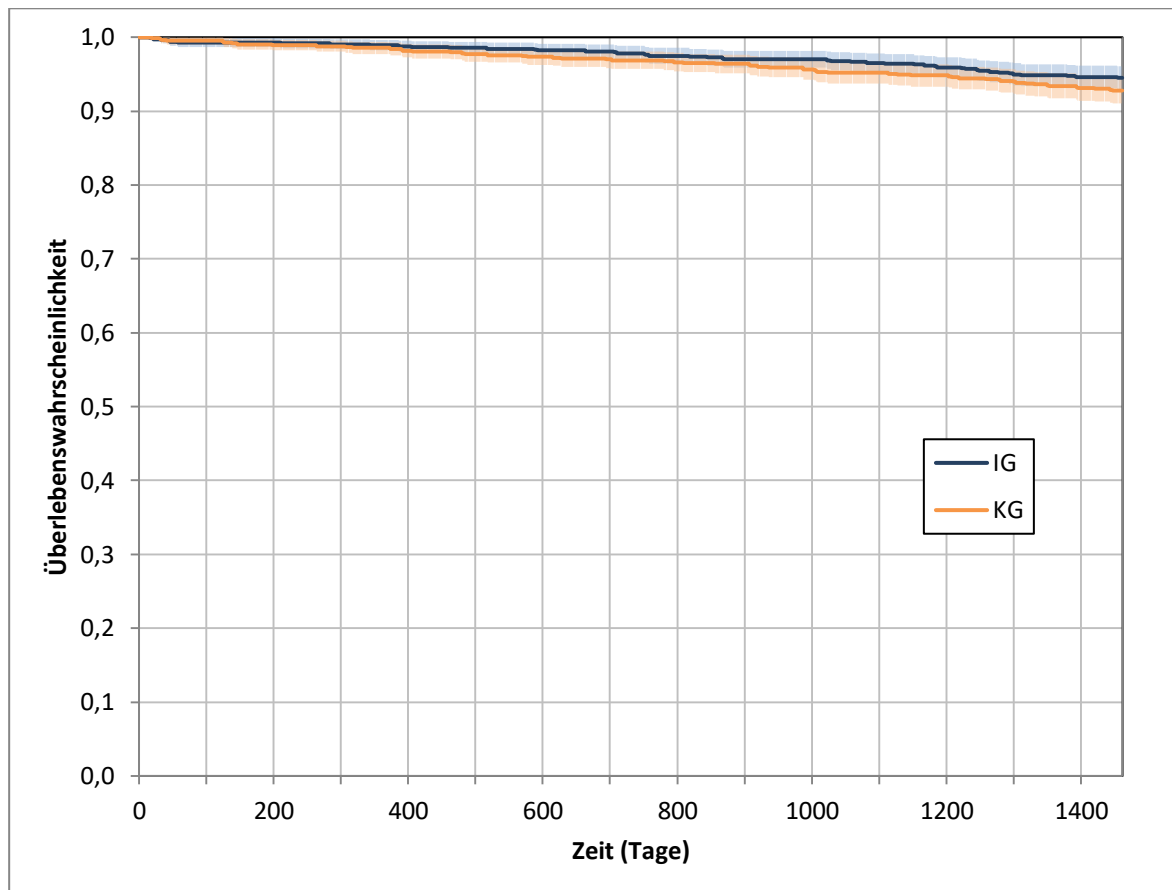


Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,28 0,86...1,91

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,87 0,59...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 48: Mortalität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	2.149	2.149
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	3,1 %	2,7 %

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

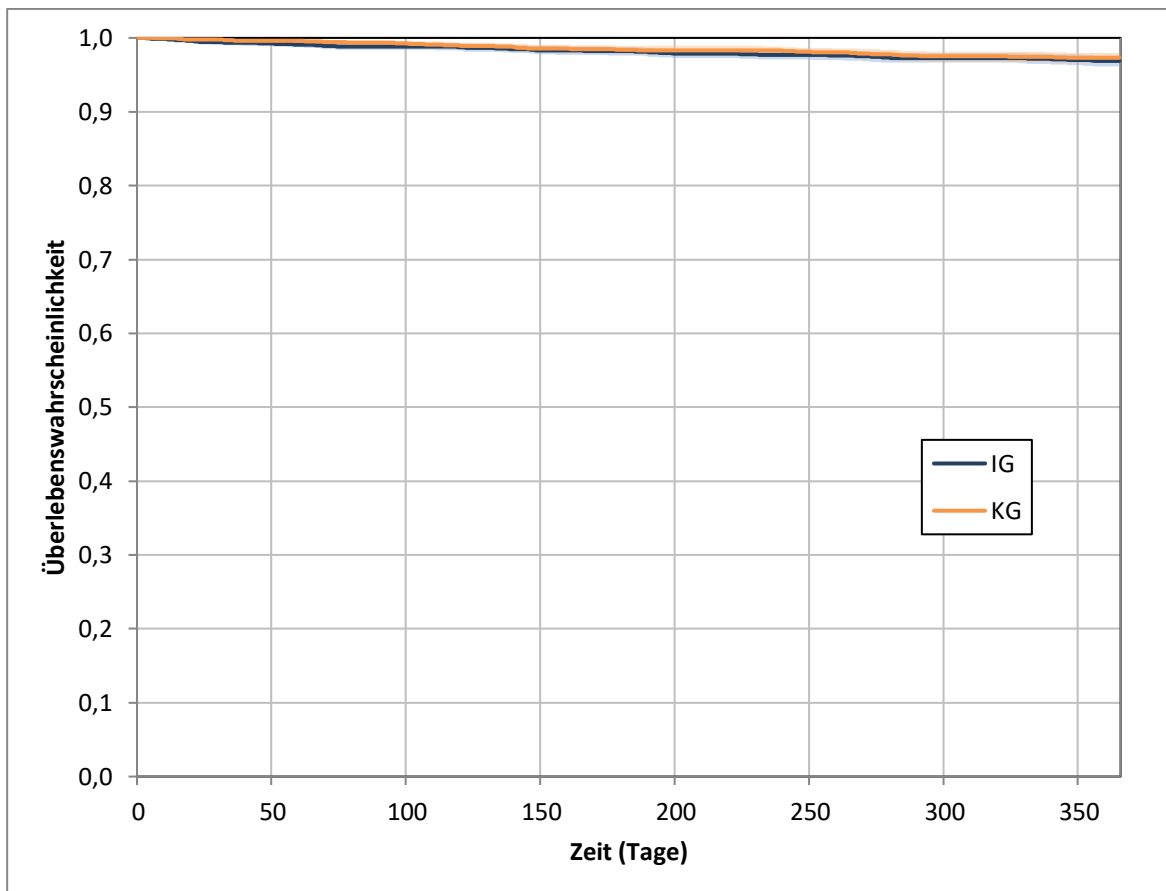
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.624	1.616
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A) 	5,2 %	4,6 %

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

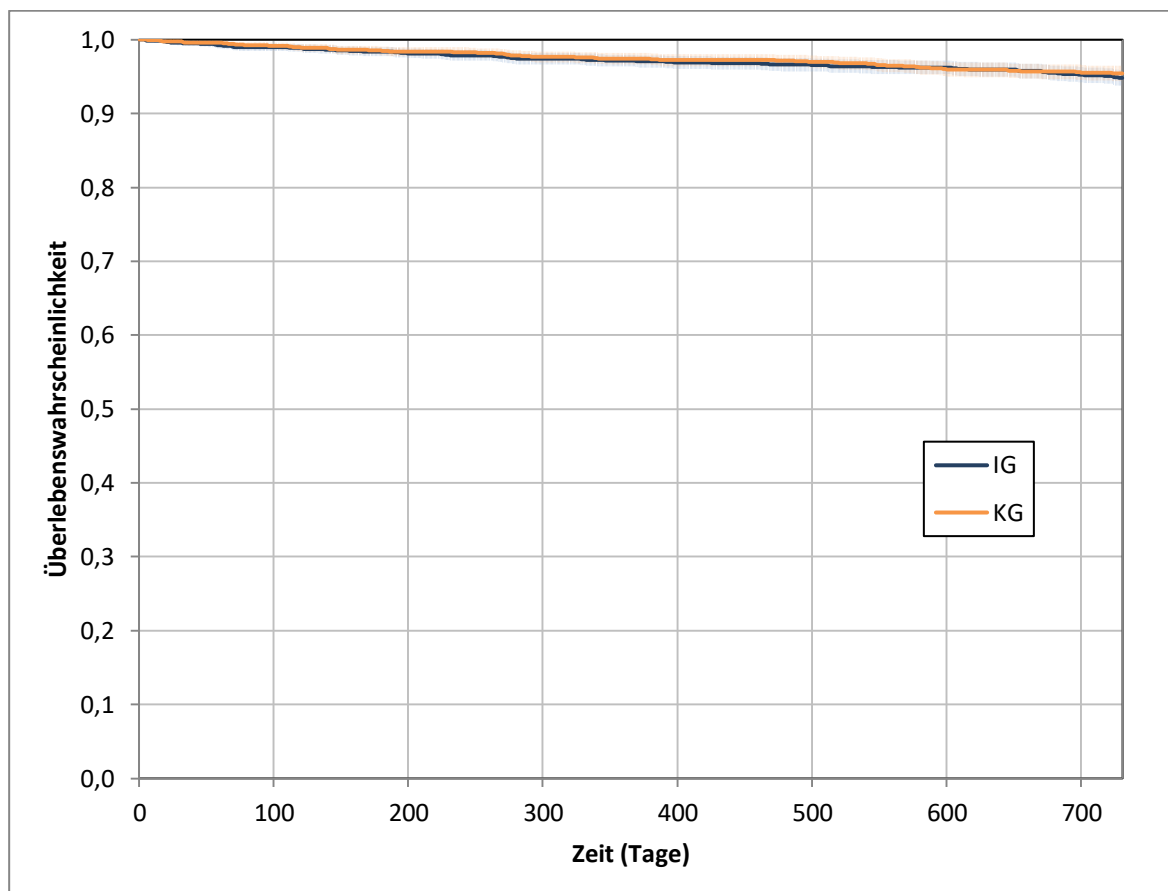


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,99 0,72...1,36

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)	1.119	1.117
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	6,8 %	5,7 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	911	909
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	3,4 %	4,7 %

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

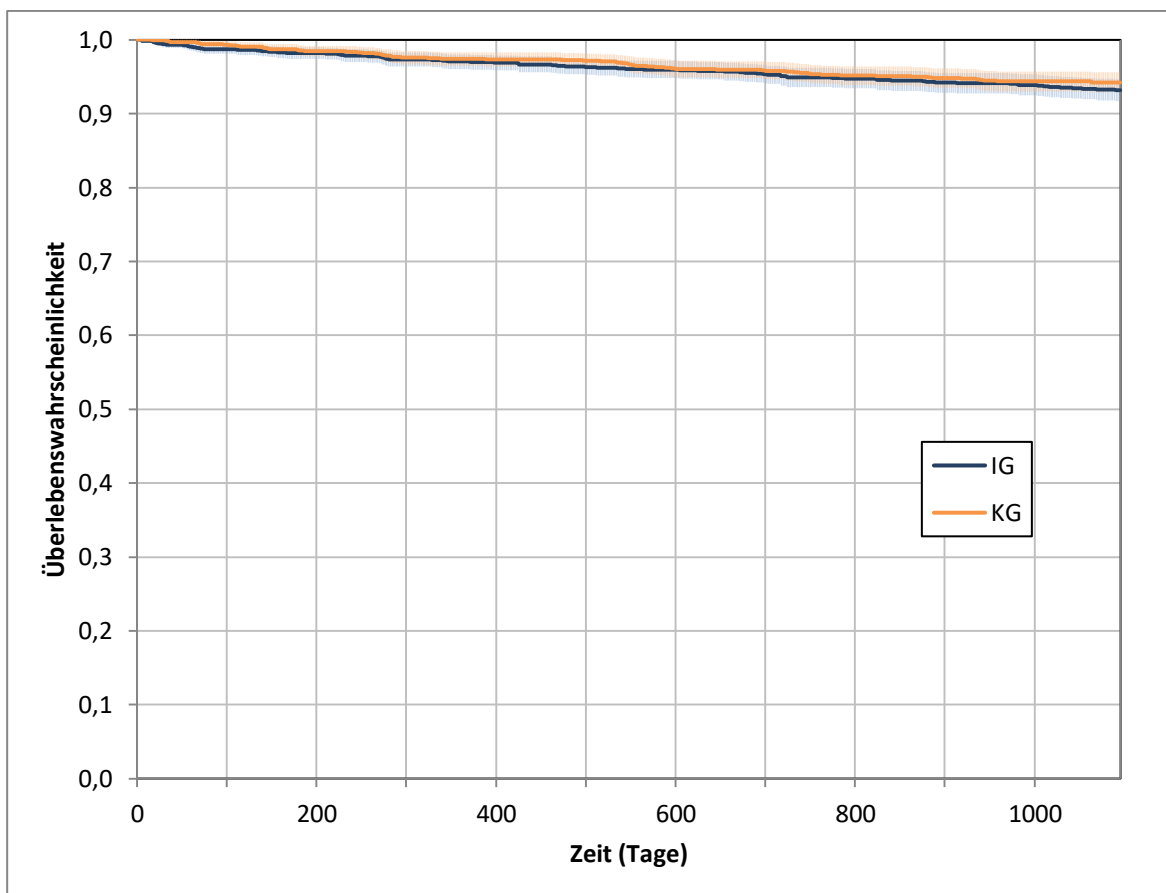
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



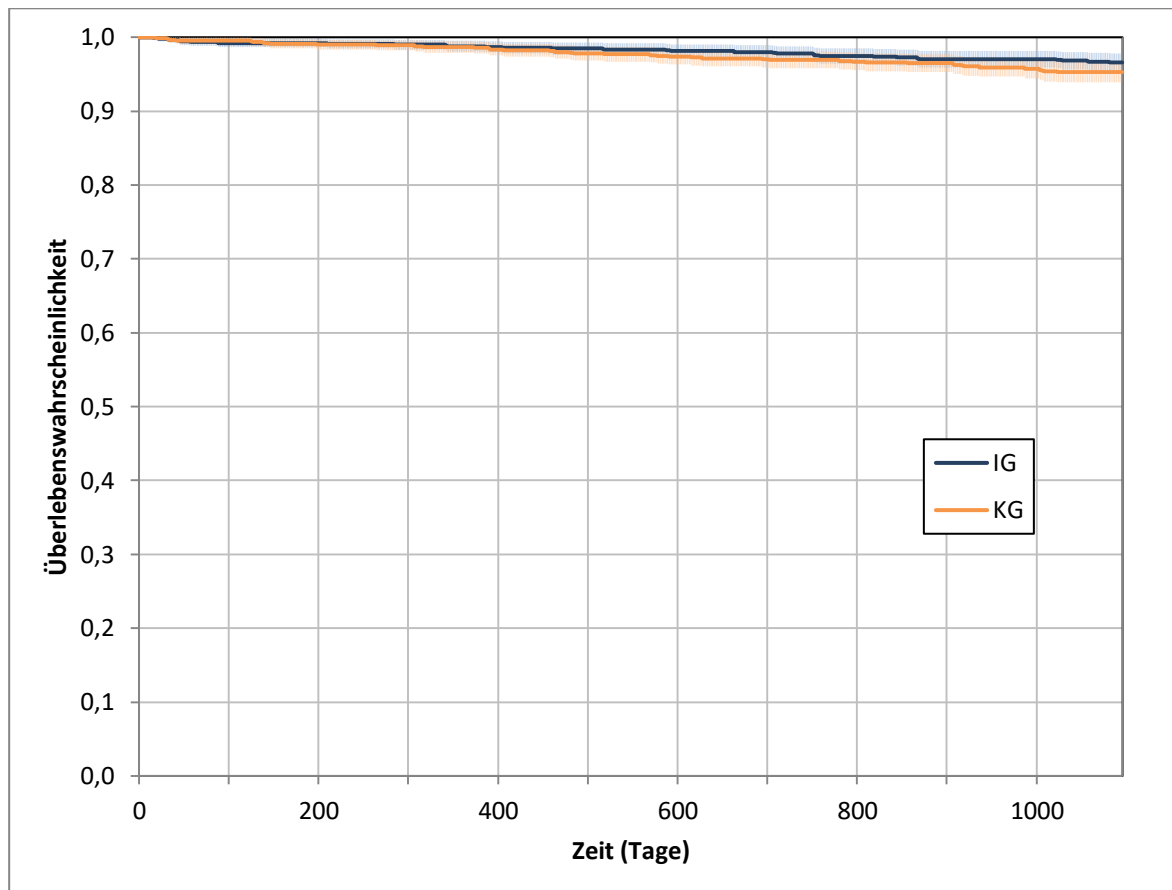
Klinikbekannte Patienten

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 (-2,8 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-5,7 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-3,8 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil geringer (-3,8 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (+0,6 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-4,8 %-Punkte). Jedoch war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 7,6 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 3,5 %-Punkte geringer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 3,9 %-Punkte größer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen, in der IG geringer als in der KG (-9,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (-3,9 %-Punkte). Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (+1,6 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**), bei den linikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-8,7 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG auch geringer (-2,3 %-Punkte), auch wenn in geringerem Ausmaße. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-4,3 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-3,9 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen als die Patienten der KG (-2,2 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-2,2 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	504	523
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	186 312 325	185 294 354
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	16,7 % 6,4 % 34,5 %	19,5 % 10,2 % 33,9 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4	4
	Jahre	Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	791	771
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	214	198
• Jegliche depr. Episode ³	408	373
• ohne Suchterkrankung ⁵	441	420
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	7,5 %	13,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,1 %	9,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	15,2 %	20,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

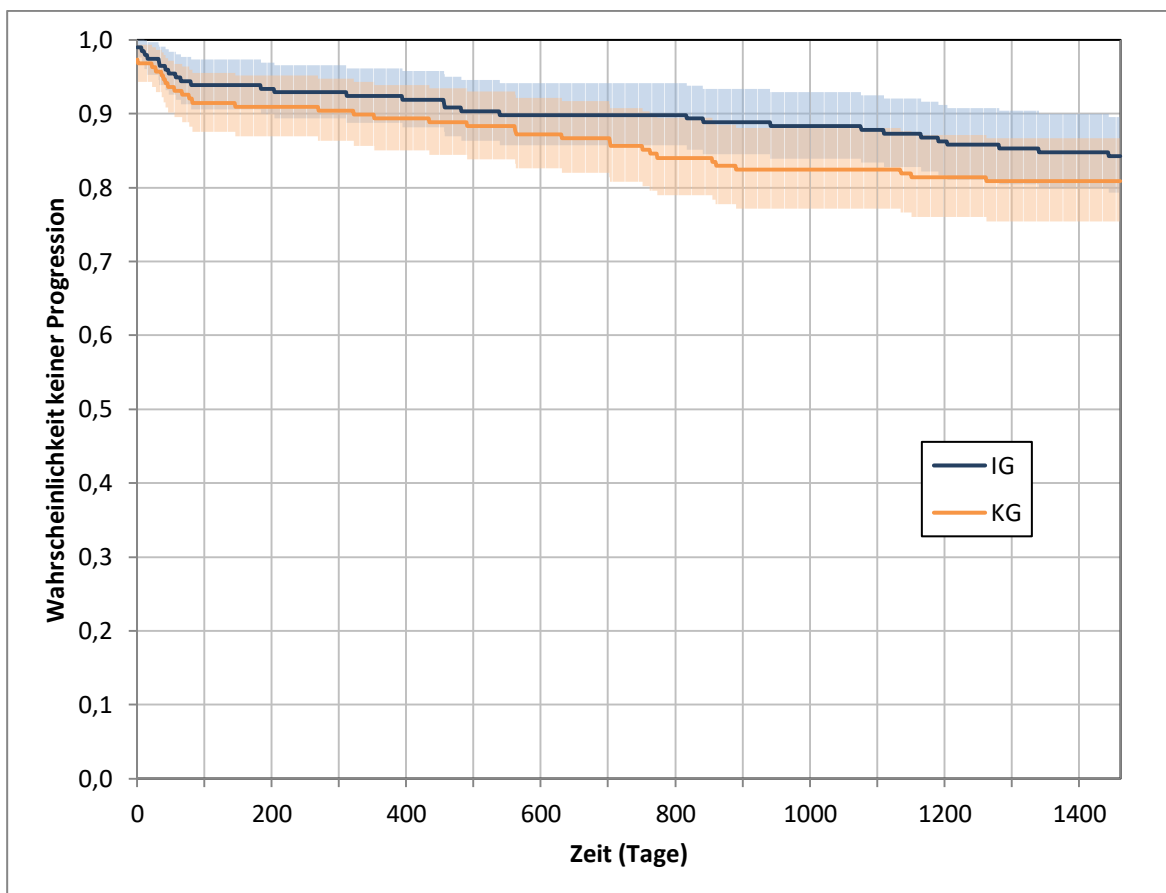
Klinikneue Patienten

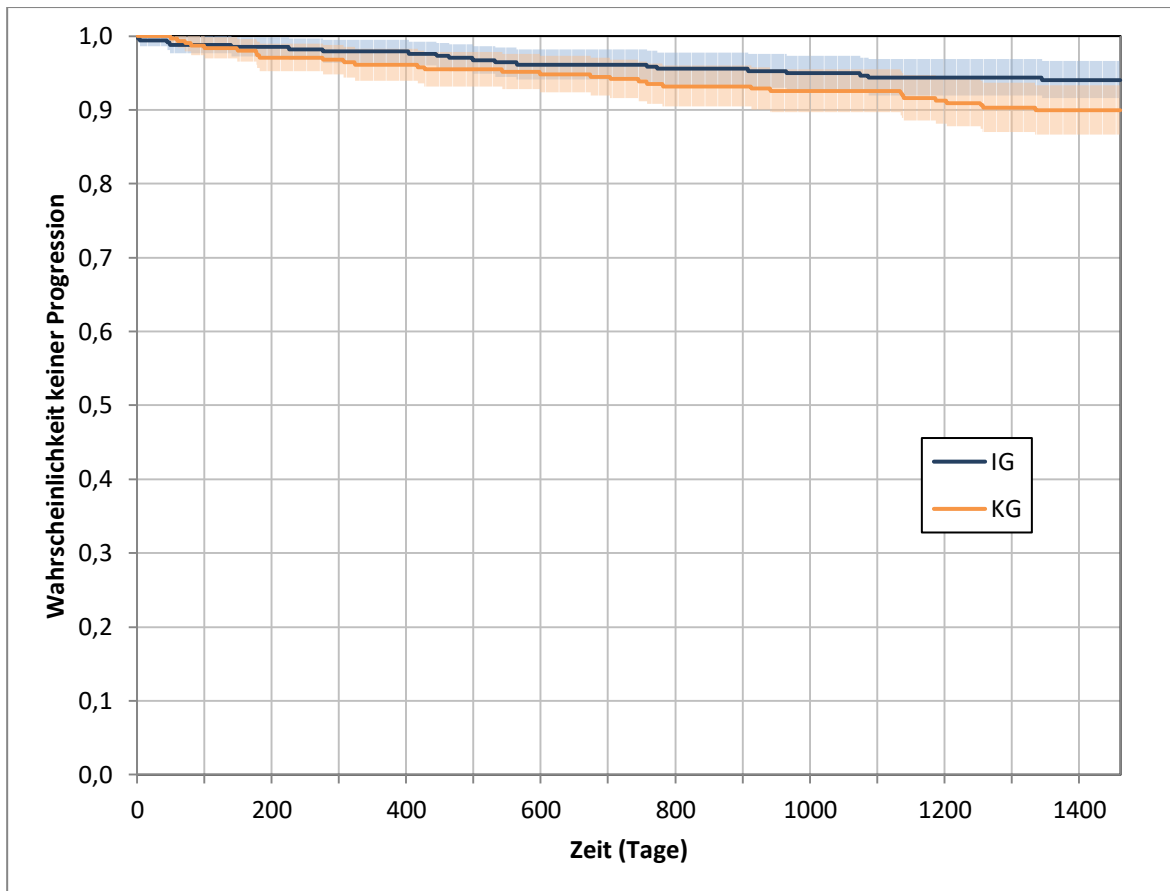
Legende für die folgenden Abbildungen:

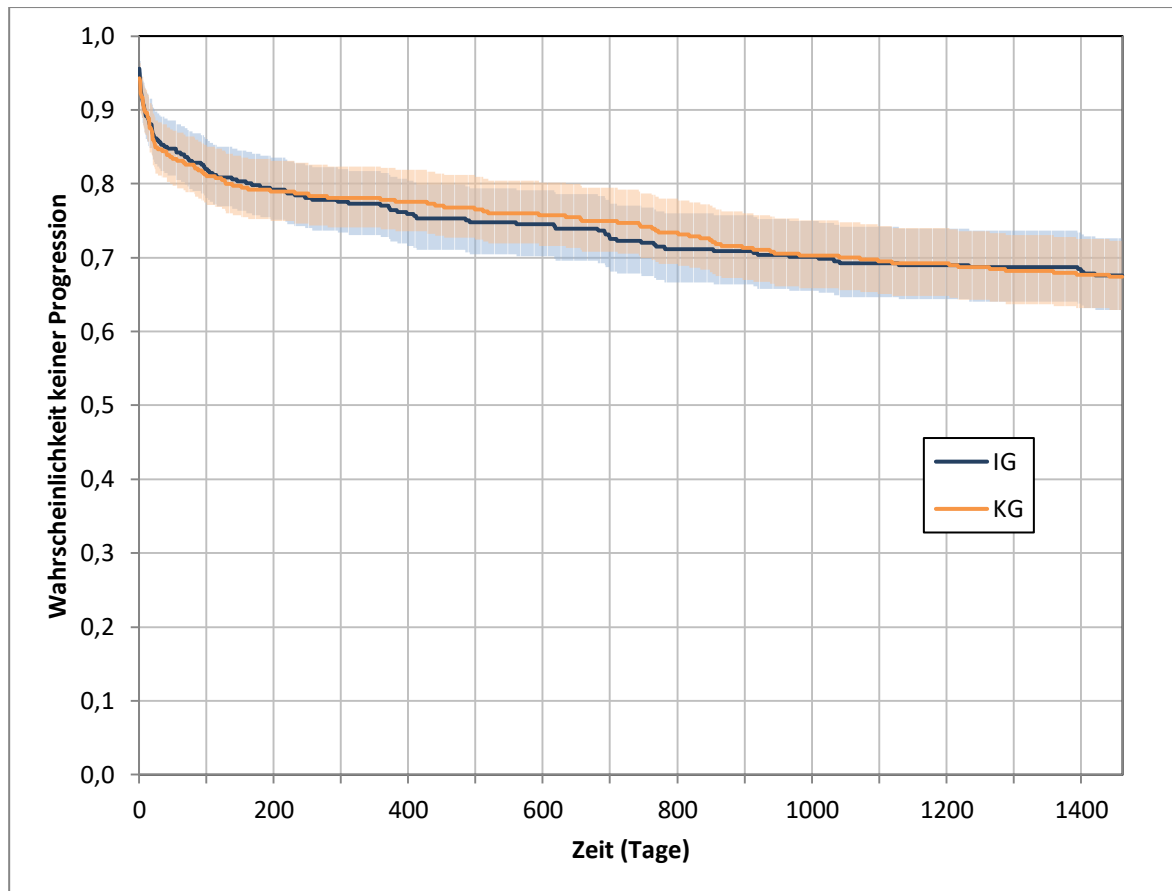
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

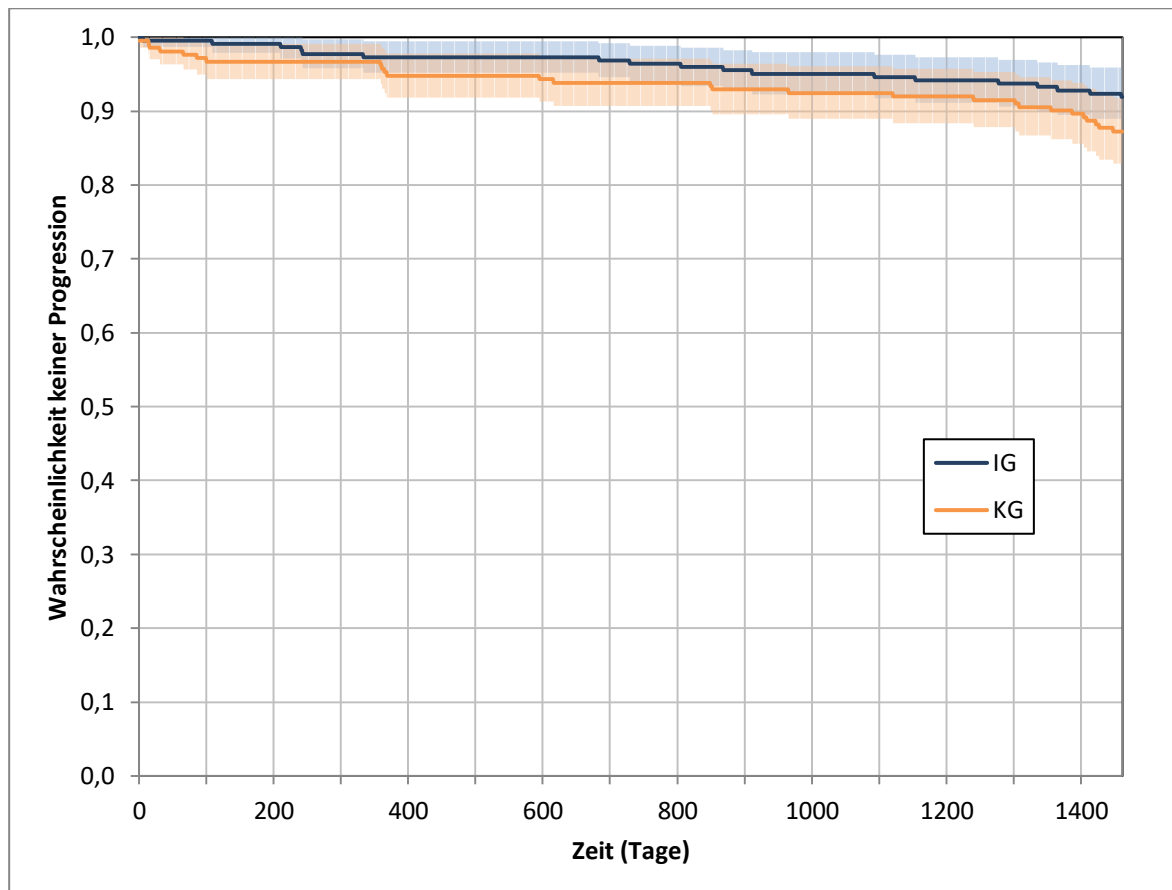
Klinikbekannte Patienten

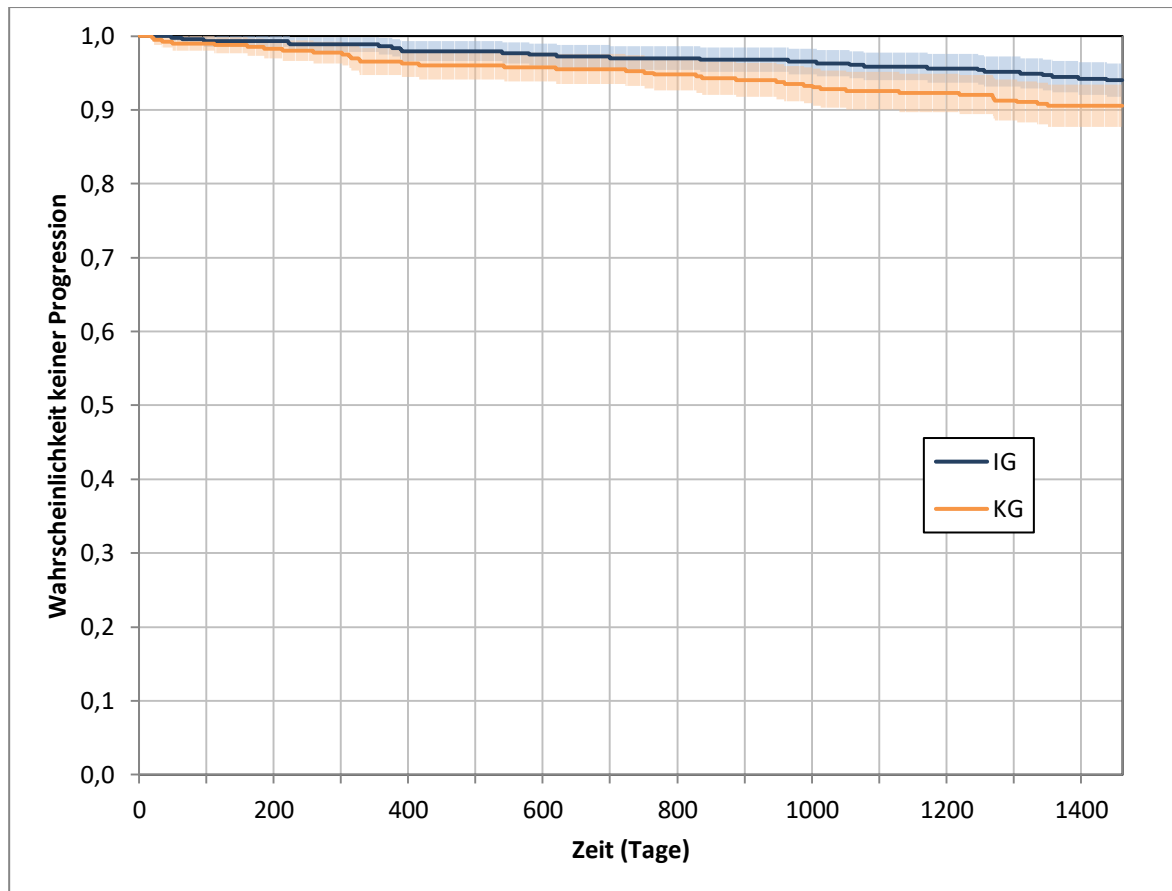
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

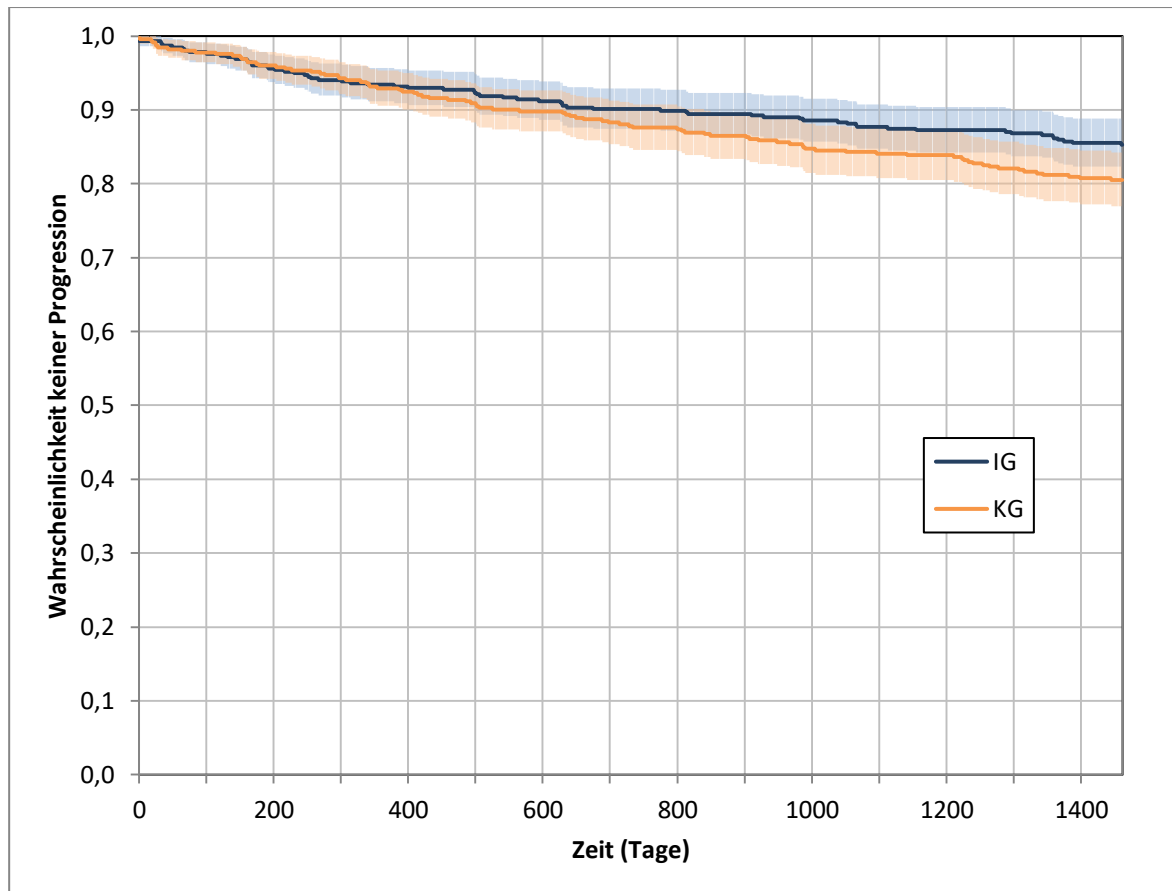
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,72 0,44...1,19	0,52* 0,29...0,93	0,87 0,67...1,13

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,63 0,34...1,16	0,62 0,37...1,02	0,75 0,54...1,03

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	2.082	2.091
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	732	679
• Jegliche depr. Episode ³	1.265	1.229
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.367	1.368
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	10,0 %	17,5 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,6 %	6,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	25,7 %	21,9 %

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

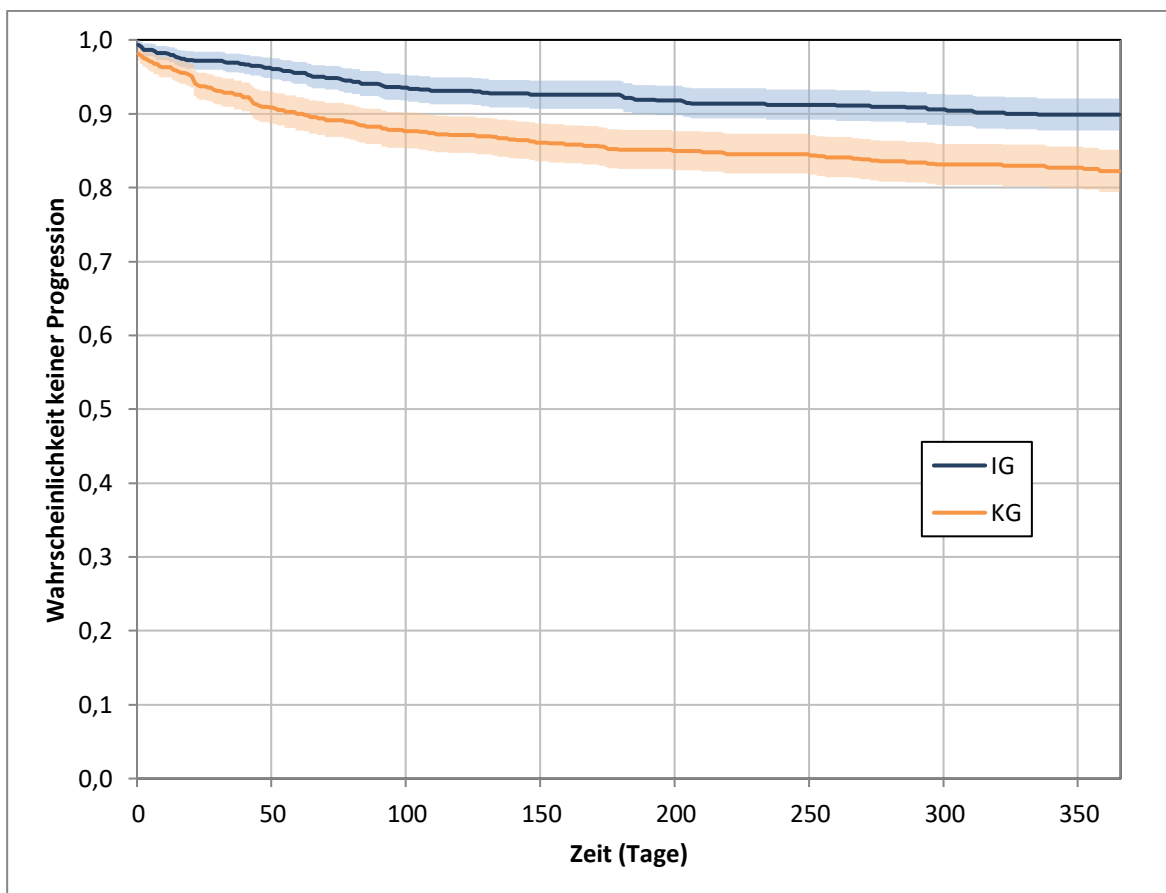
Klinikneue Patienten

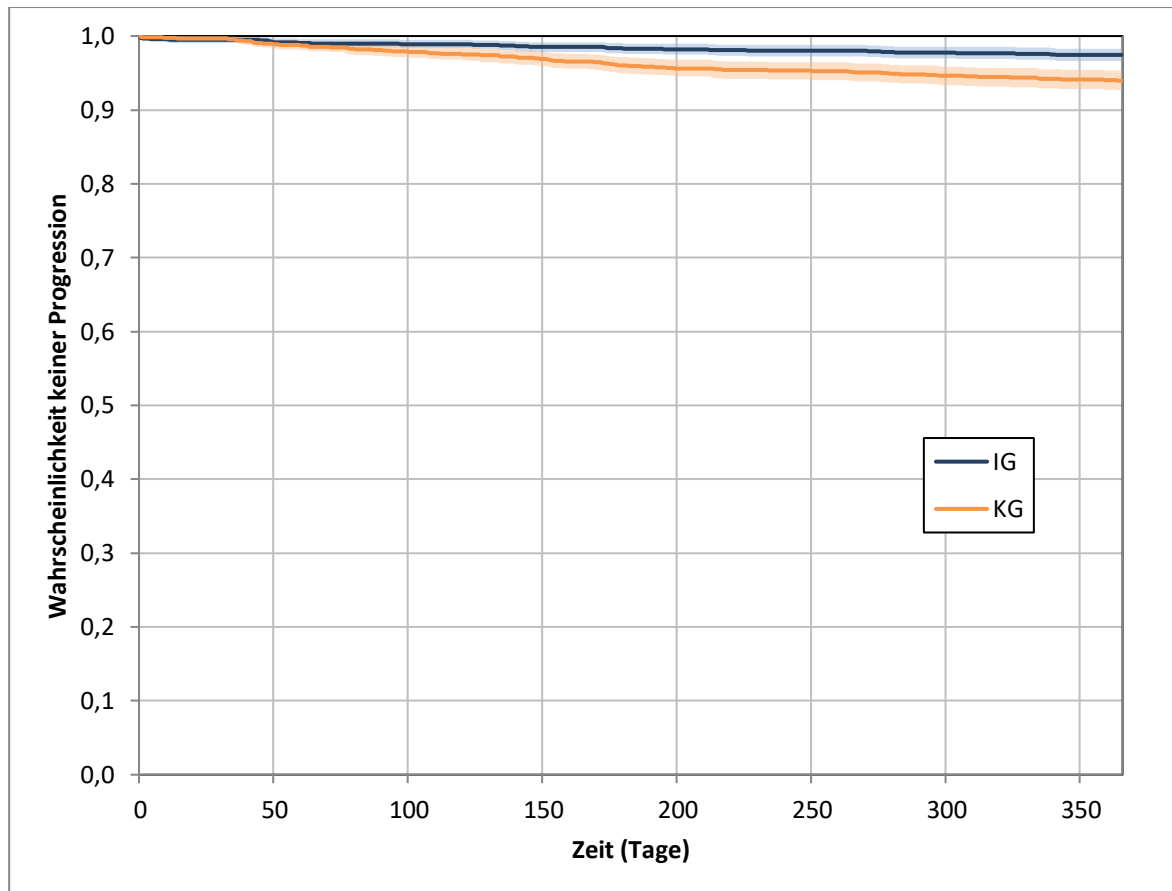
Legende für die folgenden Abbildungen:

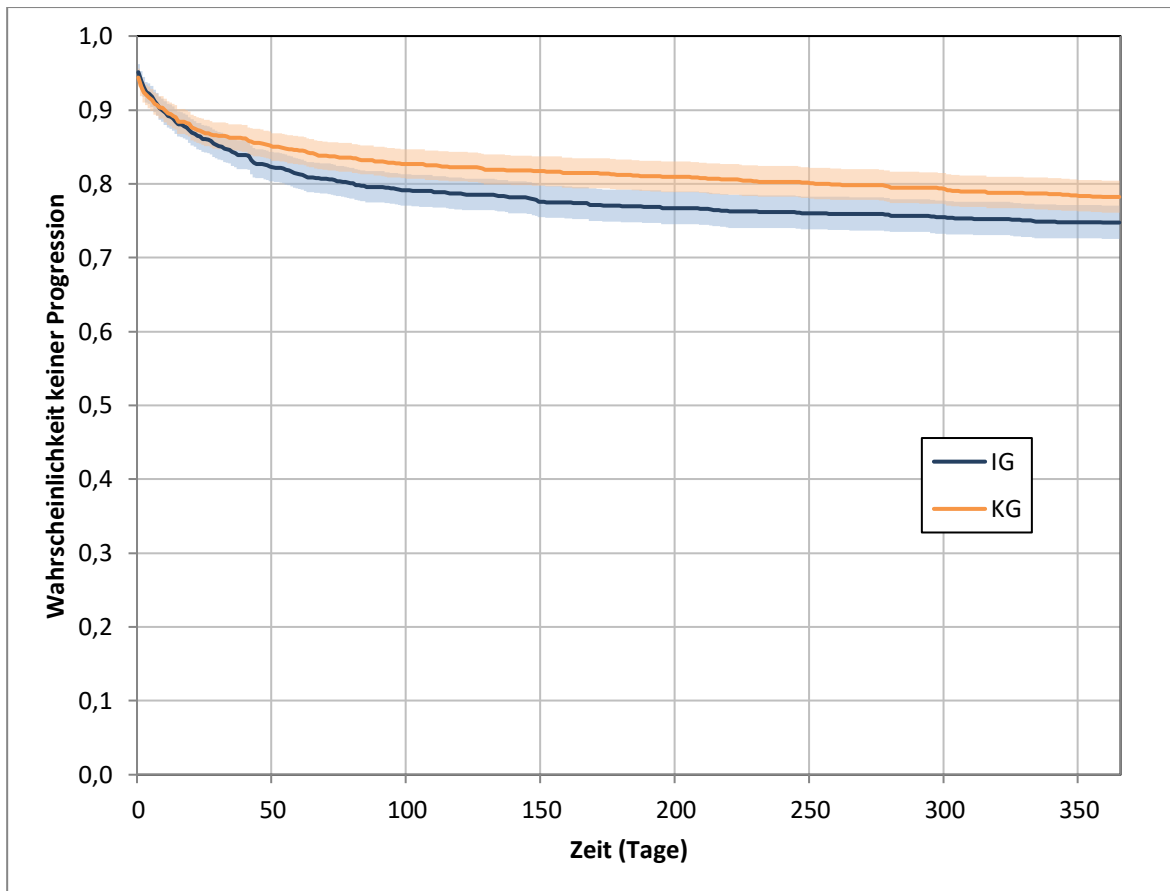
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.540	1.542
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	574	533
• Jegliche depr. Episode ³	953	907
• ohne Suchterkrankung ⁵	992	1.015
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,8 %	20,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,5 %	8,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	28,0 %	26,4 %

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

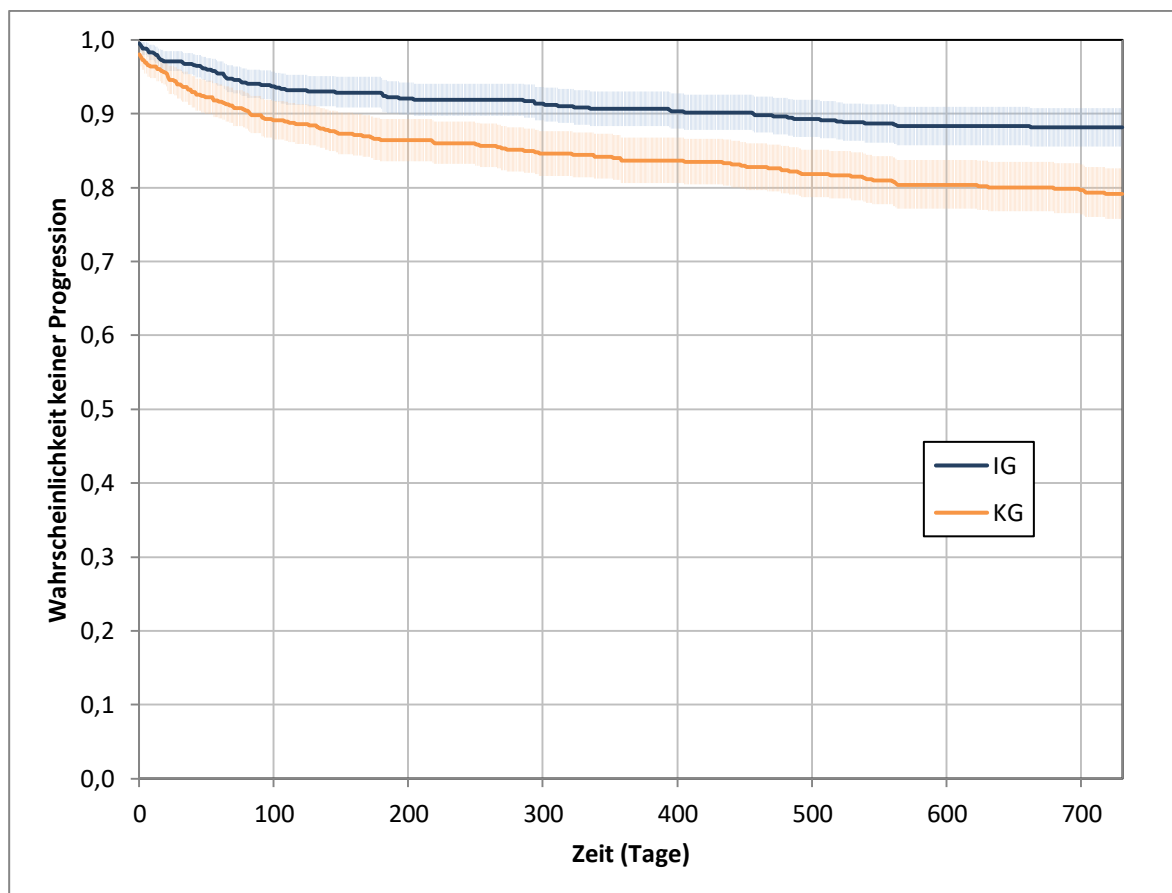
Klinikneue Patienten

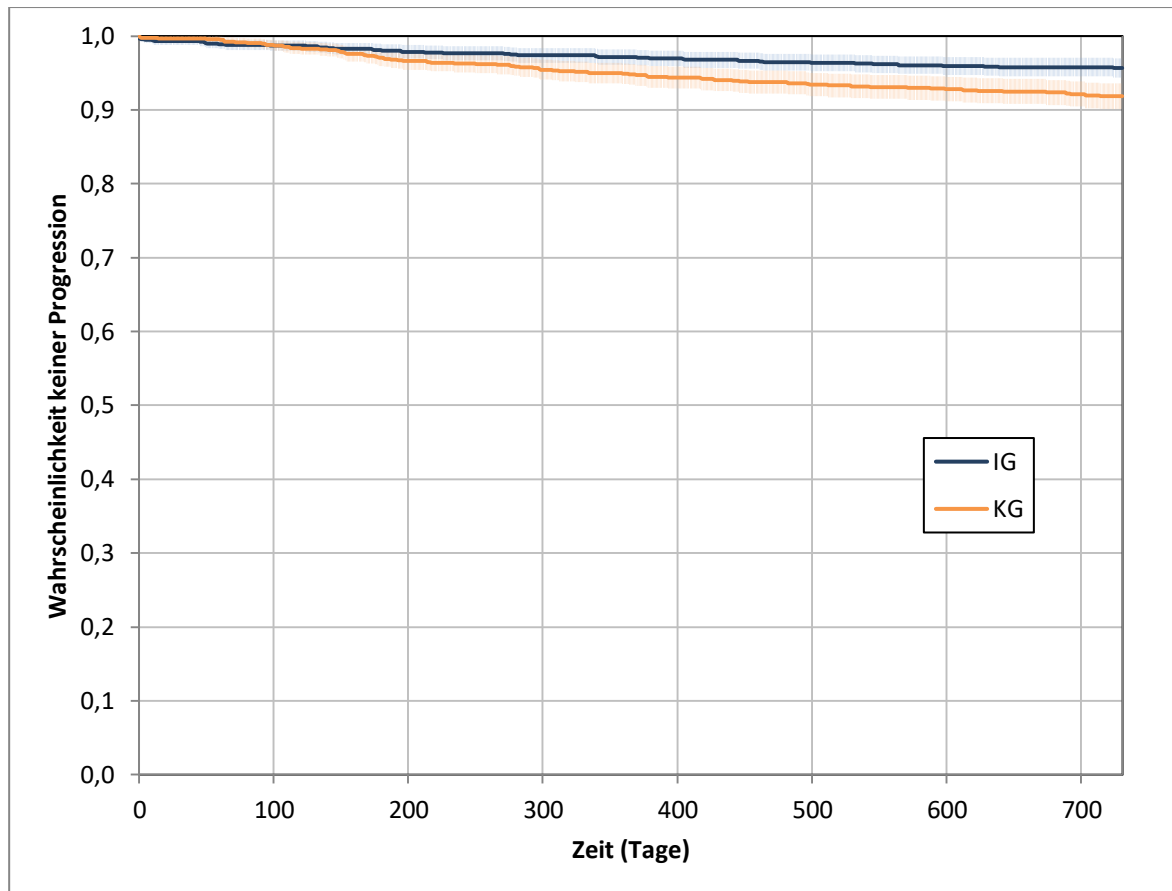
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

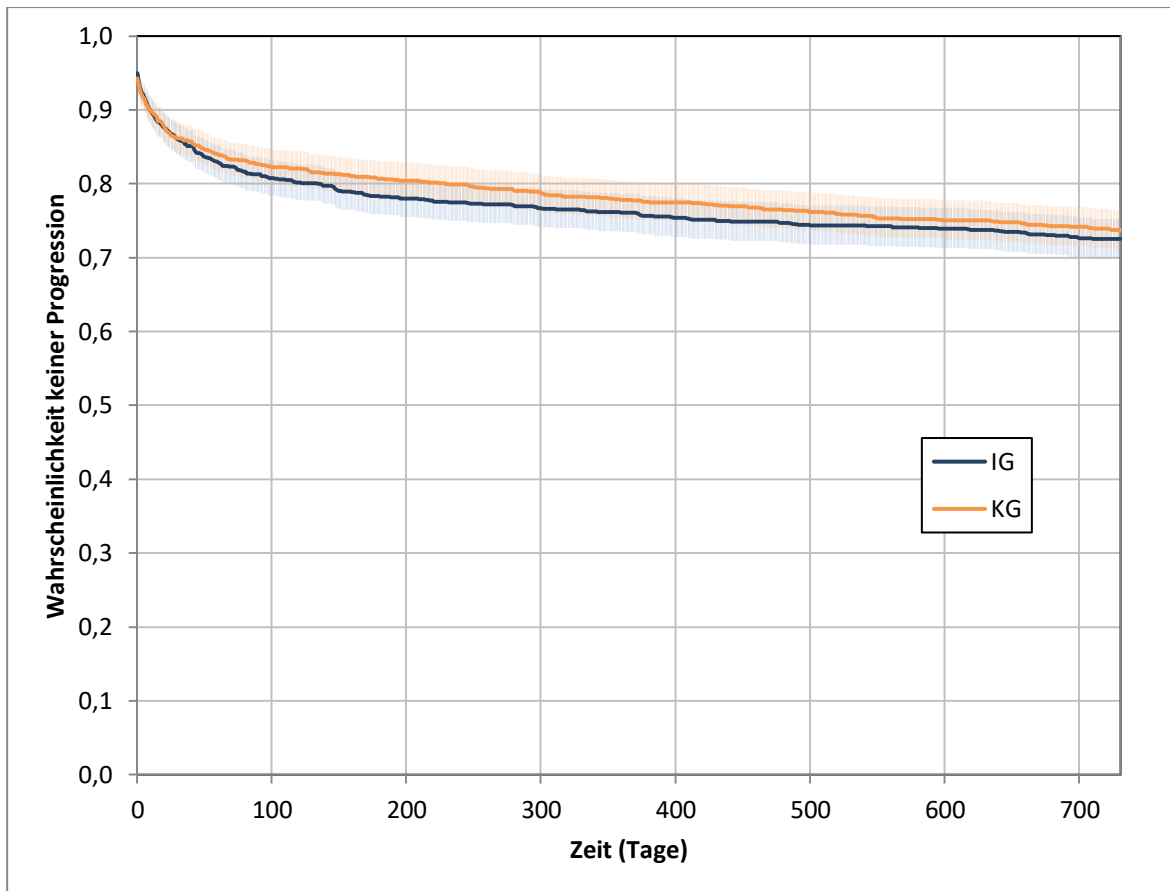
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,51*** 0,37...0,70	0,51** 0,34...0,75	0,94 0,79...1,12

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	1.043	1.053
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	396	366
• Jegliche depr. Episode ³	644	617
• ohne Suchterkrankung ⁵	670	695
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	12,9 %	21,6 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,2 %	10,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	30,6 %	32,8 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	880	866
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	225 454 484	200 420 473
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	6,7 % 4,6 % 13,4 %	9,0 % 8,6 % 15,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

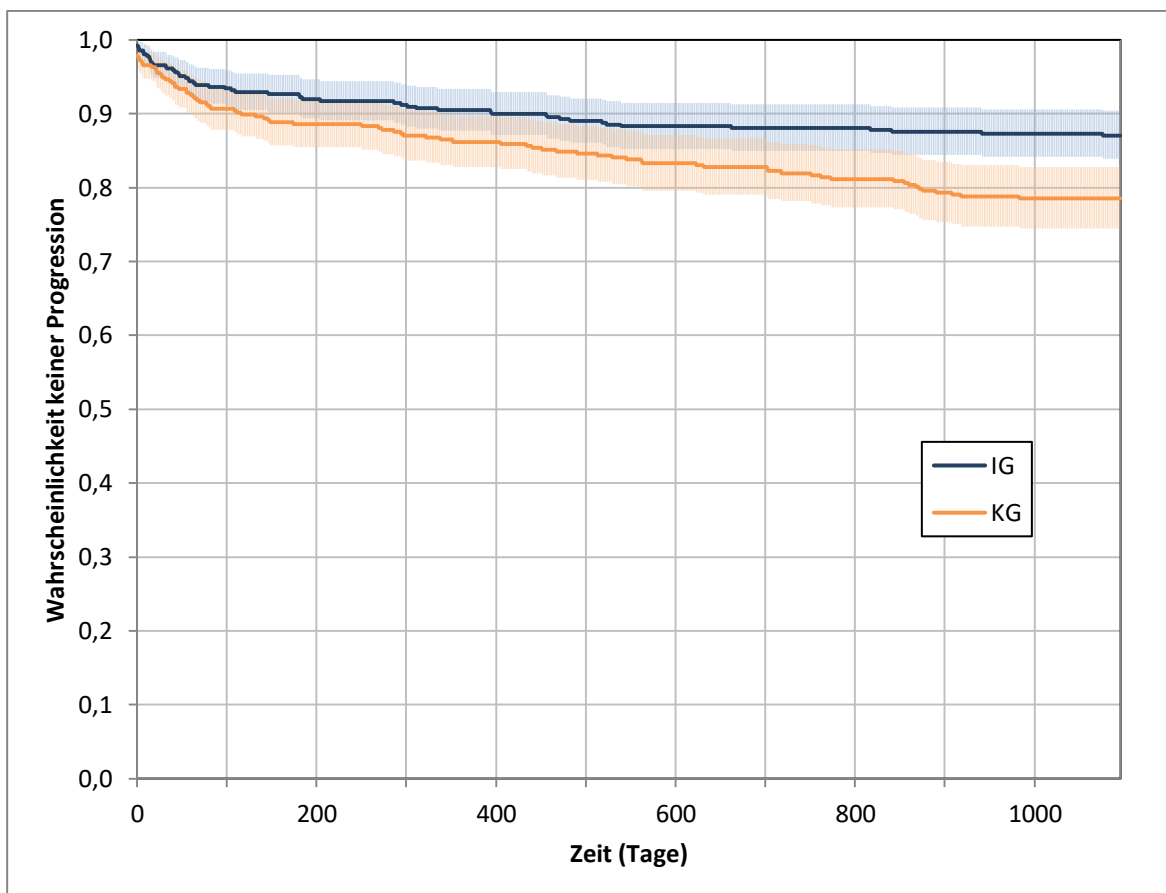
Klinikneue Patienten

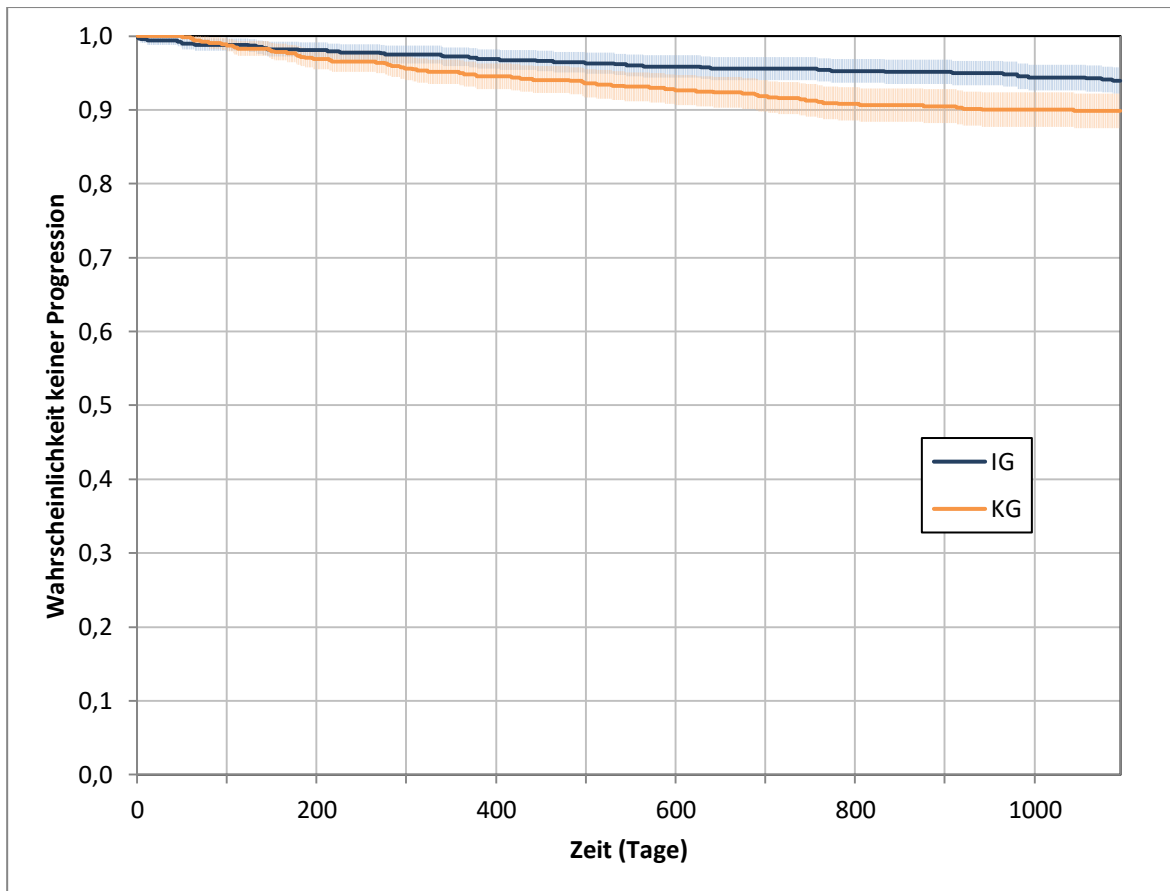
Legende für die folgenden Abbildungen:

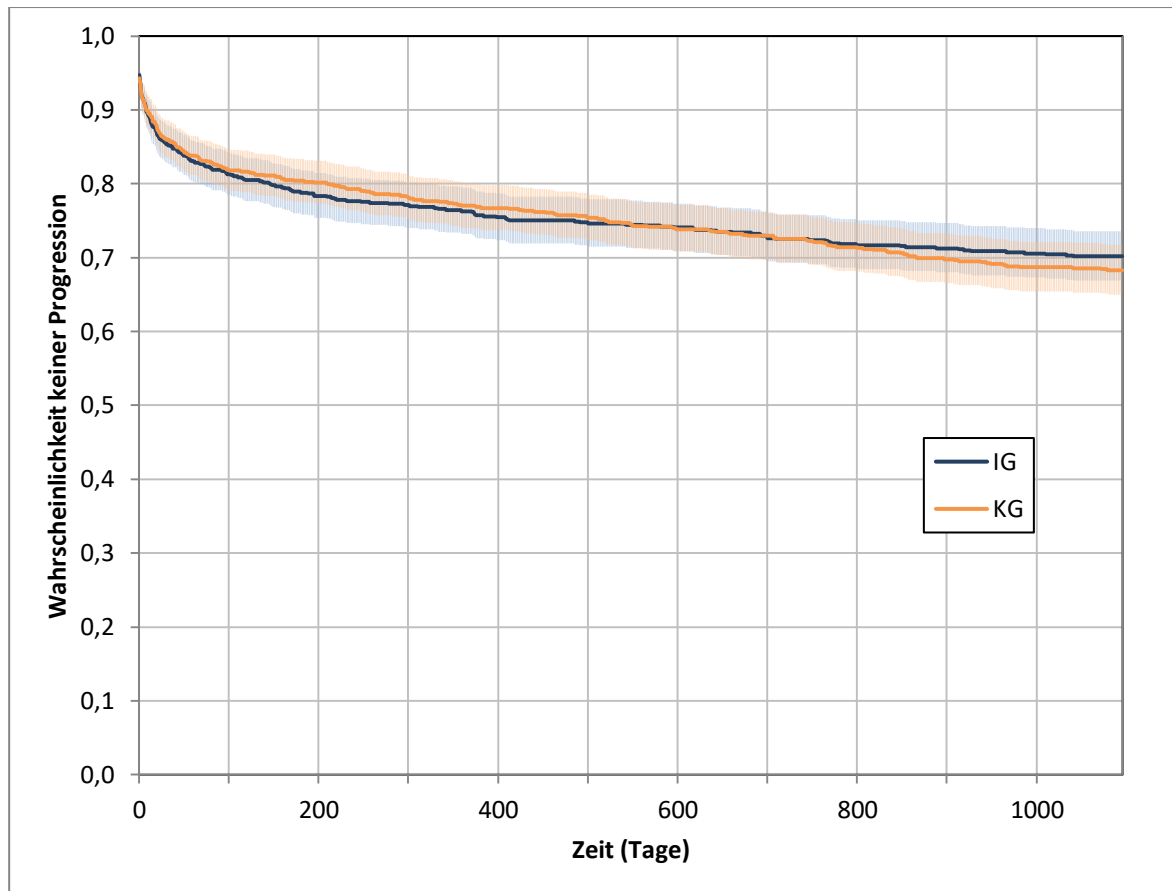
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

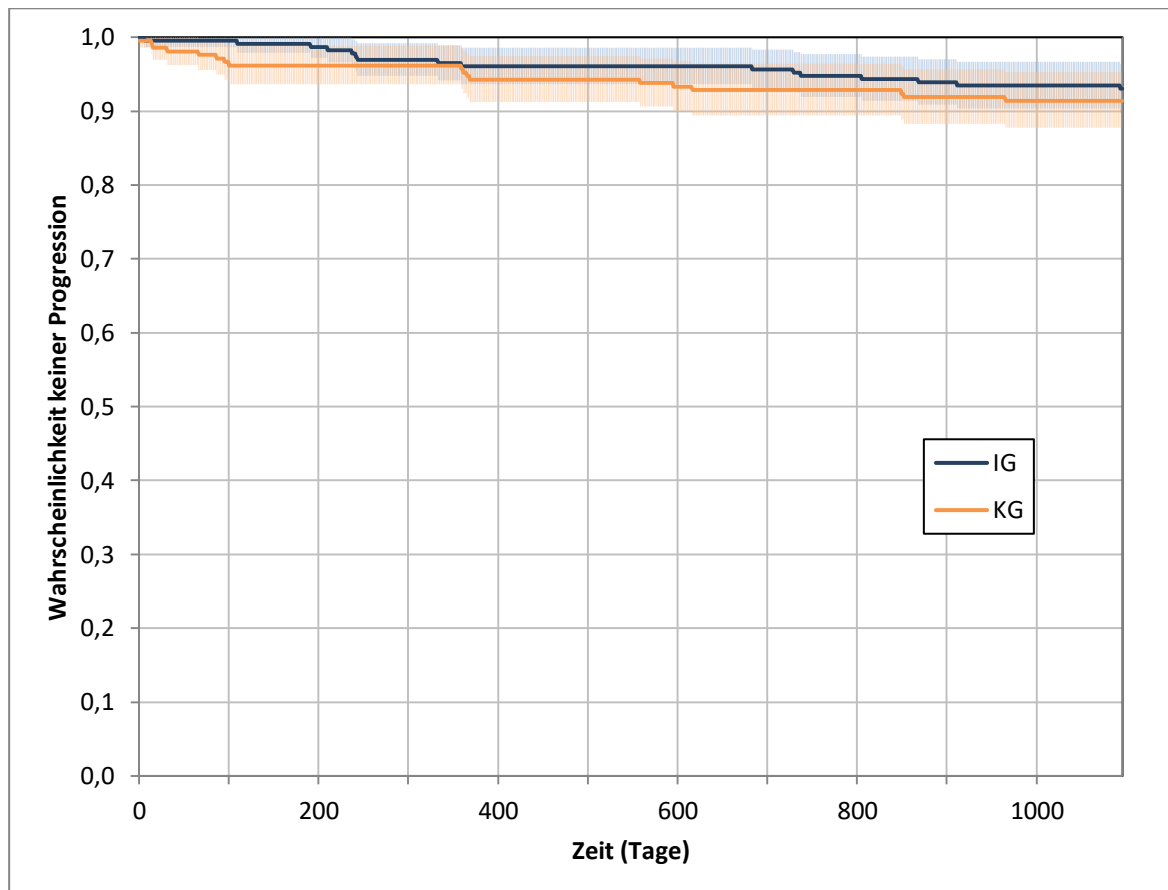
Klinikbekannte Patienten

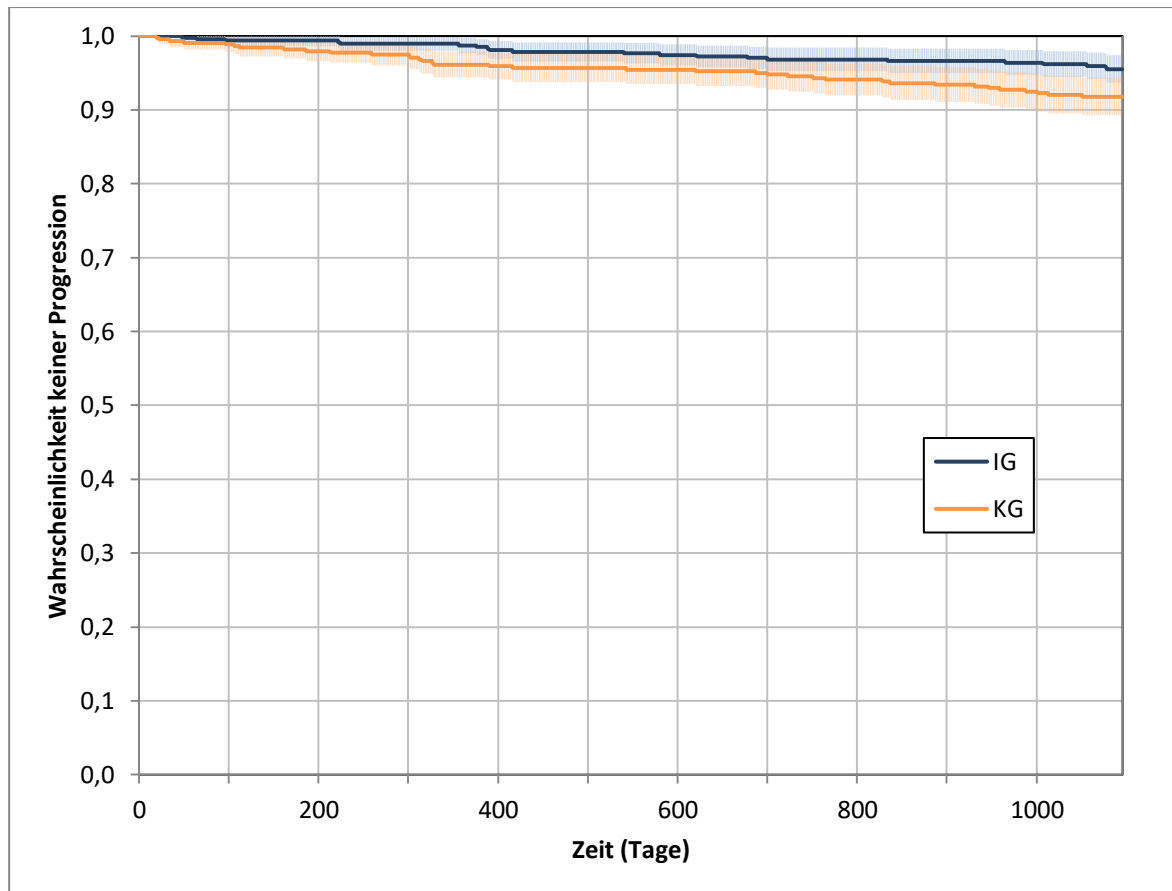
Legende für die folgenden Abbildungen:

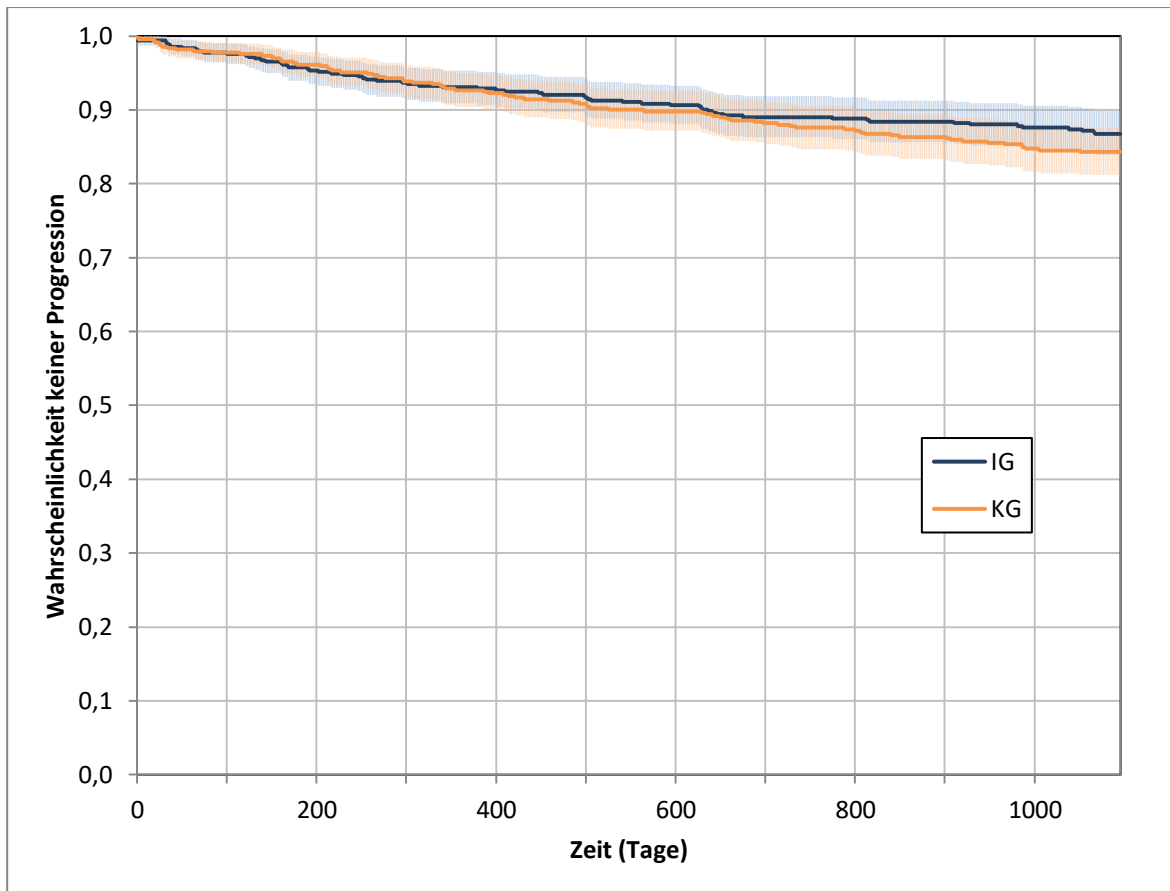
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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, wie Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen mit den vorhandenen Daten übereinstimmen. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (2) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 3,0 %; KG: 1,9 %), sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Verordnung von Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,3 %; KG: 0,0 %).

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 niedriger als in der KG waren (IG: 1,0 %; KG: 6,1 %). Bei den anderen Untersuchungen zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 46,2%; KG: 48,2%). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war auch zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 12,2%; KG: 11,5%).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG höher als in der KG (IG: 91,1 %; KG: 75,2 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Bei den anderen Untersuchungen zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
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>268</p> <p>3,0 %</p>	<p>210</p> <p>1,9 %</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>339</p> <p>0,3 %</p>	<p>232</p> <p>0,0 %</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>99</p> <p>1,0 %</p>	<p>98</p> <p>6,1 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>17</p> <p>35,3 %</p>	<p>12</p> <p>16,7 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>55</p> <p>40,0 %</p>	<p>42</p> <p>47,6 %</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 in 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>840 46,2 %</p>	<p>921 48,2 %</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>1017 12,2 %</p>	<p>714 11,5 %</p>

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

² ATC Code: N06A

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

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

Schizophrenie

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

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">135</p> 91,1 %	<p style="text-align: center;">125</p> 75,2 %
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;">76</p> 89,5 %	<p style="text-align: center;">75</p> 85,3 %
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;">27</p> 18,5 %	<p style="text-align: center;">29</p> 31,0 %

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

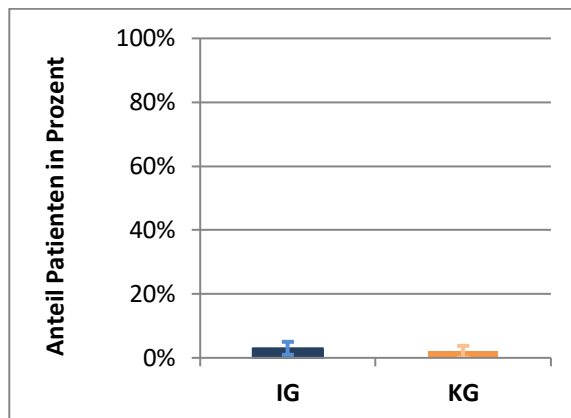
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

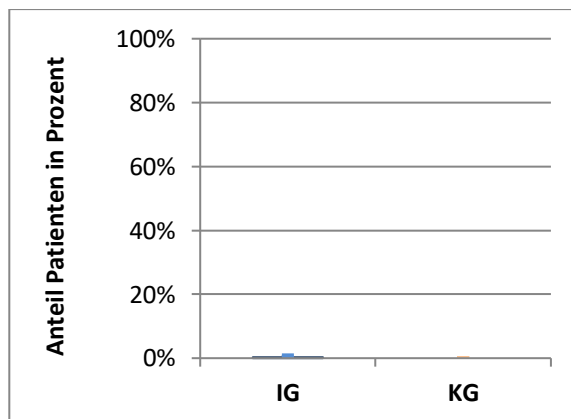
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

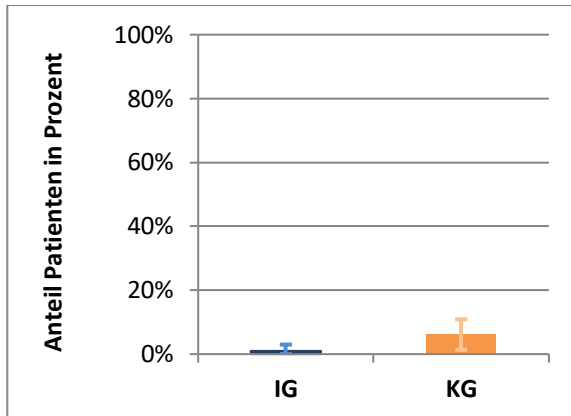
Alkoholabhängigkeit B



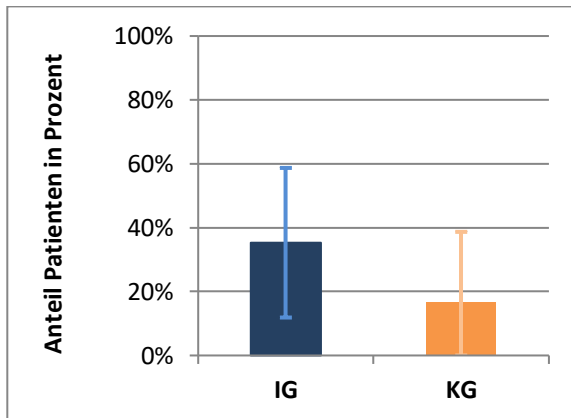
Alkoholabhängigkeit C



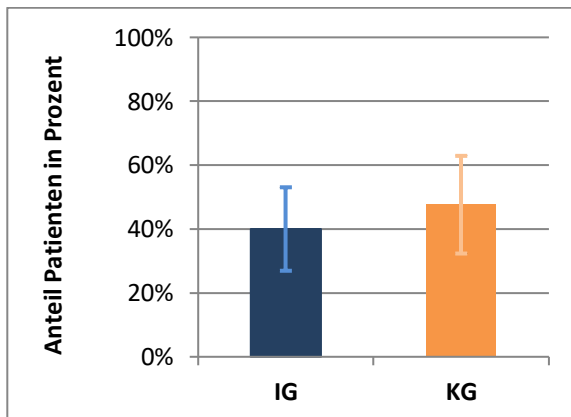
Demenz D



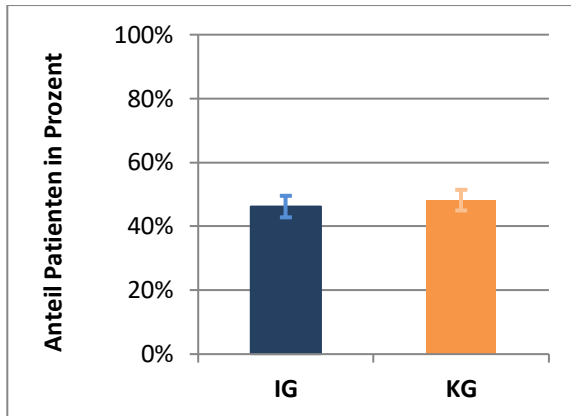
Demenz E



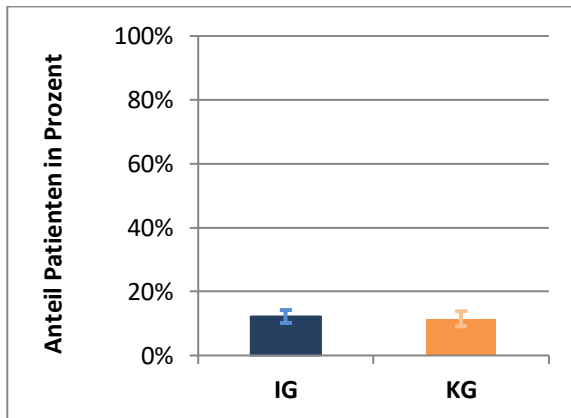
Demenz F



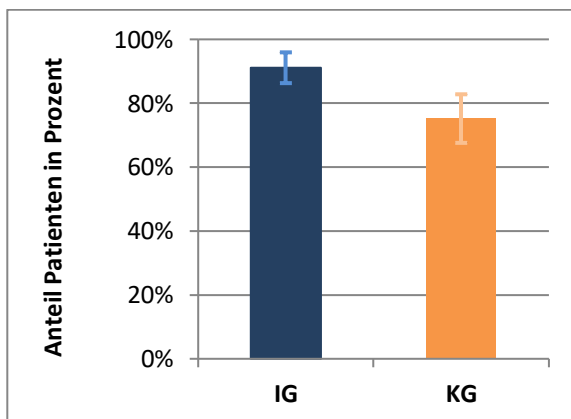
Depression G



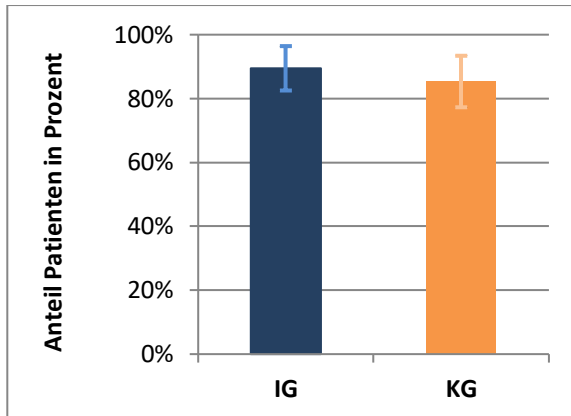
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

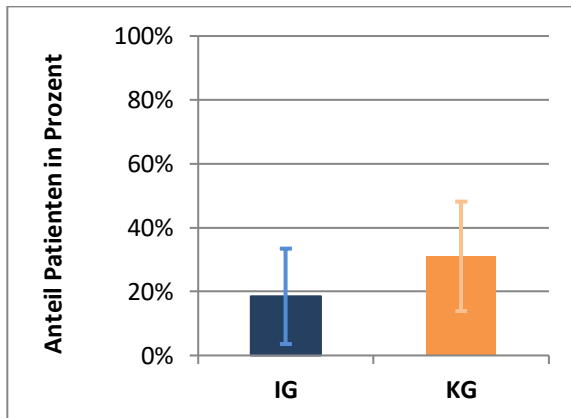


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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	kf	0,86 0,71...1,05	1,00 0,73...1,36	3,88*** 1,83...8,27	1,70 0,62...4,65	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 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei den klinikneuen Patienten kein Unterschied in den Verteilungen der Behandlungssettings im Präzeitraum (vgl. Tabelle 63 und

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA		4	0,811				15	7	0,632	2	4	1,000	2	3	1,000	1	3	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	3	1	1,000				10	6	0,843	5	8	1,000	4	2	1,000	5	2	1,000
vs+PIA	5	13	0,701				37	52	0,632	23	25	1,000	25	28	1,000	21	26	1,000
vs+HT																		
TK+PIA		3	1,000				36	29	0,843	7	13	1,000	8	8	1,000	7	5	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	42	25	0,321	354	303	0,003	68	85	0,632	55	58	1,000	40	42	1,000	44	42	1,000
TK	1		1,000	57	30	0,003	28	14	0,229	3	2	1,000	8	3	1,000	8	6	1,000
PIA	9	10	1,000	151	234	0,000	92	140	0,006	95	101	1,000	68	90	0,949	64	82	1,000
HT																		
kein Fall	502	511	1,000				276	234	0,068	356	338	1,000	374	368	1,000	369	366	1,000
Gesamtergebnis	562	567	0,158	562	567	0,000	562	567	0,003	546	549	1,000	529	544	1,000	519	532	1,000

Abbildung 36). Deutliche Unterschiede zeigten sich hingegen in der Verteilung der Behandlungssettings im Referenzfall. Während in der KG mit 41 % ein anderthalbfach höherer Anteil der Patienten in der PIA behandelt wurde (IG: 26 %), war das Verhältnis der vollstationär behandelten Patienten entgegengesetzt: Hier waren es 63 % in der IG gegenüber 53 % vollstationär behandelte Patienten in der KG. Der Anteil tagesklinisch behandelte Patienten lag in der IG mit 10 % um das Doppelte über dem der KG (5 %). Ebenfalls in den Gruppen unterschiedliche Verteilungen zeigten sich in dem sich an den Referenzfall anschließenden, bis zu einem Jahr nach Beginn des Referenzfalls dauernden Zeitraums. Signifikante Unterschiede zeigten sich dabei im geringeren Anteil (16 %) ausschließlich in der PIA behandelte Patienten in der IG gegenüber dem Anteil von 25 % in der KG. Der Anteil der Patienten, die im genannten Zeitraum keinen Klinikfall aufwiesen, lag in der IG mit 49 % signifikant über dem der KG (41 %); hierzu sind aber die Anmerkungen im Diskussionsteil zu beachten. Im zweiten

bis vierten Patientenjahr ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Verteilungen der Behandlungssettings zwischen den beiden Untersuchungsgruppen.

Bei den klimbekannt Patienten zeigten sich bereits im Präzeitraum Unterschiede in den Behandlungssettings (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37). So lag der Anteil ausschließlich in der PIA behandelte Patienten mit 64 % in der IG deutlich über dem Anteil der KG (54 %). Ein signifikant geringerer Anteil vollstationär behandelte Patienten in der IG zeigte sich im Referenzfall (IG: 14 %; KG: 18 %). Demgegenüber stand eine Tendenz eines höheren Anteils in der PIA behandelte Patienten (IG: 84 %; KG: 74 %; $p = 0,063$). Im sich daran anschließenden Zeitraum ließ sich kein Unterschied in der Verteilung des Behandlungssettings feststellen. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich in der IG jedoch ein signifikant höherer Anteil von in der PIA behandelte Patienten (IG_{PIA}: 59 %; KG_{PIA}: 50 % bzw. IG_{PIA gesamt}: 73 %; KG_{PIA gesamt}: 65 %). In der KG wies mit 28 % ein signifikant höherer Anteil von Personen keinen Klinikfall im zweiten Nachbeobachtungsjahr auf (IG: 22 %). Wenn auch nicht mehr auf 5 %-Niveau signifikant, setzte sich dieses Verteilungsmuster höherer PIA-Anteile in der IG, dafür aber geringere Anteile an Personen ohne Klinikfall gegenüber der KG, im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fort.

U2:

Für die klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich im patientenindividuellen Präzeitraum kein Unterschied in den Anteilen der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38). Im Referenzfall lag der Anteil der in der PIA behandelte Patienten in der IG mit 25 % signifikant unter dem der KG mit 47 %. Demgegenüber standen die sich signifikant voneinander unterscheidende Anteile vollstationär behandelte Patienten von 63 % in der IG gegenüber 48 % in der KG. In der IG ebenfalls größer war der Anteil tagesklinisch behandelte Personen (IG: 12 %; KG: 6 %). Im sich daran anschließenden Nachbeobachtungszeitraum lag der Anteil der in der PIA behandelte Patienten in der KG ebenfalls über dem der IG (IG: 16 %; KG: 24 %). Als signifikant voneinander verschieden zeigte sich auch der Anteil derjenigen Patienten, die sowohl vollstationär als auch in der PIA behandelt wurden, hier waren es in der IG 5 % und in der KG 8 % der Patienten. Für die übrigen Settings ließen sich keine Unterschiede feststellen. Der Anteil der Patienten, die keinen Behandlungsfall im Nachbeobachtungszeitraum aufwiesen, lag in der IG mit 50 % wesentlich höher als in der KG, in der es 43 % waren; hierzu sind jedoch die Ausführungen in der Diskussion zu beachten.

U3:

Analog dem in U2 betrachteten Patientenkollektiv zeigten sich für die Gruppe der Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung kein Unterschied in den Behandlungssettings zwischen IG und KG im Präzeitraum (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Auch das Muster eines signifikant geringeren PIA-Referenzfallanteils in der IG (IG: 26 %; KG: 45 %) sowie

größeren Anteils vollstationärer Fälle (IG: 63 %; KG: 50 %) entsprach dem des U2-Kollektivs. Analog zu U2 verhält sich auch der Anteil der tagesklinischen Referenzfälle. Im sich daran anschließenden Nachbeobachtungszeitraum lag der Anteil der in der PIA behandelten Patienten in der KG ebenfalls über dem der IG (IG: 16 %; KG: 24 %). Als signifikant voneinander verschieden zeigte sich auch der Anteil derjenigen Patienten, die sowohl vollstationär als auch in der PIA behandelt wurden, hier waren es in der IG 6 % und in der KG 8 % der Patienten. Für die übrigen Settings ließen sich keine Unterschiede feststellen. , die keinen Behandlungsfall im Nachbeobachtungszeitraum aufwiesen, lag in der IG mit 50 % wesentlich höher als in der KG, in der es 43 % waren; hierzu sind jedoch die Ausführungen in der Diskussion zu beachten. Dieser Anteil lag im zweiten Nachbeobachtungsjahr in beiden Gruppen auf gleichem Niveau (IG: 68 %; KG: 65 %). Die übrigen Settings unterschieden sich nach dem ersten Jahr nicht mehr voneinander.

U4:

Sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung verhielten sich die Anteile der in den jeweiligen Behandlungssettings behandelten Erkrankten nahezu identisch zu den Verteilungen in U1.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger

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

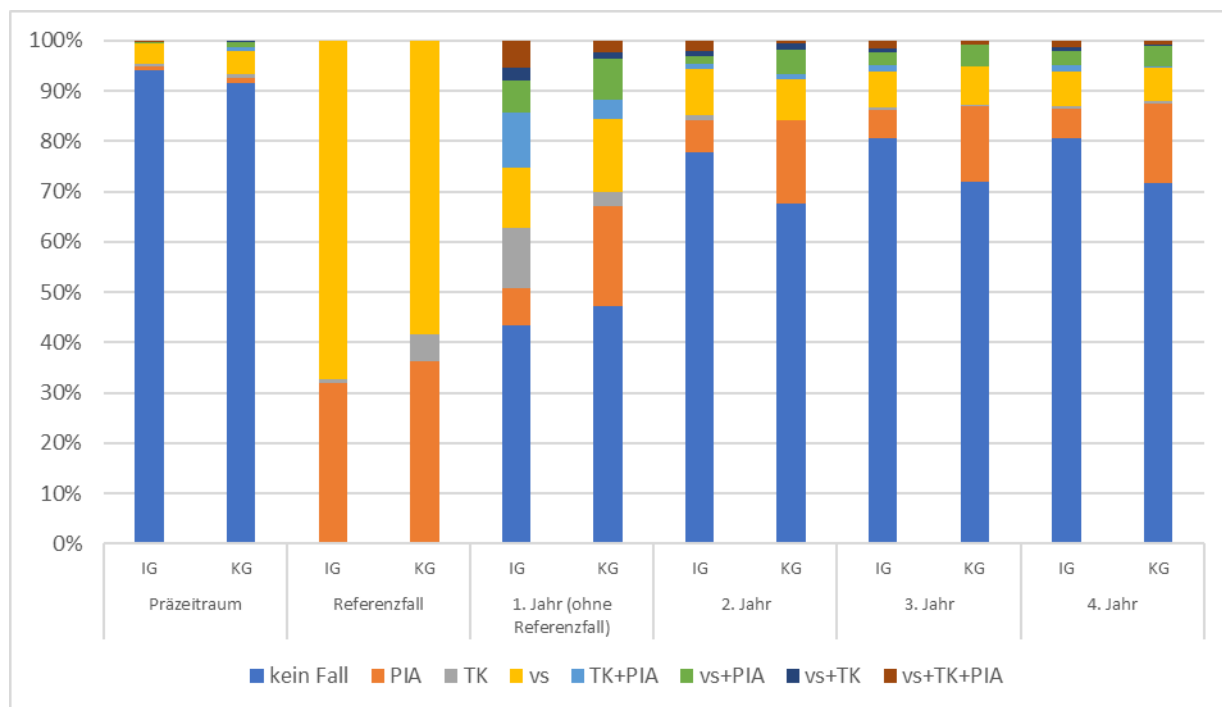
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA		4	0,811				15	7	0,632	2	4	1,000	2	3	1,000	1	3	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	3	1	1,000				10	6	0,843	5	8	1,000	4	2	1,000	5	2	1,000
vs+PIA	5	13	0,701				37	52	0,632	23	25	1,000	25	28	1,000	21	26	1,000
vs+HT																		
TK+PIA		3	1,000				36	29	0,843	7	13	1,000	8	8	1,000	7	5	1,000
TK+HT																		

HT+PIA																		
vs	42	25	0,321	354	303	0,003	68	85	0,632	55	58	1,000	40	42	1,000	44	42	1,000
TK	1		1,000	57	30	0,003	28	14	0,229	3	2	1,000	8	3	1,000	8	6	1,000
PIA	9	10	1,000	151	234	0,000	92	140	0,006	95	101	1,000	68	90	0,949	64	82	1,000
HT																		
kein Fall	502	511	1,000				276	234	0,068	356	338	1,000	374	368	1,000	369	366	1,000
Gesamtergebnis	562	567	0,158	562	567	0,000	562	567	0,003	546	549	1,000	529	544	1,000	519	532	1,000

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



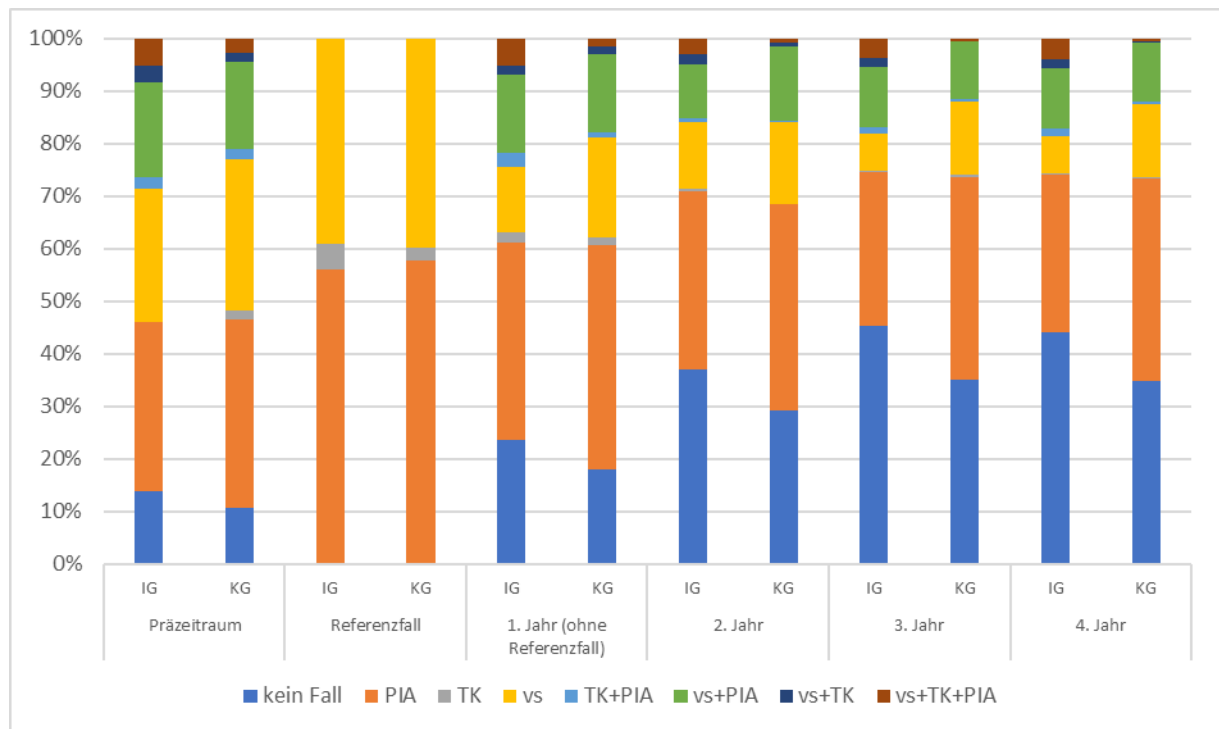
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	32	30	1,000				18	13	1,000	26	10	0,076	13	10	1,000	14	11	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	5	6	1,000				3	6	1,000	1	6	0,414	6	3	1,000	5	2	1,000
vs+PIA	94	125	0,205				105	111	1,000	74	99	0,225	67	74	1,000	67	68	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	36	36	1,000				24	18	1,000	21	14	0,642	15	6	0,515	12	5	0,779
TK+HT																		

HT+PIA																			
vs	78	103	0,314	115	151	0,063	48	68	0,493	34	49	0,414	36	44	1,000	33	47	0,741	
TK	7	13	1,000	18	20	0,852	4	4	1,000	6	3	0,642	3	1	1,000	6	2	1,000	
PIA	533	462	0,008	704	660	0,063	539	493	0,337	485	406	0,002	450	393	0,124	417	374	0,741	
HT																			
kein Fall	52	56	1,000				96	118	0,777	181	232	0,021	229	274	0,085	254	282	0,741	
Gesamtergebnis	837	831	0,253	837	831	0,083	837	831	0,951	828	819	0,000	819	805	0,238	808	791	0,741	

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



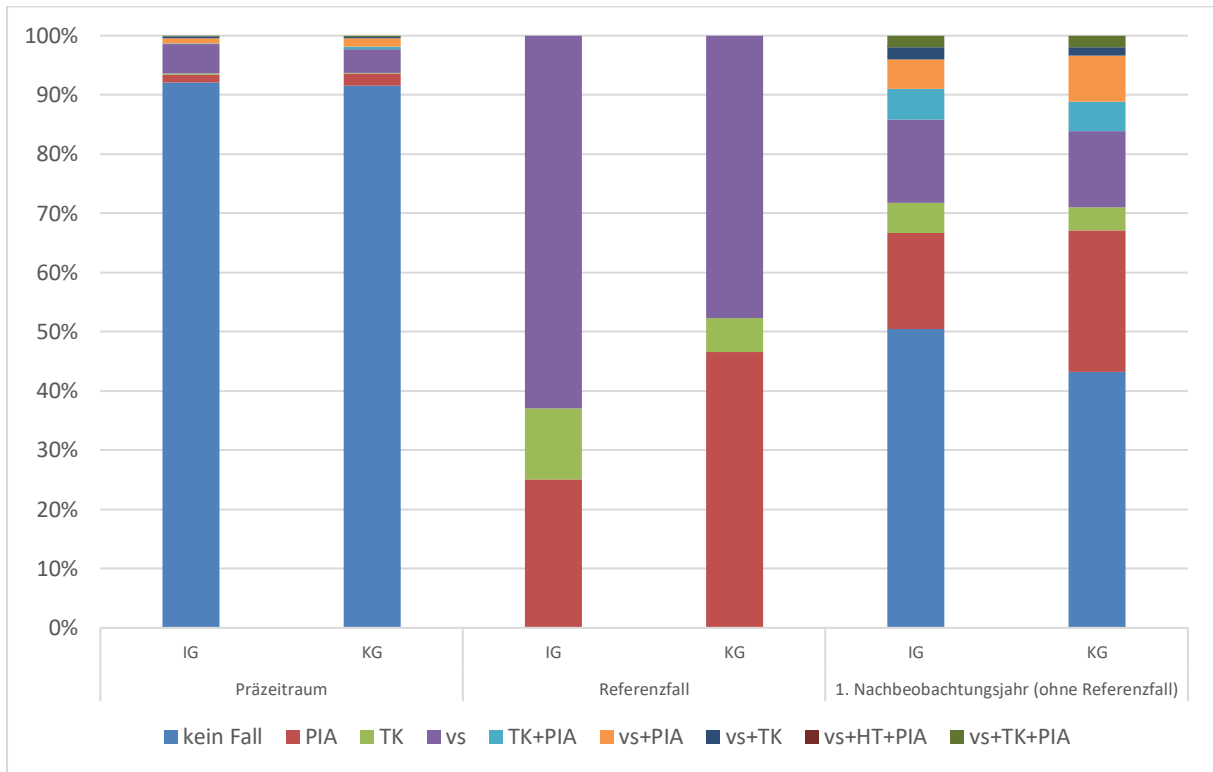
U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger

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

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	2	5	1,000				42	43	1,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA							1		1,000
TK+HT+PIA									
vs+TK	8	4	1,000				43	29	0,612
vs+PIA	19	30	0,905				108	167	0,002
vs+HT									
TK+PIA	1	9	0,213				110	107	1,000
TK+HT									
HT+PIA									
vs	107	87	0,905	1.352	1.026	0,000	302	278	1,000
TK	4	3	1,000	259	122	0,000	110	83	0,333
PIA	29	44	0,689	538	1.001	0,000	349	512	0,000
HT									
kein Fall	1.979	1.967	1,000				1.084	930	0,000
Gesamtergebnis	2.149	2.149	0,168	2.149	2.149	0,000	2.149	2.149	0,000

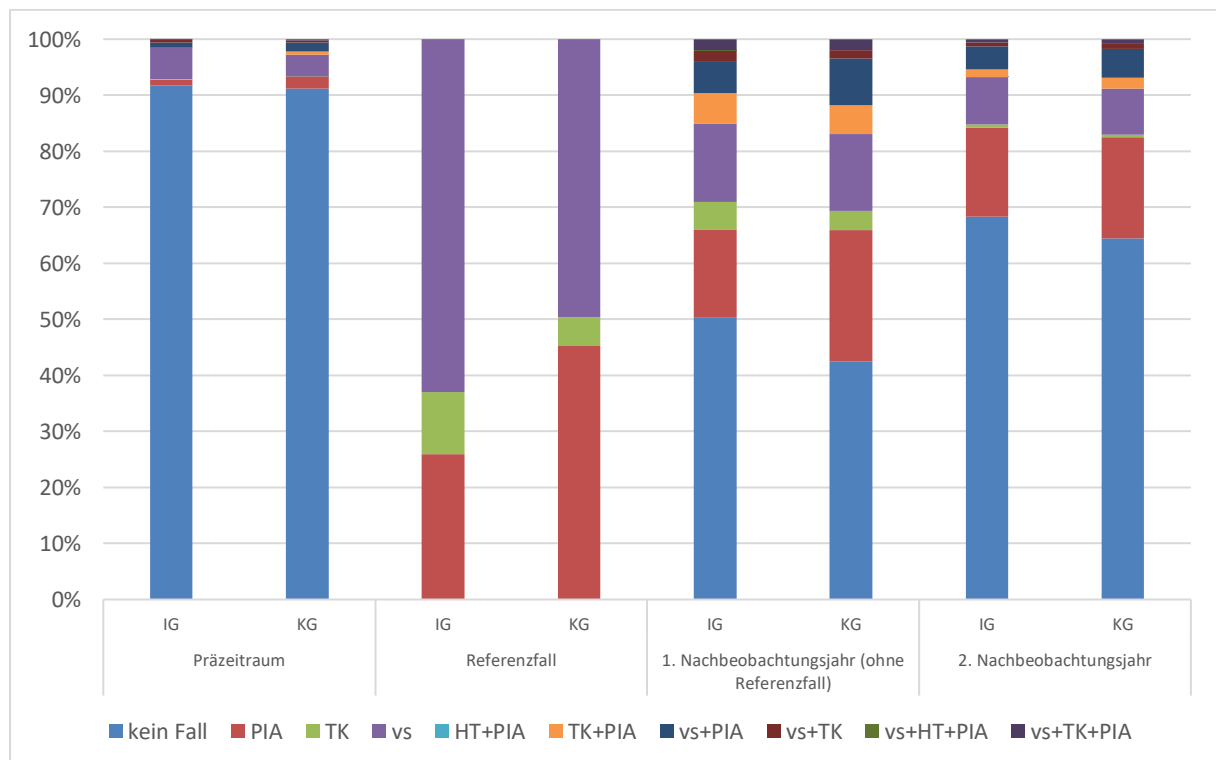
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	1	5	0,872				32	32	1,000	9	11	1,000
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA							1		1,000			
TK+HT+PIA												
vs+TK	8	4	1,000				31	24	1,000	12	16	1,000
vs+PIA	15	27	0,423				93	135	0,030	64	82	1,000
vs+HT												
TK+PIA	1	8	0,271				89	82	1,000	21	30	1,000
TK+HT												
HT+PIA										1		1,000
vs	90	63	0,271	1.023	801	0,000	225	222	1,000	133	130	1,000
TK	2	1	1,000	179	83	0,000	80	55	0,225	9	6	1,000
PIA	18	34	0,271	422	732	0,000	254	379	0,000	251	284	1,000
HT												
kein Fall	1.489	1.474	1,000				819	687	0,000	1.078	1.015	0,252
Gesamtergebnis	1.624	1.616	0,016	1.624	1.616	0,000	1.624	1.616	0,000	1.578	1.574	1,000

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



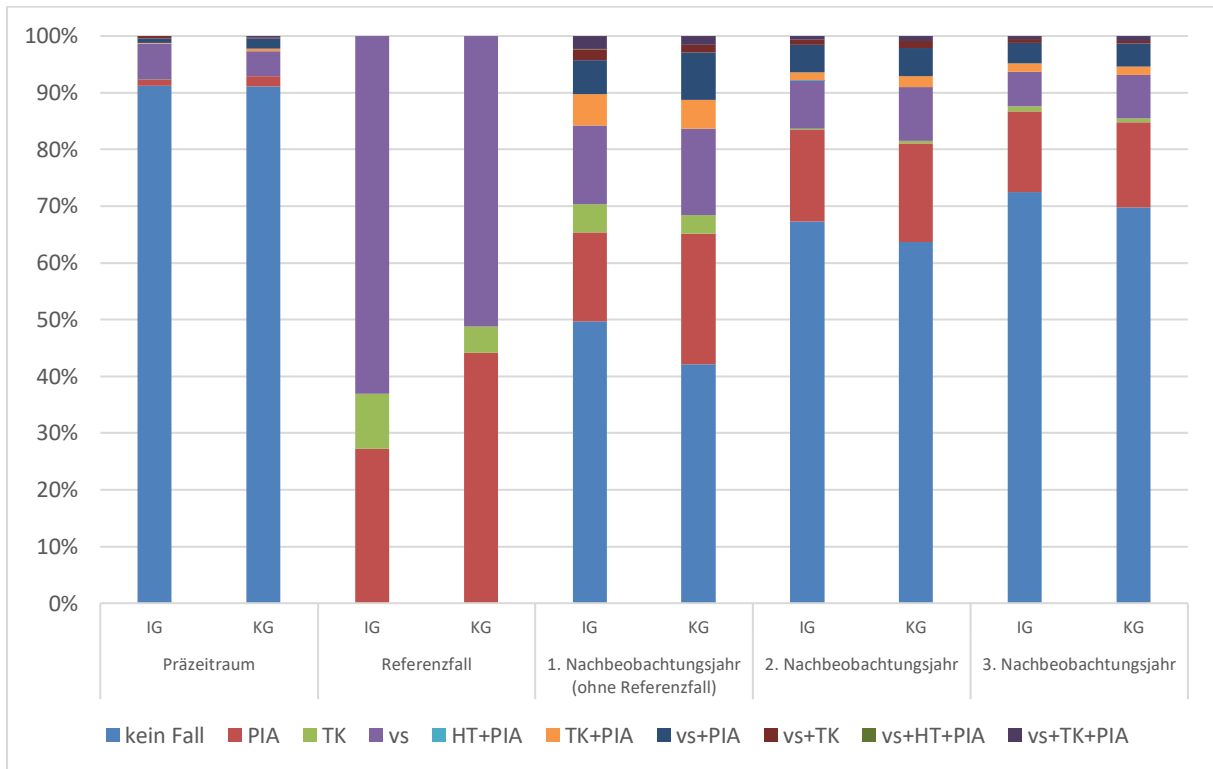
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
	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		4	0,797				25	17	1,000	7	9	1,000	6	9	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA							1		1,000						
TK+HT+PIA															
vs+TK	5	1	1,000				22	15	1,000	10	14	1,000	7	5	1,000
vs+PIA	9	20	0,487				67	94	0,227	52	54	1,000	38	44	1,000
vs+HT															
TK+PIA	1	5	1,000				62	57	1,000	15	21	1,000	16	15	1,000
TK+HT															
HT+PIA										1		1,000			
vs	70	49	0,487	706	572	0,000	155	170	1,000	92	103	1,000	64	82	1,000
TK	1		1,000	109	52	0,000	56	36	0,264	3	5	1,000	10	8	1,000
PIA	12	20	1,000	304	493	0,000	175	257	0,000	175	189	1,000	151	160	1,000
HT															
kein Fall	1.021	1.018	1,000				556	471	0,003	731	693	0,839	770	747	1,000
Gesamtergebnis	1.119	1.117	0,046	1.119	1.117	0,000	1.119	1.117	0,000	1.086	1.088	1,000	1.062	1.070	1,000

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

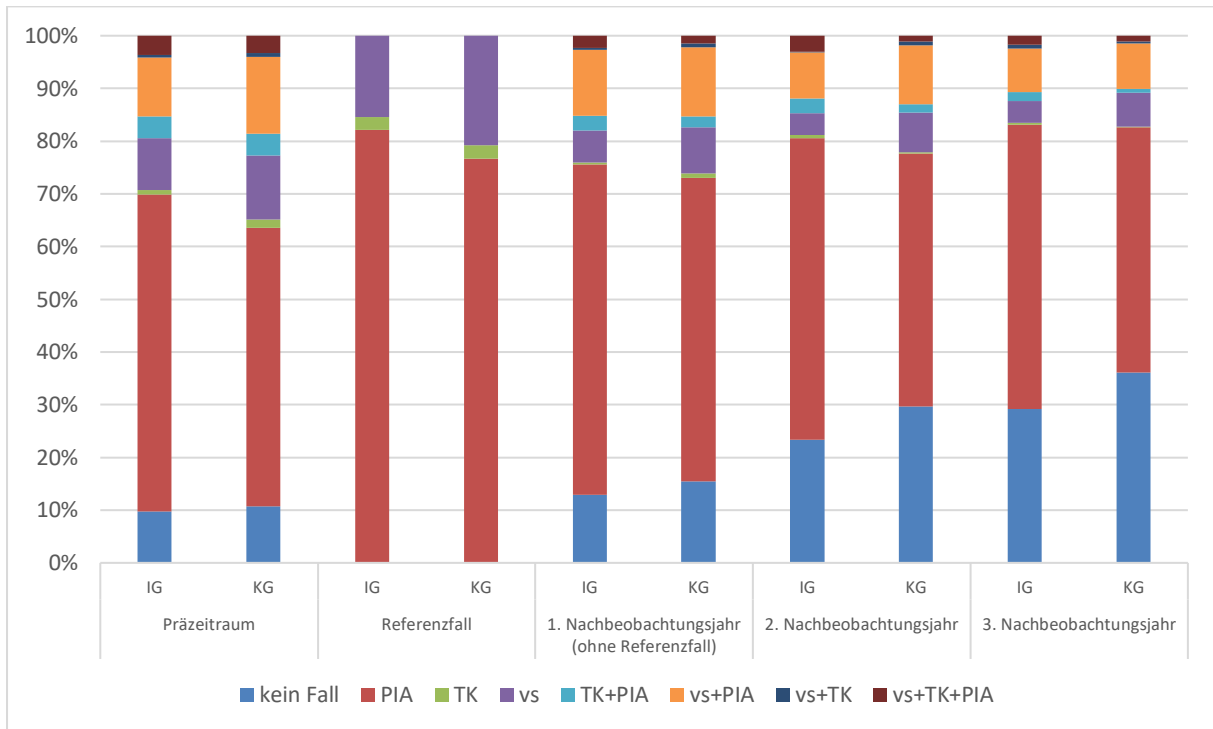


Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs- jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob- achtungsjahr			3. Nachbeob- achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	33	30	1,000				21	13	1,000	27	10	0,041	15	10	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	5	6	1,000				3	7	1,000	1	6	0,377	7	3	1,000
vs+PIA	102	133	0,275				114	119	1,000	79	101	0,377	73	76	1,000
vs+HT															
TK+PIA	37	37	1,000				26	19	1,000	25	14	0,377	15	6	0,418
TK+HT															
HT+PIA															
vs	90	111	0,783	141	189	0,016	55	79	0,324	37	67	0,020	37	57	0,231
TK	8	14	1,000	22	23	0,994	4	8	1,000	6	3	0,507	3	1	1,000
PIA	547	480	0,019	748	697	0,016	570	524	0,324	515	430	0,001	481	410	0,016
HT															
kein Fall	89	98	1,000				118	140	0,916	210	266	0,020	260	318	0,016
Gesamtergebnis	911	909	0,512	911	909	0,025	911	909	0,344	900	897	0,000	891	881	0,014

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



9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1:

Bei den linikneuen mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung erhielt die IG im Vergleich zur KG im Präzeitraum mehr **Therapieeinheiten** (TE) vollstationär und weniger TE teilstationär (vgl. Tabelle 69 bis Tabelle 72). Im ersten, dritten und vierten Nachbeobachtungsjahr erhielt die IG relativ zur KG mehr TE voll- und teilstationär. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr erhielt die IG relativ zur KG weniger TE im voll- bzw. teilstationären Setting. Die IG hatte außerdem, relativ zur KG, über alle Zeiträume hinweg durchschnittlich weniger **PIA-Kontakte**.

Bei den linikbekannten Patienten hatte die IG relativ zur KG vom Präzeitraum im Referenzfall durchschnittlich weniger Therapieeinheiten sowohl im voll- als auch im teilstationären Setting (vgl. Tabelle 73 bis Tabelle 76). Ab dem ersten Nachbeobachtungsjahr wies die IG dann im Vergleich zur KG durchschnittlich mehr TE im voll- und teilstationären Setting auf. Während sich die durchschnittliche Anzahl an PIA-Kontakten im Präzeitraum nicht zwischen IG und KG unterschied, wies die IG im Referenzfall weniger, vom ersten bis zum dritten Jahr mehr und im vierten Jahr etwas weniger durchschnittliche Kontakte im Vergleich zur KG auf.

Die Intensität der Behandlungen lässt sich über die als OPS-Schlüssel dokumentierten Therapieeinheiten abschätzen. Hierzu wurden für jeden Patienten die Therapieeinheiten je Behandlungssetting im jeweiligen Beobachtungszeitraum kumuliert und die durchschnittlichen Werte je Untersuchungsgruppe (IG/KG) miteinander verglichen.¹ Zusätzlich wurde die Kontakthäufigkeit und die Behandlungsintensität in der PIA über die Schlüssel der PIA-Doku-Vereinbarung ermittelt.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger

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

Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	562	562	567	567	562	562	567	567	562	562	567	567	546	546	549	549	529	529	544	544	504	504	523	523
N mit Fall	50	4	43	8	354	57	303	30	130	89	150	56	85	17	95	27	71	22	75	16	70	21	73	16
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,2	0,1	0,1	3,9	2,0	0,4	0,4	1,8	1,3	0,8	1,0	0,7	0,9	0,2	0,5	0,4	0,5	0,1	0,1	0,4	0,5	0,1	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,3	0,5	0,2	0,2	4,6	4,2	1,6	0,8	2,6	2,7	3,0	1,6	1,4	1,8	0,4	0,9	1,0	0,8	0,4	0,3	1,0	0,9	0,4	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	-	-	0,2	0,2	-	-	0,3	0,2	-	-	0,3	0,2	-	-	0,2	0,1	-	-	0,2	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,3	-	-	0,4	0,6	-	-	1,1	1,2	-	-	0,7	0,7	-	-	0,6	0,6	-	-	0,6	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,1	-	-	0,4	-	0,1	-	0,0	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	-	0,0	-	0,1	-	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,1	-	0,0	-	0,3	-	0,1	-	0,1	-	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	-	0,0	-	0,1	-	0,0	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,3	0,0	-	0,1	-	-	0,5	0,5	-	0,0	0,3	0,4	-	0,1	0,2	-	-	-	0,2	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,1	0,0	-	0,1	-	-	0,3	0,3	-	0,0	0,2	0,1	-	0,0	0,1	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Gesamt	2,6	1,7	0,2	0,4	9,1	7,8	2,0	1,4	6,5	6,3	3,8	2,8	3,7	4,1	0,9	1,6	2,5	2,0	0,5	0,4	2,6	2,1	0,5	0,4

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	562	562	567	567	562	562	567	567	562	562	567	567	546	546	549	549	529	529	544	544	504	504	523	523
N mit Fall	50	4	43	8	354	57	303	30	130	89	150	56	85	17	95	27	71	22	75	16	70	21	73	16
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,5	2,6	11,3	8,3	6,1	3,7	4,3	8,3	7,6	5,1	4,9	10,4	4,2	5,0	6,2	9,2	2,8	3,8	1,6	4,1	2,9	3,9	1,7	4,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	14,9	6,6	22,0	8	15,7	7,2	14,8	8	11,2	10,1	19,0	16,0	9,0	3,4	18,1	7,4	6,1	9,0	10,1	7,5	6,3	9,4	10,1	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	0,3	-	-	0,4	0,4	-	-	1,1	0,7	-	-	1,7	1,0	-	-	1,6	0,7	-	-	1,6	0,8	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,5	4,0	-	-	0,6	1,1	-	-	4,8	4,4	-	-	4,5	3,8	-	-	4,1	4,1	-	-	4,1	4,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	1,1	-	-	-	0,7	-	1,7	-	0,2	-	1,3	0,3	0,3	2,6	1,0	0,4	-	1,0	-	0,4	-	1,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	1,8	-	1,3	-	0,5	-	1,6	-	0,3	-	0,9	0,4	0,3	6,6	1,0	0,5	-	0,5	-	0,5	-	0,6	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,8	4,3	0,5	-	-	0,2	-	-	2,2	1,8	-	0,1	2,2	2,2	-	1,5	1,3	-	-	-	1,3	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,8	1,6	0,5	-	-	0,2	-	-	1,4	1,3	-	0,1	1,4	0,8	-	0,9	0,5	-	-	-	0,5	-	-	-
Gesamt	29,4	22,2	34,3	25,3	14,4	14,7	19,4	26,4	23,3	23,9	23,8	28,8	23,7	23,7	29,8	31,7	18,7	14,7	12,1	14,2	19,0	15,1	12,7	14,2

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N	562	567	562	567	562	567	546	549	529	544	519
N mit Fall	14	30	151	234	180	228	127	143	103	129	93	116
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,0	0,1	0,1	1,1	0,5	0,9	0,4	0,8	0,6	0,8	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,2	0,8	1,5	3,2	1,2	2,0	1,1	1,9	1,0	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	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	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,3	0,9	2,6	3,7	2,0	2,4	1,9	2,6	1,8	2,2
Gesamt	0,1	0,2	0,3	0,9	2,7	3,8	2,1	2,5	1,9	2,6	1,9	2,4
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,318		0,091		0,413		0,914		0,886		0,366	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,856		0,000		0,020		0,407		0,103		0,343	

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N	562	567	562	567	562	567	546	549	529	544	519
N mit Fall	14	30	151	234	180	228	127	143	103	129	93	116
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,9	0,0	0,3	0,1	3,6	1,2	3,7	1,6	4,2	2,7	4,6	2,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,1	2,0	0,8	2,0	4,6	8,0	5,0	7,5	5,4	8,1	5,7	7,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	1,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	1,0	0,1	0,0	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	2,1	1,1	2,2	8,2	9,2	8,7	9,1	9,6	10,8	10,2	10,2
Gesamt	5,0	3,0	1,2	2,2	8,5	9,4	9,0	9,4	10,0	11,2	10,6	10,8
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,326		0,028		0,177		0,946		0,846		0,523	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,292		0,000		0,346		0,764		0,439		0,998	

Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	837	837	831	831	837	837	831	831	837	837	831	831	828	828	819	819	819	819	805	805	791	791	772	772
N mit Fall	209	80	264	85	115	18	151	20	174	49	198	41	135	54	164	33	122	37	131	20	114	36	125	20
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,3	1,8	0,2	1,0	0,4	0,5	0,1	0,2	1,1	1,2	0,3	0,4	1,0	0,8	0,4	0,4	0,7	0,8	0,3	0,2	0,7	0,8	0,3	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3,0	4,4	1,3	1,7	0,7	1,2	0,4	0,4	2,4	2,7	1,4	0,8	1,7	2,1	1,2	0,8	1,5	1,9	1,0	0,3	1,5	1,9	1,0	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	-	0,0	0,1	-	-	0,3	0,2	-	-	0,5	0,2	-	-	0,3	0,1	-	-	0,3	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,3	0,7	-	-	0,1	0,1	-	-	1,1	0,6	-	-	1,6	0,8	-	-	1,1	0,5	-	-	1,2	0,5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,5	0,0	0,2	-	0,0	-	0,0	0,0	0,1	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,1	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,5	0,0	0,2	-	0,0	-	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,1	0,0	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,5	-	0,1	-	0,0	-	-	0,2	0,3	-	0,0	0,2	0,3	-	0,0	0,2	0,1	-	0,1	0,2	0,2	-	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,6	-	0,0	-	0,0	-	-	0,1	0,2	-	-	0,2	0,2	-	0,0	0,1	0,1	-	0,1	0,1	0,1	-	0,1
Gesamt	6,7	9,2	1,5	3,2	1,2	1,9	0,5	0,6	5,4	5,5	1,8	1,4	5,2	4,5	1,6	1,3	3,9	3,8	1,3	0,7	4,0	3,8	1,2	0,7

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	837	837	831	831	837	837	831	831	837	837	831	831	828	828	819	819	819	819	805	805	791	791	772	772
N mit Fall	209	80	264	85	115	18	151	20	174	49	198	41	135	54	164	33	122	37	131	20	114	36	125	20
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,2	5,7	2,2	9,9	3,1	2,8	4,4	7,7	5,4	5,2	6,0	7,9	5,9	3,9	6,7	3	10, 4,6	4,7	5,6	6,4	4,9	4,9	5,6	6,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	12, 0	14, 0	13, 7	16, 4	4,8	6,5	3	19, 2	15, 8	11, 4	11, 6	24, 6	16, 10,7	3	17, 7	19, 7	9,9	11, 5	22, 1	11, 8	10, 3	11, 7	21, 1	11, 8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,5	-	-	0,2	0,3	-	-	1,6	0,7	-	-	3,2	0,9	-	-	2,0	0,6	-	-	2,0	0,7	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	5,0	2,3	-	-	0,8	0,7	-	-	5,4	2,7	-	-	9,8	3,9	-	-	7,7	3,1	-	-	8,1	3,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	1,4	0,1	1,8	-	0,1	-	1,2	0,2	0,6	-	1,9	0,0	0,5	0,1	1,6	0,2	0,8	0,1	-	0,2	0,8	0,1	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	1,5	0,1	1,8	-	0,1	-	1,5	0,3	0,3	0,1	1,8	0,1	0,2	0,1	1,4	0,2	0,9	0,0	-	0,2	0,9	0,0	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,2	1,7	-	1,0	-	0,1	-	-	0,8	1,4	-	0,1	1,5	1,7	-	0,1	1,1	0,9	-	4,8	1,2	1,0	-	4,8
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,6	1,7	-	0,3	-	0,1	-	-	0,6	0,8	-	-	1,1	0,9	-	0,0	0,6	0,5	-	3,7	0,6	0,5	-	3,7
Gesamt	26, 9	28, 9	16, 1	31, 3	8,9	10, 7	23, 7	25, 4	26, 0	23, 3	30, 6	28, 1	32,1	22, 3	24, 6	33, 1	26,2	23, 1	27, 8	26, 6	27, 5	23, 7	26, 8	26, 6

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	837	831	837	831	837	831	828	819	819	805	808	791
N mit Fall	694	653	704	660	686	635	606	529	545	483	510	458
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,6	0,4	3,2	1,5	4,1	1,5	3,2	1,7	3,1	2,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,7	1,5	3,6	5,2	4,2	5,1	4,1	5,0	4,3	5,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,5	0,1	0,5	0,1	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,0	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,3	0,5	0,7	0,4	0,7	0,3	0,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,3	1,9	6,8	6,7	8,3	6,6	7,3	6,7	7,4	7,2
Gesamt	0,1	0,1	1,4	1,9	7,4	7,0	8,8	7,3	7,7	7,4	7,6	8,0
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,000		0,003		0,353		0,037		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,181		0,000		0,933		0,026		0,267		0,837	

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	837	831	837	831	837	831	828	819	819	805	808	791
N mit Fall	694	653	704	660	686	635	606	529	545	483	510	458
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,7	0,5	3,9	2,0	5,7	2,4	4,8	2,8	4,9	3,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,9	1,9	4,4	6,8	5,7	7,9	6,1	8,3	6,8	8,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,2	0,7	0,2	0,8	0,2	0,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,0	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,3	0,7	1,0	0,6	1,2	0,4	1,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,6	2,4	8,3	8,8	11,3	10,3	10,9	11,1	11,7	12,5
Gesamt	0,1	0,1	1,7	2,5	9,1	9,1	12,0	11,3	11,5	12,3	12,1	13,8
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,000		0,004		0,151		0,013		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,156		0,000		0,451		0,289		0,805		0,296	

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen direkten psychiatrischen Versorgungskosten setzen sich aus den Kosten für voll- und teilstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlungen, PIA-Behandlungen, Behandlungen in Sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrische Behandlungen in Hochschulambulanzen, psychiatrische Behandlungen im vertragsärztlichen Bereich, Psychopharmaka sowie Heilmittel mit psychiatrischer Indikation zusammen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum mit 1.322,49 € je Patient der IG und 1.182,80 € je Patient der KG auf gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich dabei in beiden Gruppen zu etwa 60 % aus den Kosten für vollstationäre Behandlungen, zu ca. 18 % (IG) bzw. 15 % (KG) durch Kosten aus vertragsärztlich psychiatrischer Leistung und zu ca. 19 % (IG) bzw. 17 % (KG) aus den Kosten der Psychopharmakaversorgung. Der zu Hundert fehlende Anteil speiste sich dabei aus den übrigen Leistungsbereichen.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an: in der IG stiegen die Kosten auf 8.904,40 € je Patient und in der KG auf 7.054,16 € an. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war somit in der IG im Vergleich zur KG um 1.710,54 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 79). Die Zusammensetzung der Kosten unterschied sich im ersten Nachbeobachtungsjahr dahingehend, dass der Anteil der teilstationären psychiatrischen Kosten in der IG mit ca. 20 % deutlich oberhalb der KG mit etwa 10 % lag, während der Anteil der vollstationären Kosten in der IG mit 67 % etwa gleichauf mit der KG (73 %) lag.

Nach dem ersten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die gesamten Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums ab. Vom zweiten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr lässt sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG feststellen. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG um 298,12 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 79).

Bei den klambekannt Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen direkten psychiatrischen Kosten im Präzeitraum mit 5.099,16 € je Patient in der IG etwas unterhalb der 5.857,70 € je Patient der KG (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43). Es zeigte sich jedoch eine zwischen den Gruppen voneinander verschiedene Zusammensetzung der Kosten: So lag der Anteil der vollstationären Versorgungskosten in der IG bei 45 % und in der KG bei 60 %. Demgegenüber stand ein deutlich höherer Anteil der Kosten für Psychopharmakaversorgung in der IG im Vergleich zur KG (IG: 24 %, KG: 15 %).

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr glichen sich in beiden Gruppen die Gesamtkosten mit 5.700,40 € in der IG bzw. 5.635,61 € in der KG in etwa an. Entsprechend ergab sich in der IG relativ zur KG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein um 823,33 € nicht signifikant stärkerer Anstieg der Kosten (vgl. Tabelle 80). Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei in beiden Gruppen die Kosten zum vierten Jahr sanken. Im Vergleich vom Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 537,48 € nicht signifikant schwächerer Rückgang der Kosten.

U2:

Bei den klambekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten zum ersten Nachbeobachtungsjahr in beiden Gruppen, wobei sie in der IG von 1.202,14 € auf 8.295,90 € und in der KG von 1.242,41 € auf 7.308,22 € stiegen. Der Anstieg der Kosten je Patient der IG war somit um 1.027,95 € stärker verglichen mit Patienten der KG (vgl. Tabelle 18 und Abbildung 44). Im Präzeitraum setzten sich die Kosten in beiden Gruppen zu einem Großteil aus den vollstationären psychiatrischen Kosten zusammen (IG: 55 %; KG: 64 %), aus den Kosten für psychiatrische vertragsärztliche Leistungen (IG: 23 %; KG: 17 %) und u.a. den Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 18 %; KG: 13 %). Zum ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die Anteile der vollstationären psychiatrischen Kosten (IG: 67 %; KG: 72 %). Den größten Zuwachs verzeichneten dabei die Kosten teilstationärer psychiatrischer Kosten (IG: 21 %; KG: 12 %), welche im Präzeitraum nur einen sehr geringen Anteil einnahmen (IG: 2 %; KG: 3 %).

U3:

Bei den klambekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich für den Verlauf der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein vergleichbares Muster wie für U1 (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung

45). Während die Kosten im Präzeitraum in beiden Gruppen auf gleicher Höhe lagen (IG: 1.310,56 €; KG: 1.348,82 €), stiegen sie im ersten Jahr in der IG auf 8.381,54 € und in der KG auf 7.582,98 €. Im Vergleich Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG um 836,83 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 83). Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG um 208,77 € nicht signifikant stärker.

U4:

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein vergleichbares Bild zu U1. So lagen die Kosten des Präzeitraums in beiden Gruppen auf gleichem Niveau und stiegen im ersten Jahr deutlich an, wobei die IG stärker stieg (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46). Im zweiten und dritten Jahr fielen sie auf einen Wert oberhalb des Präzeitraums ab.

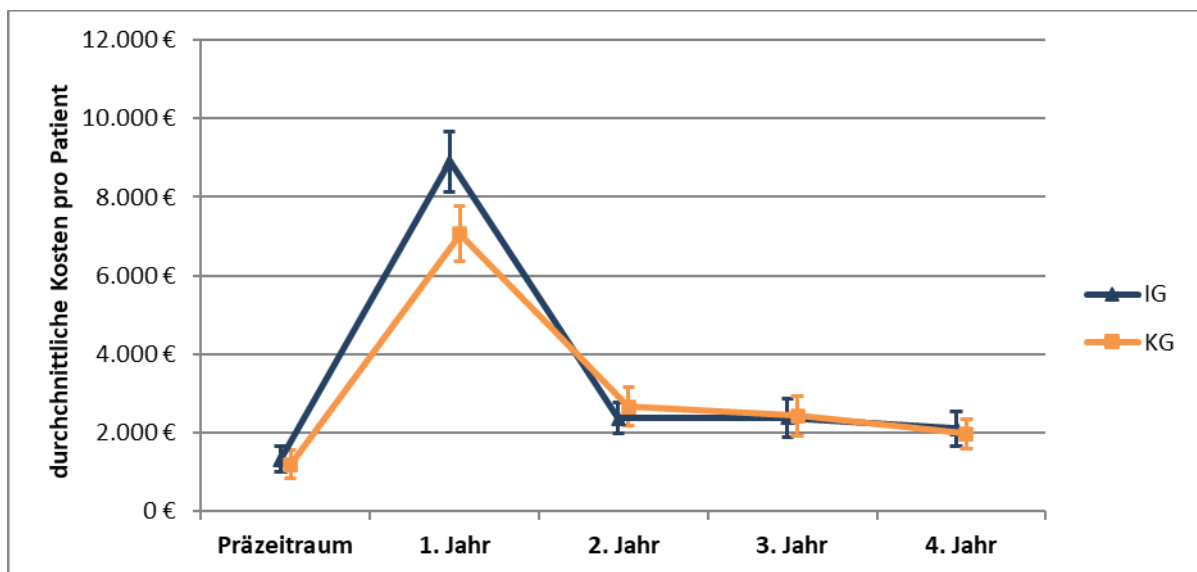
Auch bei den klimbekanntem Patienten war eine Ähnlichkeit zu U1 festzustellen (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47). Die Kosten verliefen im Zeitverlauf parallel zueinander, wobei die IG günstiger als die KG war.

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

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	518	562	505	475	452	516	567	486	474	453
durchschnittliche Kosten	1.322,49 €	8.904,40 €	2.366,23 €	2.373,39 €	2.100,88 €	1.182,80 €	7.054,16 €	2.659,02 €	2.427,09 €	1.967,81 €
Standardabweichung	4.119,76 €	9.285,13 €	4.729,99 €	5.694,00 €	5.117,01 €	4.354,16 €	8.504,75 €	5.863,13 €	6.009,70 €	4.485,30 €
Minimum	0,00 €	168,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	26,78 €	2.128,58 €	72,43 €	48,33 €	28,73 €	27,08 €	1.312,68 €	66,21 €	43,19 €	32,22 €
Median	172,64 €	5.647,13 €	535,79 €	421,55 €	237,74 €	129,06 €	4.206,59 €	568,71 €	361,56 €	290,98 €
75%-Perzentil	848,70 €	12.585,30 €	2.252,64 €	1.911,12 €	1.470,79 €	657,47 €	9.533,61 €	2.396,14 €	1.815,97 €	1.590,42 €
Maximum	57.787,01 €	68.057,65 €	36.523,98 €	48.366,43 €	48.815,20 €	73.944,16 €	71.485,11 €	70.580,04 €	59.136,59 €	34.224,54 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	829	837	805	788	773	829	831	794	770	756
durchschnittliche Kosten	5.099,16 €	5.700,40 €	4.126,63 €	3.680,26 €	3.149,71 €	5.857,70 €	5.635,61 €	4.279,83 €	3.855,66 €	3.767,97 €
Standardabweichung	7.424,01 €	7.897,04 €	6.365,16 €	5.964,38 €	5.161,50 €	8.182,18 €	7.290,84 €	8.004,26 €	6.906,39 €	7.297,80 €
Minimum	0,00 €	280,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	188,63 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.181,65 €	1.440,86 €	1.016,59 €	743,70 €	415,53 €	1.107,79 €	1.296,35 €	612,59 €	461,72 €	352,13 €
Median	2.265,59 €	2.516,33 €	1.923,17 €	1.628,80 €	1.328,58 €	2.540,04 €	2.642,55 €	1.708,82 €	1.514,99 €	1.415,89 €
75%-Perzentil	5.916,27 €	6.727,02 €	4.104,29 €	3.571,14 €	3.221,47 €	7.341,84 €	7.259,20 €	3.910,87 €	3.570,23 €	3.173,54 €
Maximum	72.438,39 €	78.001,04 €	55.402,61 €	60.965,88 €	32.124,29 €	79.074,03 €	48.128,81 €	90.238,57 €	66.705,72 €	60.086,27 €

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

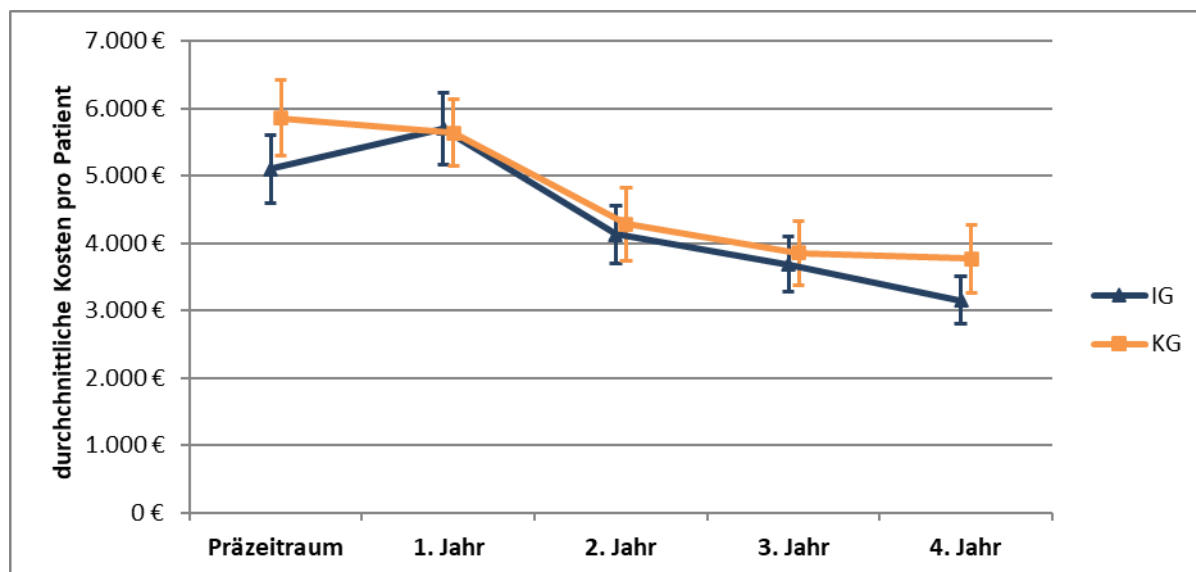


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.182,80 €	0,000	1.182,80 €	0,000	-1.850,30 €	0,000
IG (vs. KG)	139,70 €	0,580	139,70 €	0,580	155,94 €	0,475
Post (vs. Prä)	2.387,79 €	0,000				
IG x Post (DiD)	298,12 €	0,339				
1. Jahr (vs. Prä)			5.871,37 €	0,000	7.211,65 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.476,23 €	0,000	2.789,76 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			1.244,29 €	0,000	2.557,14 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			785,01 €	0,001	2.076,79 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.710,54 €	0,002	1.680,04 €	0,002
IG x Jahr 2 (DiD)			-432,48 €	0,222	-463,62 €	0,174
IG x Jahr 3 (DiD)			-193,40 €	0,625	-254,36 €	0,507
IG x Jahr 4 (DiD)			-6,63 €	0,985	-54,26 €	0,874
Alter (30-47 J. vs. U30)					368,02 €	0,285
Alter (48-64 J. vs. U30)					297,78 €	0,383
Alter (Ü64 vs. U30)					-264,11 €	0,502
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					641,37 €	0,004
F 00 (Demenz)					-572,32 €	0,146
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-275,77 €	0,713
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					4.199,25 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-471,87 €	0,269
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					421,16 €	0,583
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					306,88 €	0,284
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.384,86 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.030,04 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					275,19 €	0,345
F 45 (Somatoforme Störungen)					150,58 €	0,626
F 40-48 (ohne F43 und F45)					209,63 €	0,641
F 50 (Essstörungen)					1.085,00 €	0,253
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.970,36 €	0,029
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-451,85 €	0,523
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					994,29 €	0,294
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					693,97 €	0,215
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.221,94 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.987,15 €	0,077
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					291,50 €	0,822
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					540,54 €	0,011
R ²		0,025		0,143		0,214

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

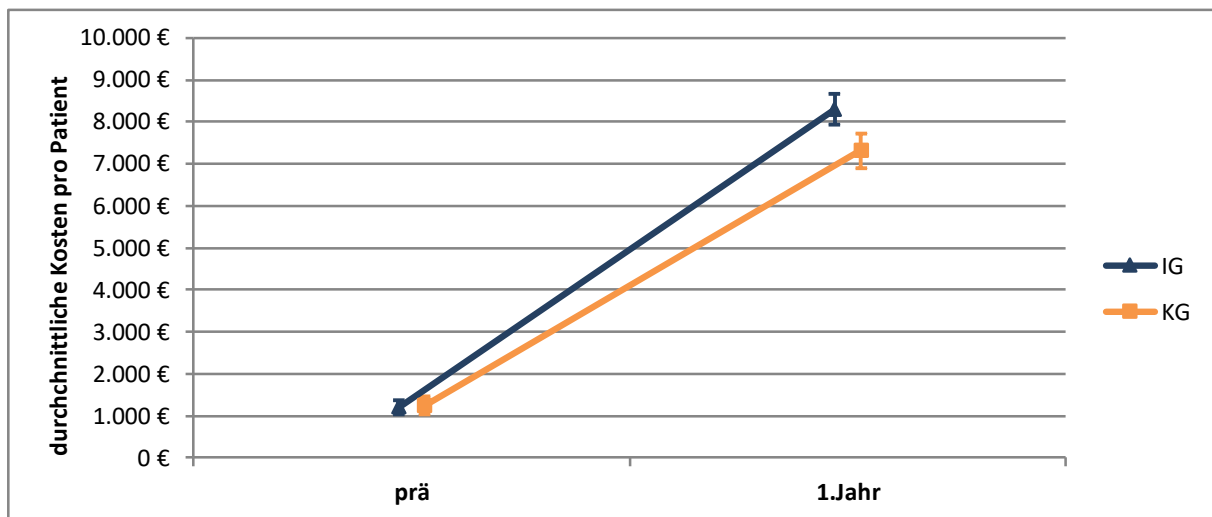
Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.857,70 €	0,000	5.857,70 €	0,000	-1.176,33 €	0,090
IG (vs. KG)	-758,54 €	0,047	-758,54 €	0,048	-213,47 €	0,463
Post (vs. Prä)	-1.460,71 €	0,000				
IG x Post (DiD)	537,48 €	0,147				
1. Jahr (vs. Prä)			-222,09 €	0,489	5.998,86 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.577,87 €	0,000	4.645,10 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-2.002,04 €	0,000	4.213,56 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-2.089,73 €	0,000	4.123,05 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			823,33 €	0,054	276,86 €	0,502
IG x Jahr 2 (DiD)			605,34 €	0,177	47,94 €	0,909
IG x Jahr 3 (DiD)			583,14 €	0,182	22,87 €	0,954
IG x Jahr 4 (DiD)			140,27 €	0,745	-419,09 €	0,284
Alter (30-47 J. vs. U30)					-68,99 €	0,871
Alter (48-64 J. vs. U30)					-336,37 €	0,424
Alter (Ü64 vs. U30)					-659,75 €	0,172
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					27,30 €	0,910
F 01 (Vaskuläre Demenz)					5.270,02 €	0,115
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					966,00 €	0,551
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-791,75 €	0,158
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-897,13 €	0,474
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					380,57 €	0,251
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.149,18 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					9,28 €	0,977
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-32,17 €	0,912
F 45 (Somatoforme Störungen)					778,13 €	0,014
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-8,06 €	0,989
F 50 (Essstörungen)					46,87 €	0,940
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.858,13 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					238,94 €	0,607
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-490,63 €	0,620
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-357,60 €	0,661
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.943,16 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.170,04 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.193,01 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					718,02 €	0,045
R ²		0,005		0,017		0,153

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	1.977	2.149	1.939	2.149
durchschnittliche Kosten	1.202,14 €	8.295,90 €	1.242,41 €	7.308,22 €
Standardabweichung	3.969,14 €	8.633,21 €	4.982,38 €	9.597,87 €
Minimum	0,00 €	75,00 €	0,00 €	61,59 €
25%-Perzentil	40,23 €	1.933,48 €	34,53 €	1.164,32 €
Median	160,99 €	5.555,39 €	134,28 €	4.051,39 €
75%-Perzentil	841,85 €	11.849,49 €	558,86 €	9.675,90 €
Maximum	72.785,99 €	72.070,66 €	79.953,10 €	98.041,16 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	1.502	1.624	1.418	1.466	1.616	1.384
durchschnittliche Kosten	1.310,56 €	8.381,54 €	2.219,12 €	1.348,82 €	7.582,98 €	2.700,92 €
Standardabweichung	4.332,85 €	8.768,40 €	4.602,28 €	5.391,93 €	9.631,20 €	6.437,49 €
Minimum	0,00 €	143,68 €	0,00 €	0,00 €	61,59 €	0,00 €
25%-Perzentil	42,03 €	1.927,57 €	56,17 €	35,32 €	1.252,03 €	53,70 €
Median	169,15 €	5.521,28 €	448,14 €	135,69 €	4.295,46 €	473,01 €
75%-Perzentil	878,04 €	12.019,43 €	2.072,00 €	587,65 €	10.310,20 €	2.201,89 €
Maximum	72.785,99 €	72.070,66 €	40.938,47 €	79.953,10 €	93.312,52 €	73.218,39 €

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

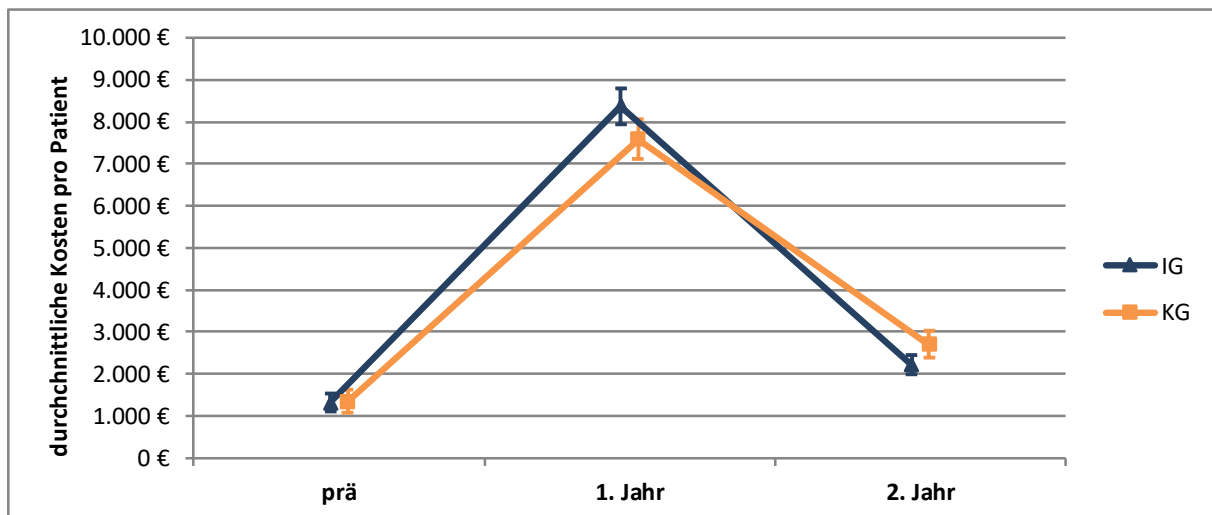


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

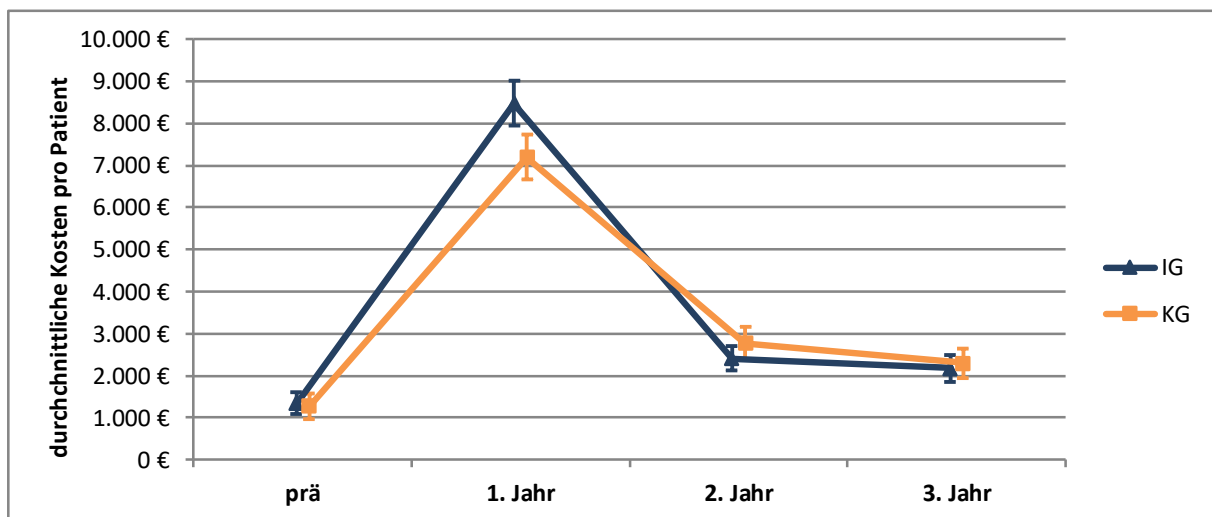
Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	1.348,82 €	0,000	1.348,82 €	0,000	-1.834,10 €	0,000
IG (vs. KG)	-38,27 €	0,824	-38,27 €	0,824	0,60 €	0,997
Post (vs. Prä)	3.825,26 €	0,000				
IG x Post (DiD)	208,77 €	0,377				
1. Jahr (vs. Prä)			6.234,15 €	0,000	7.589,15 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.352,09 €	0,000	2.689,76 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			836,83 €	0,012	785,70 €	0,018
IG x Jahr 2 (DiD)			-443,53 €	0,043	-502,51 €	0,018
Alter (30-47 J. vs. U30)					513,69 €	0,027
Alter (48-64 J. vs. U30)					507,68 €	0,024
Alter (Ü64 vs. U30)					46,00 €	0,876
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					427,86 €	0,008
F 00 (Demenz)					-1.292,65 €	0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-467,91 €	0,408
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					4.969,74 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-231,37 €	0,580
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.850,31 €	0,093
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-197,05 €	0,324
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.888,24 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.343,40 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					473,74 €	0,040
F 45 (Somatoforme Störungen)					-136,85 €	0,501
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					-211,34 €	0,492
F 50 (Essstörungen)					1.426,62 €	0,028
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.769,19 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-745,99 €	0,187
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.710,20 €	0,270
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					963,49 €	0,128
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.024,90 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.175,03 €	0,051
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.955,18 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					419,11 €	0,011
R ²		0,062		0,155		0,238

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

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	1.028	1.119	982	929	1.017	1.117	953	901
durchschnittliche Kosten	1.344,10 €	8.482,50 €	2.403,34 €	2.171,51 €	1.274,24 €	7.202,38 €	2.772,59 €	2.301,79 €
Standardabweichung	4.358,54 €	9.009,93 €	4.808,27 €	5.325,78 €	5.066,93 €	8.982,98 €	6.530,84 €	5.872,55 €
Minimum	0,00 €	168,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	61,59 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	35,58 €	1.924,91 €	59,49 €	36,44 €	30,83 €	1.198,35 €	54,60 €	30,55 €
Median	174,15 €	5.394,65 €	513,43 €	355,69 €	130,53 €	4.094,34 €	523,97 €	337,52 €
75%-Perzentil	879,83 €	11.995,93 €	2.266,26 €	1.790,17 €	567,68 €	9.625,84 €	2.336,29 €	1.677,70 €
Maximum	72.785,99 €	72.070,66 €	40.938,47 €	48.366,43 €	76.331,87 €	71.485,11 €	73.218,39 €	63.377,14 €

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

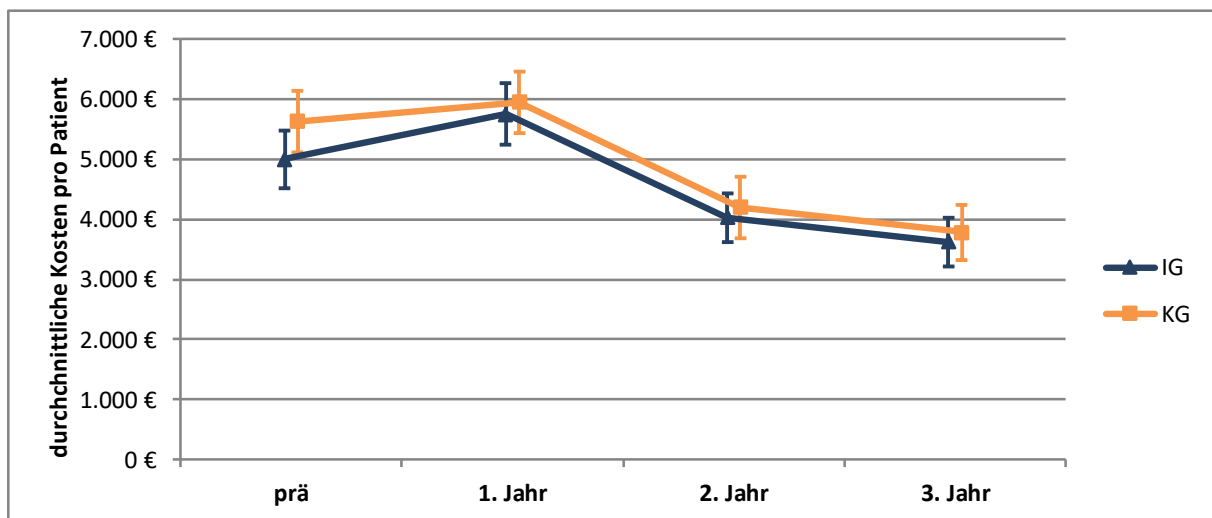


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	902	911	872	858	907	909	868	839
durchschnittliche Kosten	5.007,29 €	5.754,86 €	4.031,69 €	3.624,01 €	5.632,54 €	5.953,67 €	4.208,39 €	3.783,55 €
Standardabweichung	7.411,40 €	7.894,25 €	6.256,72 €	6.103,45 €	7.985,10 €	7.826,62 €	7.832,07 €	6.816,31 €
Minimum	0,00 €	280,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	188,63 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.117,53 €	1.436,25 €	932,39 €	659,75 €	993,78 €	1.373,23 €	572,06 €	434,53 €
Median	2.193,43 €	2.516,33 €	1.876,14 €	1.586,55 €	2.457,90 €	2.753,66 €	1.651,09 €	1.463,47 €
75%-Perzentil	5.708,00 €	7.022,81 €	4.031,78 €	3.484,29 €	7.080,32 €	7.439,84 €	3.800,74 €	3.518,05 €
Maximum	72.438,39 €	78.001,04 €	55.402,61 €	60.965,88 €	79.074,03 €	55.179,13 €	90.238,57 €	66.705,72 €

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 verliefen die **Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung** nahezu identisch zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48). Ausgehend von einem etwa gleich hohen Niveau im Präzeitraum stiegen in beiden Gruppen zum ersten Nachbeobachtungsjahr die Kosten stark an, um sich dann vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr auf einem Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums anzugleichen. Im Vergleich vom Prä- zu Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 82,23 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 88).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich im Zeitverlauf ein annähernd paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Während die IG im Vergleich zur KG im Präzeitraum noch geringere Kosten aufwies, näherten sich die Kosten ab dem ersten Nachbeobachtungsjahr an. Vom ersten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten. Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 656,02 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 89).

U2:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG beobachtbar (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei IG und KG jeweils etwa gleich teuer waren.

U3:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ließ sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG feststellen (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Ausgehend vom Präzeitraum stiegen in beiden Gruppen die Kosten zum ersten Jahr hin deutlich an, um zum zweiten Nachbeobachtungsjahr auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums abzusinken. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 73,97 € nicht signifikant geringerer Anstieg der Kosten.

U4:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 ähnliches Bild. So lagen die Kosten des Präzeitraums in beiden Gruppen auf gleichem Niveau und stiegen im ersten Jahr deutlich an (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52). Im zweiten und dritten Jahr fielen sie auf einen Wert oberhalb des Präzeitraums ab.

Auch bei den linikbekanntem Patienten war ein zu U1 vergleichbares Muster zu beobachten (vgl. Tabelle 33 und Abbildung 16). Die Kosten verliefen im Zeitverlauf parallel zueinander, wobei in beiden Gruppen die Kosten im Zeitverlauf sanken. Auch hier war die IG günstiger als die KG.

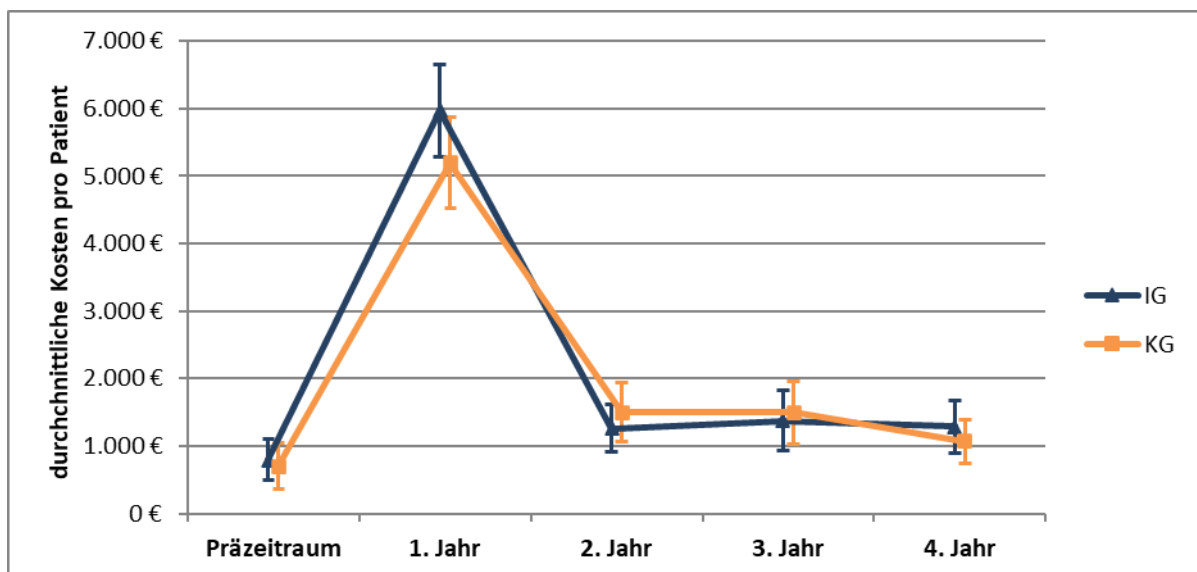
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	68	383	90	76	69	66	346	97	82	66
durchschnittliche Kosten	798,08 €	5.971,49 €	1.261,48 €	1.375,29 €	1.292,56 €	702,85 €	5.194,88 €	1.494,22 €	1.492,86 €	1.065,93 €
Standardabweichung	3.718,00 €	8.227,31 €	4.168,15 €	5.231,86 €	4.527,81 €	4.067,82 €	8.196,70 €	5.236,75 €	5.440,98 €	3.782,32 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.537,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.444,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.022,37 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.835,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	51.735,67 €	46.458,41 €	35.353,49 €	47.242,57 €	47.254,75 €	73.503,59 €	71.343,77 €	70.521,28 €	56.027,93 €	27.217,88 €

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



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	217	225	140	125	121	270	262	167	134	130
durchschnittliche Kosten	2.281,16 €	2.783,35 €	1.694,43 €	1.584,74 €	1.349,06 €	3.530,85 €	3.307,86 €	2.373,09 €	2.049,78 €	2.047,60 €
Standardabweichung	6.262,87 €	7.151,46 €	5.410,88 €	5.187,44 €	4.371,68 €	7.897,81 €	6.991,18 €	7.546,67 €	6.300,64 €	6.678,57 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	347,74 €	777,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.230,41 €	3.198,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	56.912,40 €	76.458,49 €	51.961,19 €	59.141,42 €	29.287,69 €	78.351,06 €	47.335,67 €	90.215,71 €	65.155,24 €	59.185,91 €

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

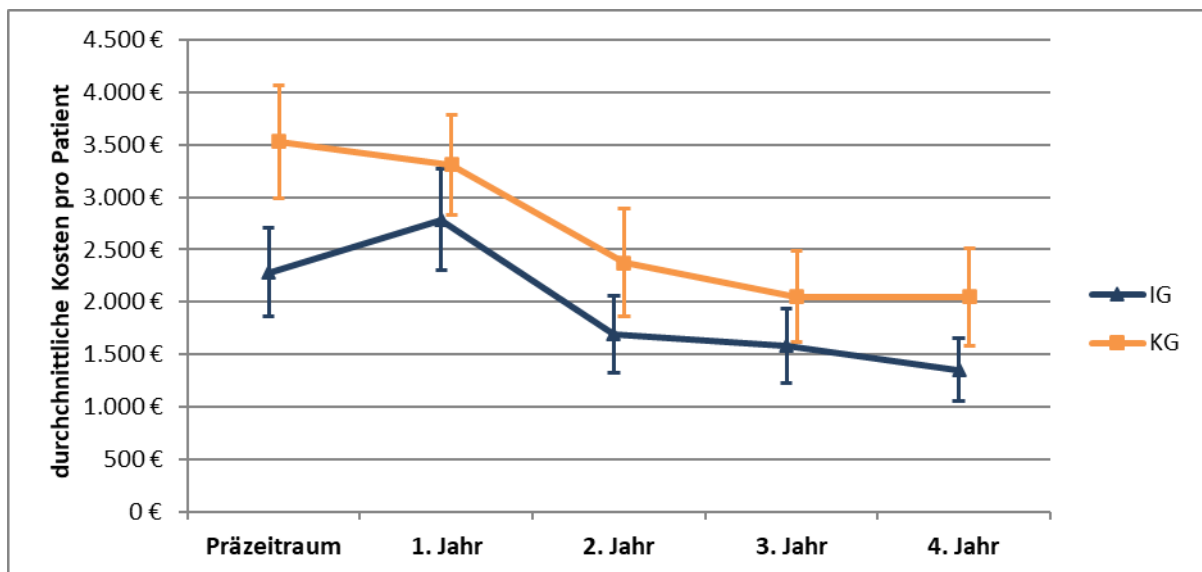


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	702,85 €	0,000	702,85 €	0,000	-1.605,72 €	0,000
IG (vs. KG)	95,23 €	0,681	95,23 €	0,681	51,03 €	0,806
Post (vs. Prä)	1.644,33 €	0,000				
IG x Post (DiD)	82,23 €	0,779				
1. Jahr (vs. Prä)			4.492,03 €	0,000	5.566,97 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			791,37 €	0,001	1.854,01 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			790,02 €	0,004	1.855,34 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			363,08 €	0,113	1.418,47 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			681,39 €	0,182	687,89 €	0,178
IG x Jahr 2 (DiD)			-327,96 €	0,314	-323,83 €	0,302
IG x Jahr 3 (DiD)			-212,80 €	0,571	-226,03 €	0,537
IG x Jahr 4 (DiD)			131,40 €	0,684	125,60 €	0,693
Alter (30-47 J. vs. U30)					22,98 €	0,939
Alter (48-64 J. vs. U30)					151,46 €	0,613
Alter (Ü64 vs. U30)					129,84 €	0,715
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					439,04 €	0,027
F 00 (Demenz)					-937,50 €	0,010
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-240,31 €	0,664
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3.006,27 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-422,76 €	0,280
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					187,08 €	0,752
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					770,28 €	0,003
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.254,97 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					645,42 €	0,010
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					14,12 €	0,955
F 45 (Somatoforme Störungen)					133,14 €	0,616
F 40-48 (ohne F43 und F45)					87,86 €	0,827
F 50 (Essstörungen)					1.490,66 €	0,079
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.328,86 €	0,084
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-294,95 €	0,659
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					486,30 €	0,582
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					78,03 €	0,892
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.880,11 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.009,34 €	0,209
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-471,34 €	0,704
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					377,21 €	0,042
R ²		0,014		0,097		0,153

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

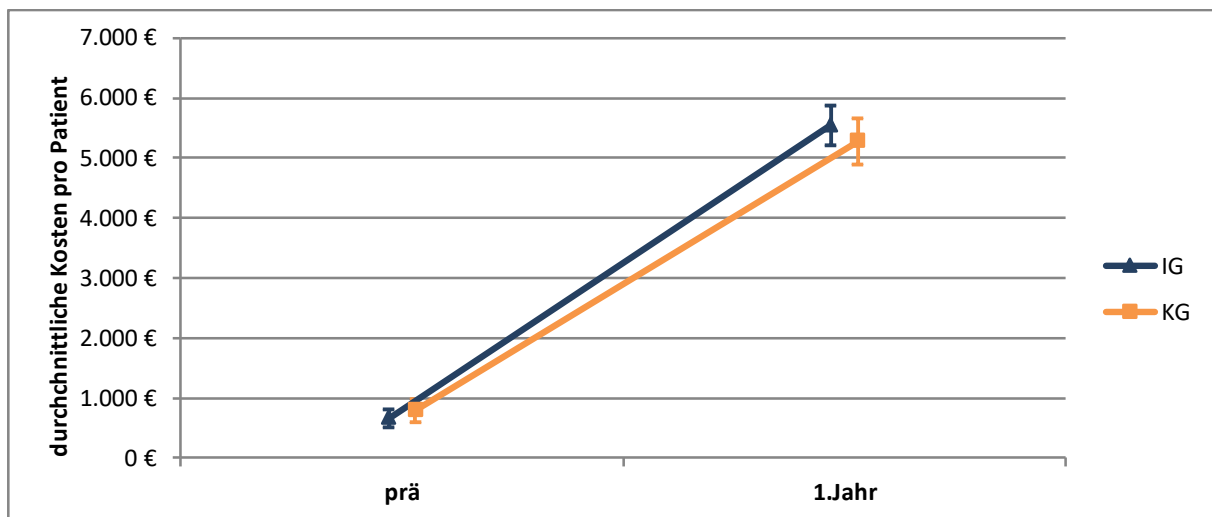
Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.530,85 €	0,000	3.530,85 €	0,000	-615,24 €	0,340
IG (vs. KG)	-1.249,69 €	0,000	-1.249,69 €	0,000	-669,10 €	0,014
Post (vs. Prä)	-1.077,95 €	0,000				
IG x Post (DiD)	656,02 €	0,059				
1. Jahr (vs. Prä)			-222,99 €	0,483	3.906,58 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.157,76 €	0,001	2.975,75 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-1.481,07 €	0,000	2.653,87 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-1.483,25 €	0,000	2.652,43 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			725,18 €	0,077	140,04 €	0,731
IG x Jahr 2 (DiD)			571,03 €	0,173	-18,09 €	0,964
IG x Jahr 3 (DiD)			784,65 €	0,057	193,81 €	0,606
IG x Jahr 4 (DiD)			551,15 €	0,170	-39,18 €	0,916
Alter (30-47 J. vs. U30)					-513,98 €	0,168
Alter (48-64 J. vs. U30)					-718,11 €	0,051
Alter (Ü64 vs. U30)					-513,45 €	0,233
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-111,82 €	0,599
F 01 (Vaskuläre Demenz)					3.650,23 €	0,211
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.020,96 €	0,485
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-653,13 €	0,079
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-708,24 €	0,636
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					855,76 €	0,005
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.495,53 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-89,39 €	0,758
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-243,27 €	0,340
F 45 (Somatoforme Störungen)					680,62 €	0,016
F 40-48 (ohne F43 und F45)					121,74 €	0,814
F 50 (Essstörungen)					165,15 €	0,777
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.341,01 €	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-260,22 €	0,509
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-338,62 €	0,680
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-475,76 €	0,524
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.695,01 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					630,19 €	0,279
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					802,45 €	0,113
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					321,26 €	0,338
R ²		0,006		0,011		0,125

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	236	1.458	215	1.212
durchschnittliche Kosten	664,48 €	5.545,77 €	791,86 €	5.282,84 €
Standardabweichung	3.632,46 €	7.747,61 €	4.695,46 €	9.150,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.370,59 €	0,00 €	827,18 €
75%-Perzentil	0,00 €	8.451,15 €	0,00 €	7.583,01 €
Maximum	71.163,98 €	71.210,76 €	78.952,87 €	97.456,77 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	185	1.101	230	172	943	250
durchschnittliche Kosten	755,60 €	5.648,97 €	1.128,62 €	872,43 €	5.572,53 €	1.599,27 €
Standardabweichung	4.018,47 €	7.889,01 €	3.863,24 €	5.081,03 €	9.133,97 €	5.789,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.370,59 €	0,00 €	0,00 €	1.104,34 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	8.715,78 €	0,00 €	0,00 €	8.248,41 €	0,00 €
Maximum	71.163,98 €	71.210,76 €	36.964,84 €	78.952,87 €	87.843,55 €	70.521,28 €

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

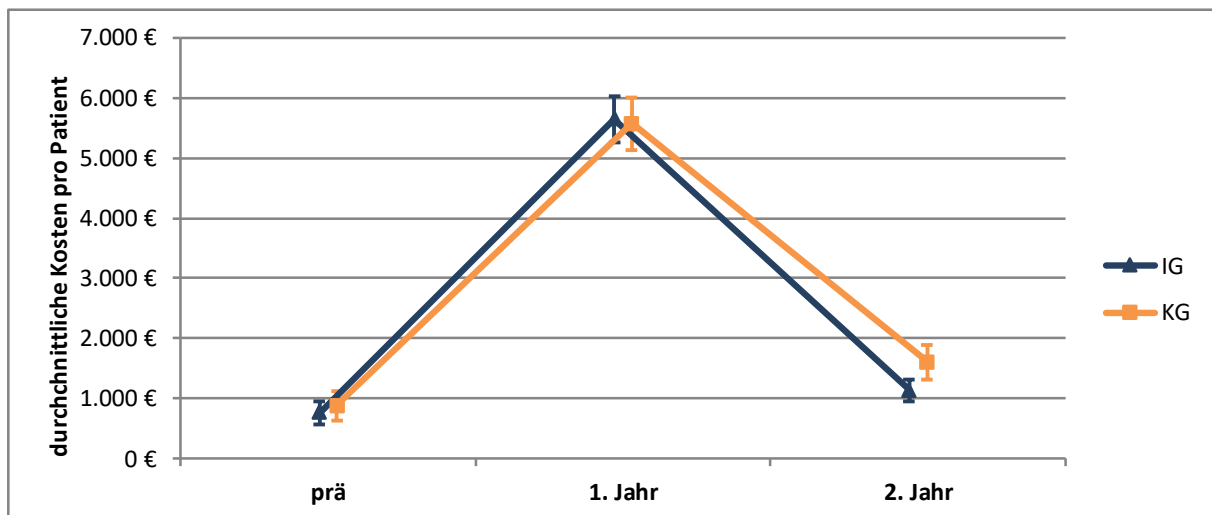


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	872,43 €	0,000	872,43 €	0,000	-1.722,18 €	0,000
IG (vs. KG)	-116,83 €	0,468	-116,83 €	0,468	-108,82 €	0,425
Post (vs. Prä)	2.739,63 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-73,97 €	0,737				
1. Jahr (vs. Prä)			4.700,11 €	0,000	5.813,19 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			726,84 €	0,000	1.834,56 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			193,27 €	0,537	170,10 €	0,588
IG x Jahr 2 (DiD)			-353,83 €	0,078	-382,64 €	0,047
Alter (30-47 J. vs. U30)					101,29 €	0,630
Alter (48-64 J. vs. U30)					313,52 €	0,125
Alter (Ü64 vs. U30)					452,12 €	0,103
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					296,94 €	0,040
F 00 (Demenz)					-1.077,68 €	0,029
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-264,37 €	0,557
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					4.058,60 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-87,39 €	0,821
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.420,33 €	0,147
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					566,55 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.177,82 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					885,55 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					237,47 €	0,259
F 45 (Somatoforme Störungen)					15,78 €	0,930
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					-354,40 €	0,224
F 50 (Essstörungen)					1.677,70 €	0,008
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.372,11 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-255,48 €	0,644
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.559,58 €	0,307
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					388,44 €	0,441
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.614,56 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.579,39 €	0,529
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.077,89 €	0,016
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					284,90 €	0,059
R ²		0,037		0,105		0,180

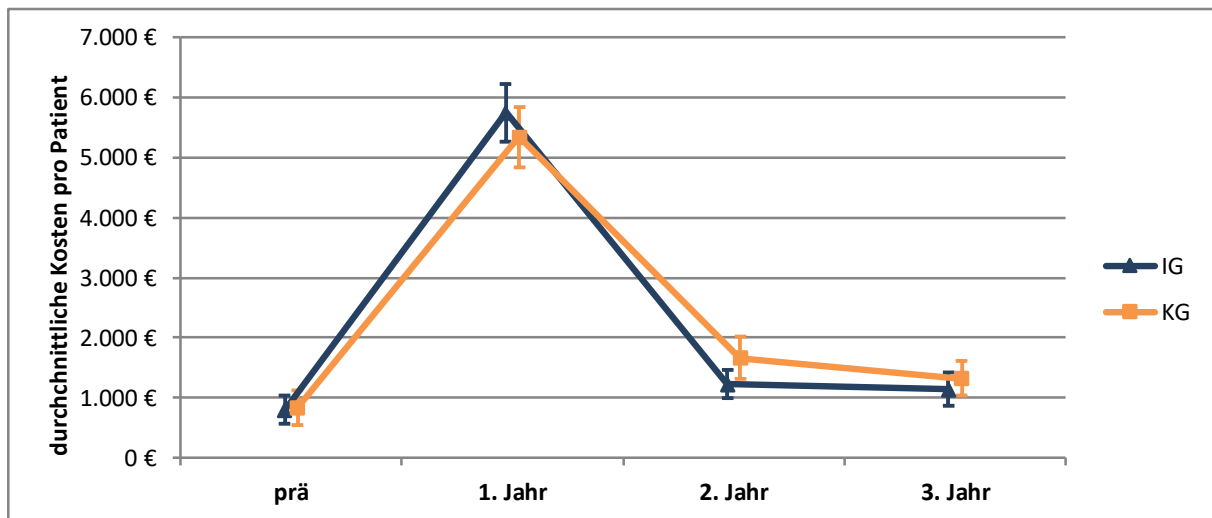
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	135	761	170	125	119	671	188	149
durchschnittliche Kosten	795,75 €	5.749,44 €	1.228,35 €	1.142,85 €	837,72 €	5.348,69 €	1.667,16 €	1.324,77 €
Standardabweichung	4.057,23 €	8.056,61 €	3.959,49 €	4.712,65 €	4.822,75 €	8.611,88 €	5.818,65 €	4.954,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.370,59 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.197,79 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	8.759,86 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.817,18 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	71.163,98 €	71.210,76 €	35.353,49 €	47.242,57 €	75.168,38 €	71.343,77 €	70.521,28 €	56.027,93 €

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

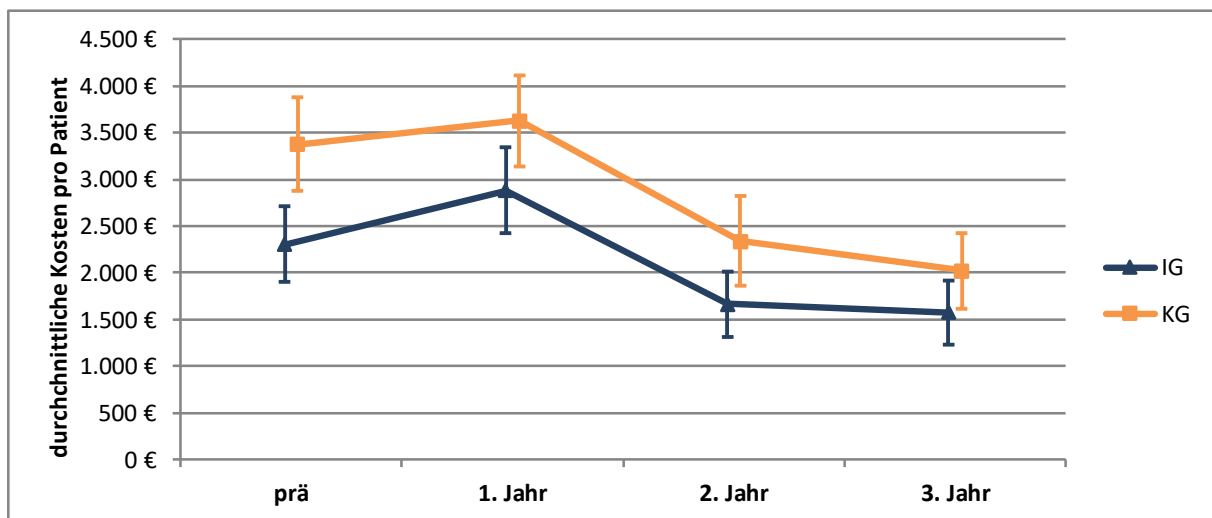


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	238	260	151	135	288	304	187	149
durchschnittliche Kosten	2.307,11 €	2.883,24 €	1.663,72 €	1.579,46 €	3.378,68 €	3.628,87 €	2.336,22 €	2.020,42 €
Standardabweichung	6.282,67 €	7.162,94 €	5.312,43 €	5.228,85 €	7.679,03 €	7.511,51 €	7.342,41 €	6.196,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	439,17 €	1.608,54 €	0,00 €	0,00 €	2.600,81 €	3.949,73 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	56.912,40 €	76.458,49 €	51.961,19 €	59.141,42 €	78.351,06 €	54.486,42 €	90.215,71 €	65.155,24 €

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)

Aufgrund der für alle Untersuchungen durchgehend geringen Fallzahlen (< 10) bzgl. **Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen** entfällt eine Beschreibung der Ergebnisse. Die deskriptiven Ergebnisse werden in Tabelle 104 bis Tabelle 112, bzw. Abbildung 60 bis Abbildung 65 dargestellt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

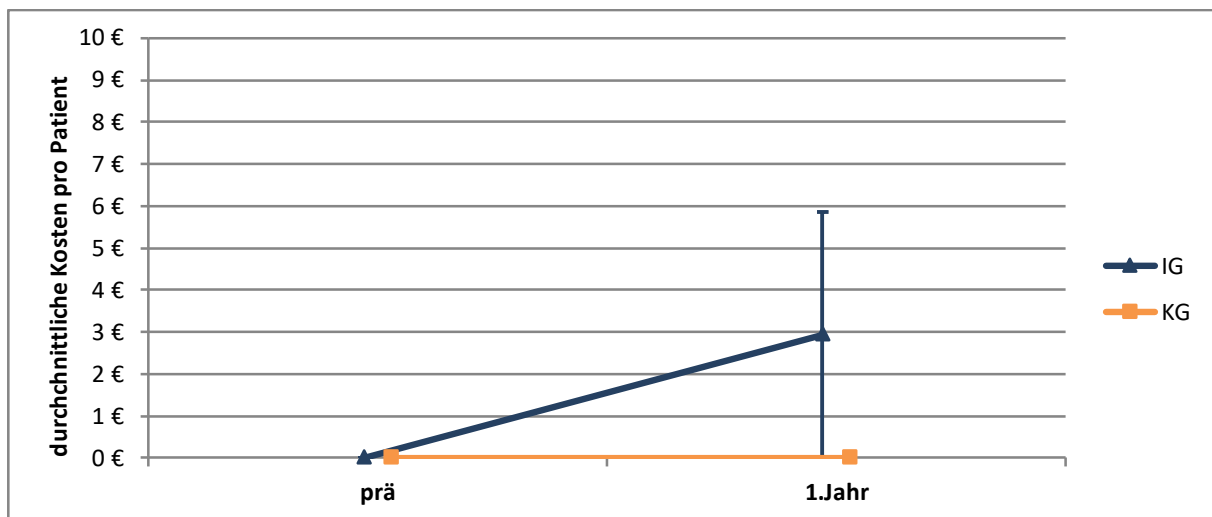
Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	2,93 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	135,73 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	6.292,18 €	0,00 €	0,00 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	3,87 €	10,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	156,14 €	412,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	6.292,18 €	16.404,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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

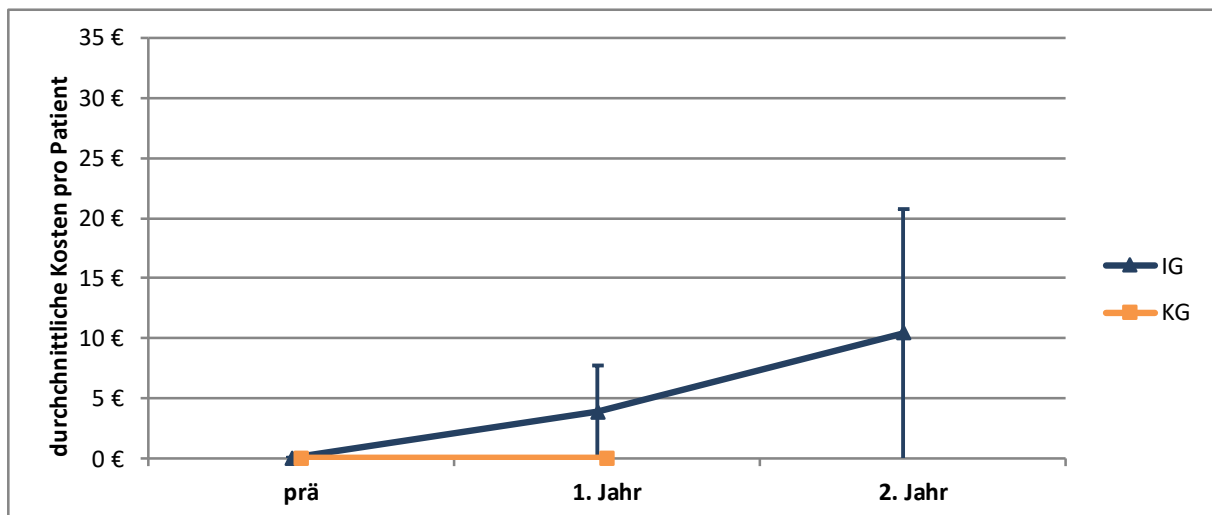


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

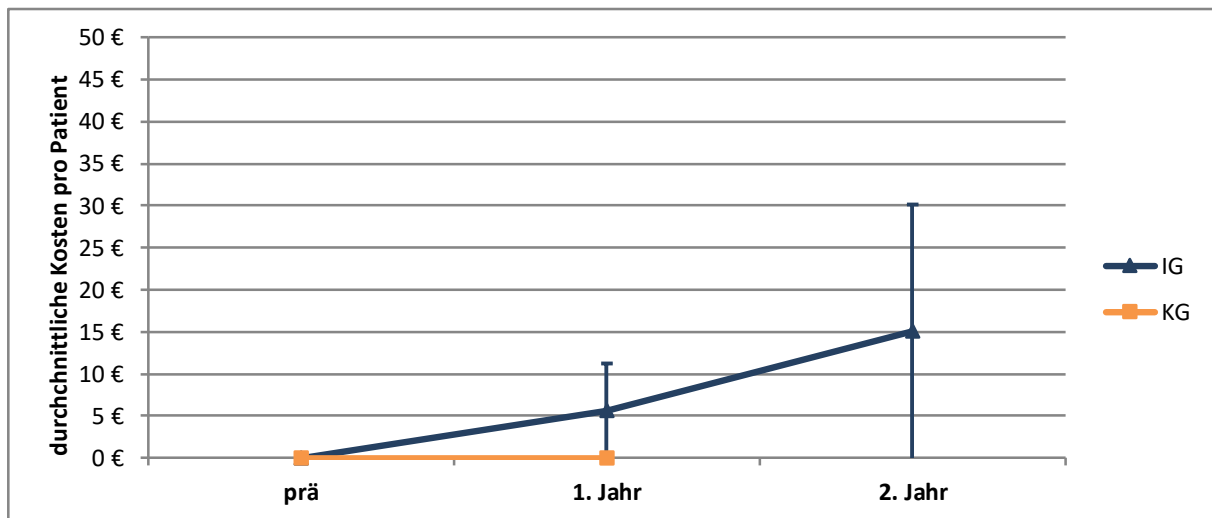
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	5,62 €	15,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	188,10 €	497,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	6.292,18 €	16.404,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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 lagen IG und KG im Präzeitraum bzgl. **Kosten der teilstationär psychiatrischen Versorgung** in etwa gleichauf (vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei der Anstieg in der IG deutlich stärker ausfiel: Im Vergleich von Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war der Anstieg in der IG relativ zur KG um 1.161,51 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 106). Vom dritten bis zum vierten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums. Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 309,67 € signifikant stärkerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 106).

Bei den linikbekannten Patienten war die IG im Präzeitraum teurer als die KG, wobei in beiden Gruppen die Kosten im Zeitverlauf abnahmen (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). Die IG war dabei stets teurer als die KG. Im Vergleich vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG relativ zur KG um 47,44 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 107). Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 54,02 € nicht signifikant stärkerer Rückgang der Kosten.

U2:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wurden teilstationäre psychiatrische Leistungen im Präzeitraum in beiden Gruppen nur relativ gering in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). Die Kosten stiegen zum ersten Jahr in beiden Gruppen an, wobei der Anstieg in der IG in etwa proportional zur Inanspruchnahme ausfiel.

U3:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 vergleichbares Muster (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63). Dabei stiegen im ersten Jahr die Kosten in der IG relativ zur KG um 771,85 € signifikant stärker an (vgl. Tabelle 110). Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 415,53 € signifikant stärkerer Kostenanstieg.

U4:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ebenfalls ein zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64). Zum ersten Jahr war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG deutlich stärker. Zum zweiten und dritten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums ab.

Bei den linikbekanntten Patienten verliefen die Kosten zwischen IG und KG parallel, wobei die IG stets teurer war (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65). Im Zeitverlauf sanken in beiden Gruppen die Kosten.

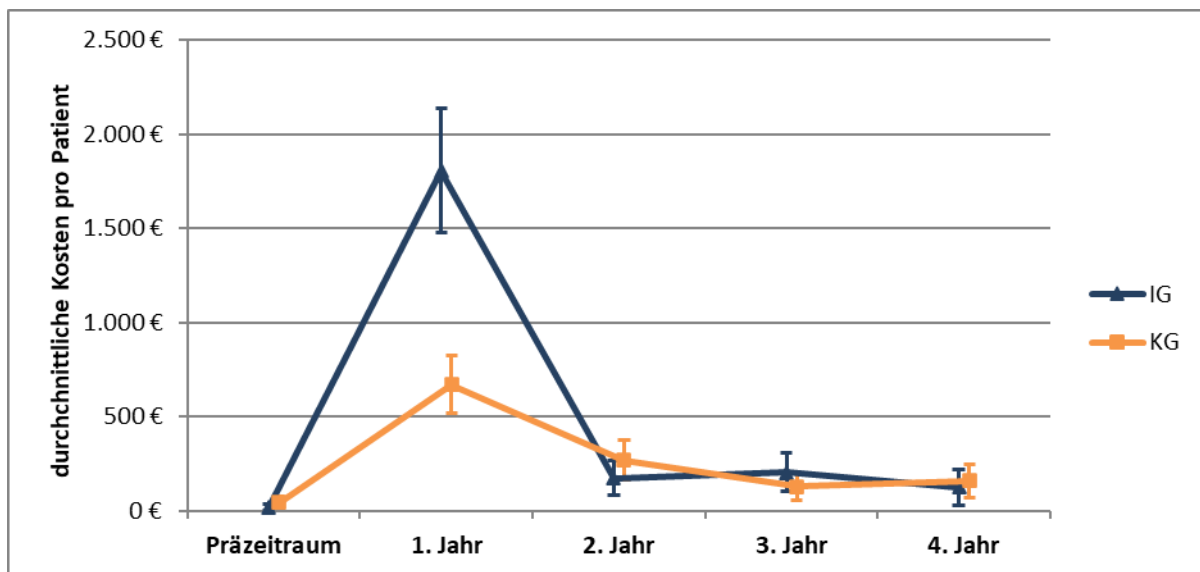
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	<10	126	17	22	14	<10	85	27	16	14
durchschnittliche Kosten	18,58 €	1.806,03 €	173,38 €	203,81 €	124,08 €	43,99 €	669,93 €	267,67 €	127,84 €	157,54 €
Standardabweichung	249,27 €	3.997,66 €	1.126,35 €	1.213,93 €	1.116,93 €	413,03 €	1.839,41 €	1.281,80 €	832,47 €	1.044,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.882,13 €	24.302,21 €	13.754,59 €	12.232,90 €	19.825,78 €	6.290,58 €	14.149,34 €	10.441,67 €	10.654,61 €	11.831,53 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	81	62	55	37	33	85	59	32	20	20
durchschnittliche Kosten	697,85 €	587,87 €	359,19 €	273,31 €	201,04 €	454,25 €	296,84 €	156,29 €	91,02 €	121,38 €
Standardabweichung	2.505,53 €	2.526,46 €	1.653,84 €	1.636,38 €	1.158,40 €	1.470,62 €	1.245,75 €	998,24 €	657,88 €	839,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	22.548,70 €	26.585,62 €	14.789,77 €	24.891,30 €	12.790,07 €	9.660,71 €	10.134,52 €	13.421,04 €	8.912,64 €	9.136,28 €

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

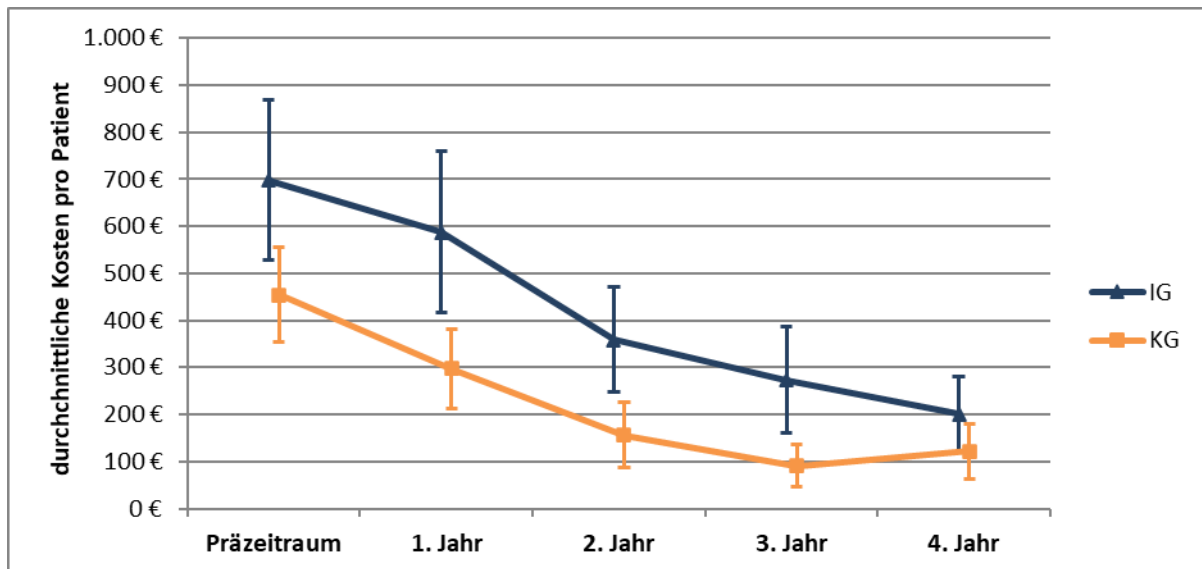


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	43,99 €	0,011	43,99 €	0,011	31,34 €	0,756
IG (vs. KG)	-25,41 €	0,210	-25,41 €	0,211	7,52 €	0,635
Post (vs. Prä)	266,30 €	0,000				
IG x Post (DiD)	309,67 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			625,94 €	0,000	557,98 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			223,68 €	0,000	147,57 €	0,010
3. Jahr (vs. Prä)			83,85 €	0,036	5,61 €	0,895
4. Jahr (vs. Prä)			113,56 €	0,016	28,97 €	0,552
IG x Jahr 1 (DiD)			1.161,51 €	0,000	1.138,92 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-68,89 €	0,358	-89,99 €	0,220
IG x Jahr 3 (DiD)			101,38 €	0,131	73,97 €	0,253
IG x Jahr 4 (DiD)			-8,05 €	0,907	-32,46 €	0,631
Alter (30-47 J. vs. U30)					13,46 €	0,880
Alter (48-64 J. vs. U30)					-53,69 €	0,556
Alter (Ü64 vs. U30)					-314,68 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					139,77 €	0,006
F 00 (Demenz)					139,17 €	0,097
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-207,38 €	0,038
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-345,50 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-95,57 €	0,231
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-144,77 €	0,156
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-190,09 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					78,29 €	0,548
F 30-39 (Affektive Störungen)					179,57 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					87,30 €	0,266
F 45 (Somatoforme Störungen)					50,29 €	0,505
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-2,75 €	0,985
F 50 (Essstörungen)					-173,23 €	0,271
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					50,23 €	0,744
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-258,43 €	0,017
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-237,63 €	0,026
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					216,86 €	0,337
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					82,74 €	0,048
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.778,66 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					20,52 €	0,800
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-134,49 €	0,000
R ²		0,015		0,089		0,112

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

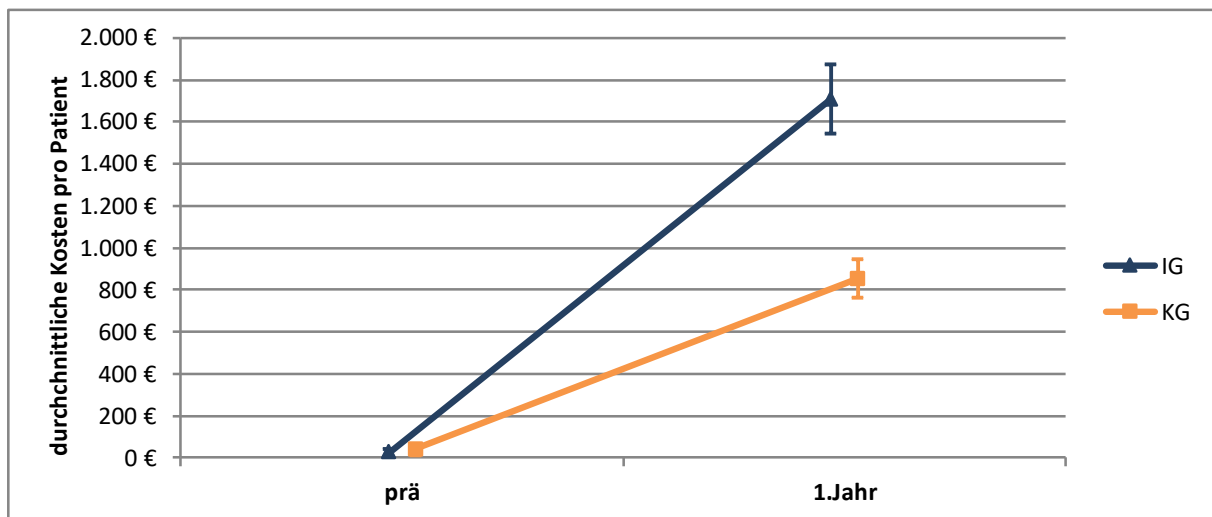
Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	454,25 €	0,000	454,25 €	0,000	-115,41 €	0,317
IG (vs. KG)	243,60 €	0,015	243,60 €	0,015	295,80 €	0,000
Post (vs. Prä)	-286,67 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-54,02 €	0,593				
1. Jahr (vs. Prä)			-157,41 €	0,014	417,50 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-297,96 €	0,000	275,55 €	0,006
3. Jahr (vs. Prä)			-363,23 €	0,000	209,44 €	0,032
4. Jahr (vs. Prä)			-332,86 €	0,000	238,14 €	0,018
IG x Jahr 1 (DiD)			47,44 €	0,711	10,67 €	0,923
IG x Jahr 2 (DiD)			-40,70 €	0,721	-77,35 €	0,358
IG x Jahr 3 (DiD)			-61,31 €	0,587	-98,17 €	0,232
IG x Jahr 4 (DiD)			-163,94 €	0,139	-200,50 €	0,008
Alter (30-47 J. vs. U30)					-96,40 €	0,120
Alter (48-64 J. vs. U30)					-122,97 €	0,063
Alter (Ü64 vs. U30)					-267,23 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					158,75 €	0,000
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-111,40 €	0,084
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-160,66 €	0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-88,81 €	0,355
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-137,69 €	0,017
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-62,94 €	0,158
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-73,55 €	0,133
F 30-39 (Affektive Störungen)					99,46 €	0,030
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					8,76 €	0,868
F 45 (Somatoforme Störungen)					-64,22 €	0,240
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-72,87 €	0,433
F 50 (Essstörungen)					-171,91 €	0,023
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					87,63 €	0,307
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-171,72 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-30,75 €	0,532
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-12,57 €	0,923
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					46,62 €	0,587
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.716,79 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					64,20 €	0,440
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-85,17 €	0,015
R ²		0,010		0,014		0,259

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	15	487	21	372
durchschnittliche Kosten	24,71 €	1.707,22 €	39,57 €	852,71 €
Standardabweichung	392,69 €	3.930,96 €	650,50 €	2.204,19 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	12.377,14 €	49.588,68 €	26.037,89 €	18.914,58 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	12	348	51	18	269	62
durchschnittliche Kosten	23,80 €	1.641,38 €	177,54 €	46,18 €	818,03 €	227,85 €
Standardabweichung	328,35 €	3.916,97 €	1.240,45 €	729,30 €	2.165,94 €	1.250,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	9.099,64 €	49.588,68 €	22.701,19 €	26.037,89 €	18.914,58 €	13.498,78 €

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

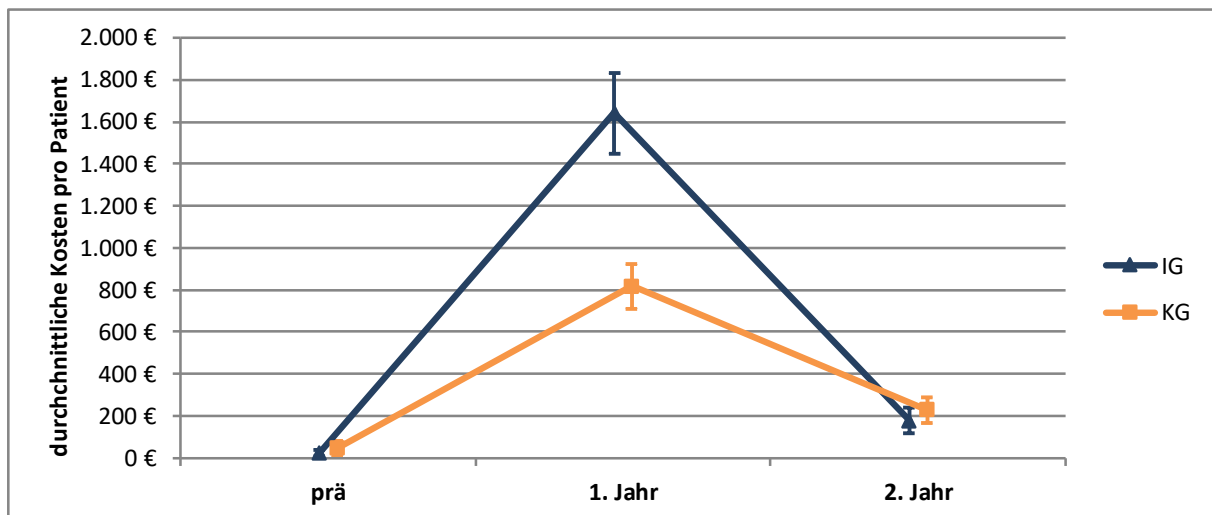


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	46,18 €	0,011	46,18 €	0,011	94,86 €	0,159
IG (vs. KG)	-22,38 €	0,260	-22,38 €	0,260	-0,56 €	0,970
Post (vs. Prä)	480,65 €	0,000				
IG x Post (DiD)	415,53 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			771,85 €	0,000	675,29 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			181,67 €	0,000	77,92 €	0,034
IG x Jahr 1 (DiD)			845,74 €	0,000	824,65 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-27,93 €	0,566	-50,85 €	0,266
Alter (30-47 J. vs. U30)					-17,79 €	0,790
Alter (48-64 J. vs. U30)					-61,52 €	0,340
Alter (Ü64 vs. U30)					-413,83 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					144,04 €	0,001
F 00 (Demenz)					-80,57 €	0,571
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-258,88 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-550,99 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-111,59 €	0,095
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					7,78 €	0,957
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-339,96 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-66,61 €	0,410
F 30-39 (Affektive Störungen)					281,63 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					70,28 €	0,285
F 45 (Somatoforme Störungen)					-79,28 €	0,220
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					68,16 €	0,563
F 50 (Essstörungen)					-276,11 €	0,017
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					26,72 €	0,838
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-378,11 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-141,66 €	0,454
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					185,22 €	0,434
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					111,07 €	0,085
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.575,42 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					149,88 €	0,311
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-176,35 €	0,000
R ²		0,030		0,078		0,111

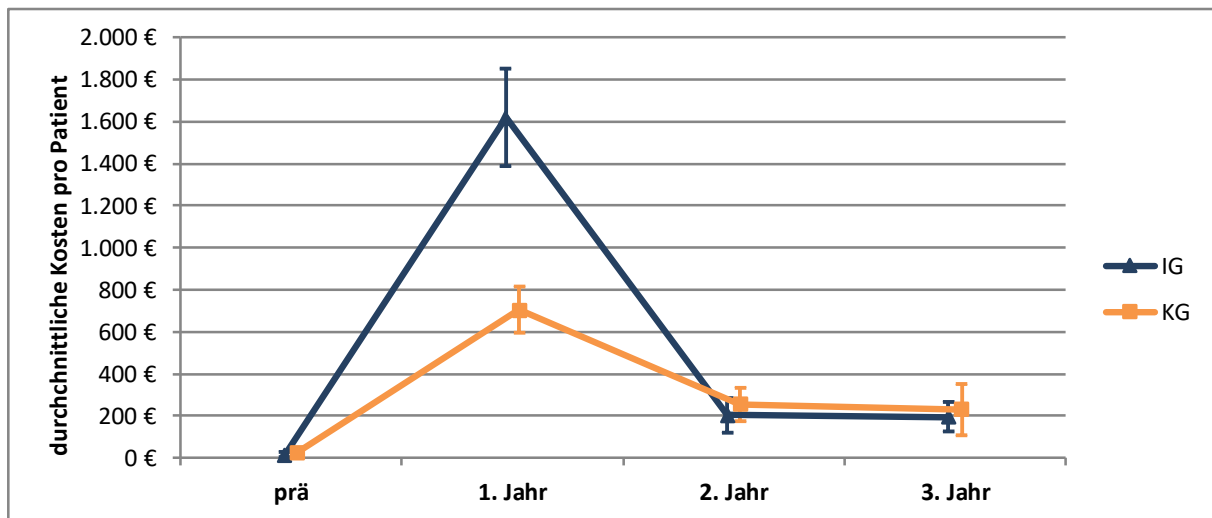
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	<10	235	35	39	10	172	48	36
durchschnittliche Kosten	14,93 €	1.620,17 €	202,77 €	195,27 €	25,98 €	704,97 €	255,30 €	229,37 €
Standardabweichung	207,73 €	3.952,03 €	1.398,05 €	1.186,15 €	315,06 €	1.897,52 €	1.325,43 €	2.052,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.882,13 €	49.588,68 €	22.701,19 €	12.232,90 €	6.290,58 €	14.149,34 €	13.498,78 €	55.336,32 €

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

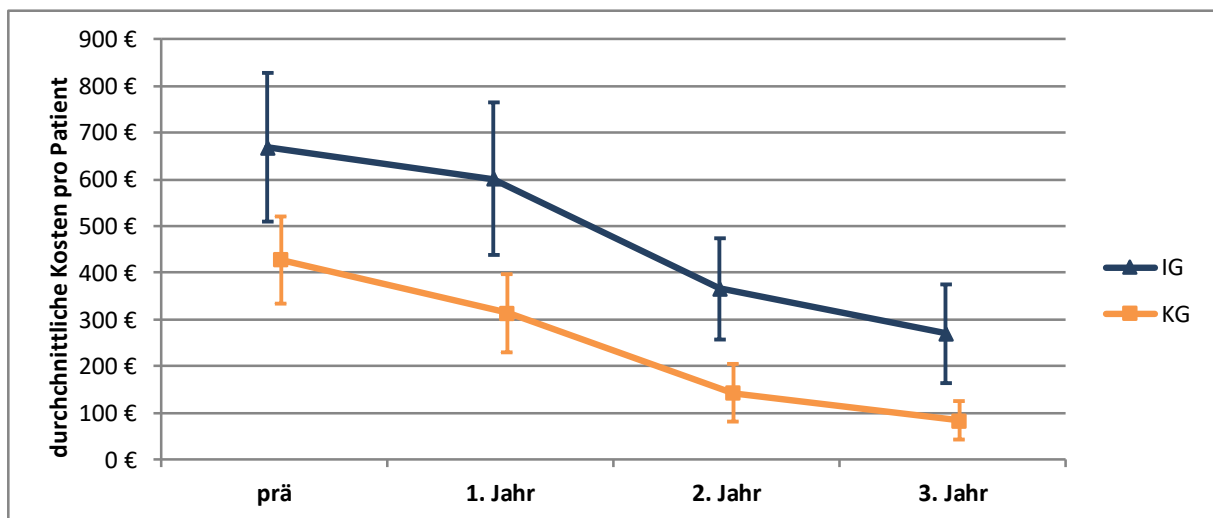


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	84	71	60	40	87	66	32	20
durchschnittliche Kosten	668,69 €	601,00 €	365,94 €	269,39 €	428,09 €	313,34 €	142,70 €	83,17 €
Standardabweichung	2.449,47 €	2.521,22 €	1.661,74 €	1.602,12 €	1.434,28 €	1.286,07 €	954,82 €	629,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	22.548,70 €	26.585,62 €	14.789,77 €	24.891,30 €	9.660,71 €	10.134,52 €	13.421,04 €	8.912,64 €

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



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** im Präzeitraum zwischen IG und KG in etwa gleichauf (vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und Abbildung 66). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, wobei sie in der IG weniger stark anstiegen als in der KG. Im Vergleich vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 175,91 € signifikant schwächerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 115). Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum war der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG um 90,11 € signifikant schwächer.

Bei den linikbekanntnen Patienten zeigte sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die IG günstiger war (vgl. Tabelle 114, Tabelle 116 und Abbildung 67). Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 54,02 € nicht signifikant schwächerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 116).

U2:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in beiden Gruppen zum ersten Jahr an (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68). Der geringere Kostenanstieg in der IG war dabei etwa proportional zur Inanspruchnahme.

U3:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten zum ersten Jahr hin in beiden Gruppen an (vgl. Tabelle 119 und Abbildung 69). Der Kostenanstieg in der IG fiel dabei weniger stark aus. Im Vergleich Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 210,75 € signifikant

schwächer an (vgl. Tabelle 119). Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG ein um 145,99 € signifikant schwächerer Kostenanstieg.

U4:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten zum ersten Jahr hin in beiden Gruppen an (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 70). Der Anstieg fiel in der IG weniger stark aus. Zum zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen.

Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71). Die IG war im Präzeitraum günstiger als die KG, im Zeitverlauf glichen sich die Kosten stark an.

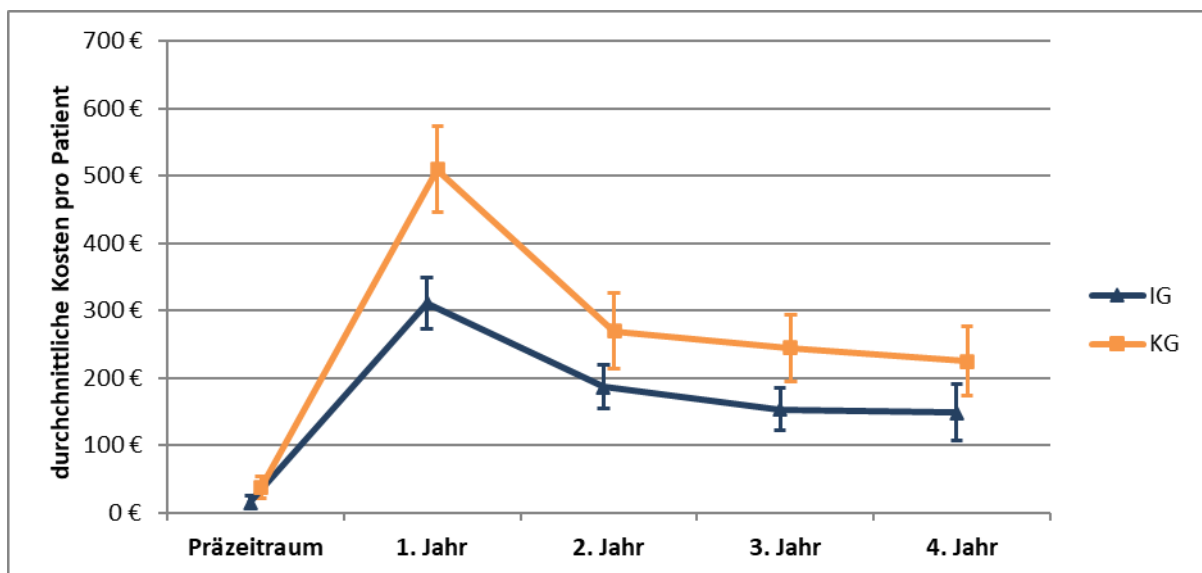
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	14	242	127	103	93	30	314	145	130	117
durchschnittliche Kosten	14,80 €	310,69 €	186,68 €	153,05 €	148,37 €	37,55 €	509,40 €	269,62 €	244,04 €	224,69 €
Standardabweichung	117,35 €	458,00 €	377,64 €	364,84 €	485,42 €	192,66 €	781,75 €	666,73 €	598,23 €	596,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	181,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	560,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	741,39 €	172,60 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.640,00 €	1.700,00 €	1.446,64 €	2.020,82 €	4.720,82 €	1.825,99 €	4.845,24 €	4.598,88 €	4.032,17 €	5.548,12 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	695	757	607	545	510	653	707	534	486	462
durchschnittliche Kosten	697,24 €	900,80 €	745,73 €	664,37 €	568,45 €	866,75 €	989,78 €	772,93 €	706,40 €	675,89 €
Standardabweichung	428,95 €	473,25 €	554,06 €	548,88 €	730,00 €	886,58 €	901,59 €	863,10 €	860,83 €	829,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	295,00 €	560,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	207,55 €	289,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	885,00 €	1.120,00 €	855,00 €	876,64 €	300,00 €	686,28 €	829,58 €	654,00 €	532,16 €	424,26 €
75%-Perzentil	1.160,00 €	1.125,00 €	1.140,00 €	1.161,64 €	843,04 €	1.156,97 €	1.298,28 €	1.100,34 €	1.075,80 €	1.068,93 €
Maximum	1.455,00 €	3.171,11 €	3.748,09 €	2.695,21 €	5.850,00 €	7.507,03 €	5.354,96 €	5.628,61 €	5.010,59 €	5.679,47 €

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

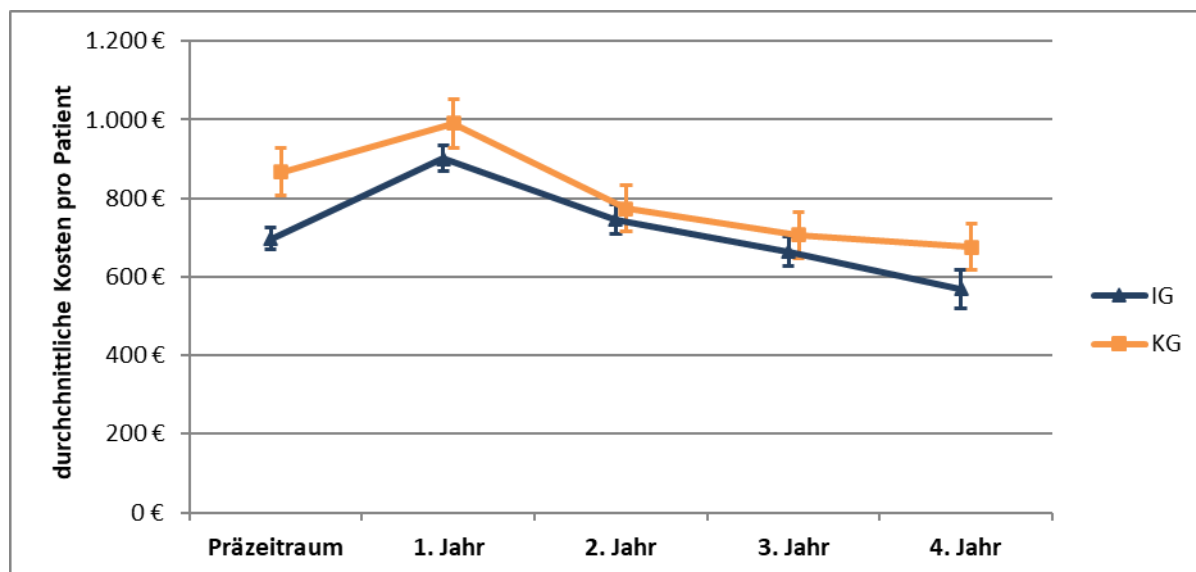


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	37,55 €	0,000	37,55 €	0,000	-0,39 €	0,992
IG (vs. KG)	-22,75 €	0,016	-22,75 €	0,017	-0,84 €	0,917
Post (vs. Prä)	276,84 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-90,11 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			471,85 €	0,000	457,17 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			232,07 €	0,000	214,45 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			206,48 €	0,000	188,07 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			187,14 €	0,000	166,02 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-175,96 €	0,000	-194,91 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-60,19 €	0,071	-78,65 €	0,017
IG x Jahr 3 (DiD)			-68,23 €	0,026	-89,29 €	0,003
IG x Jahr 4 (DiD)			-53,57 €	0,117	-73,03 €	0,031
Alter (30-47 J. vs. U30)					44,22 €	0,220
Alter (48-64 J. vs. U30)					24,58 €	0,462
Alter (Ü64 vs. U30)					-85,83 €	0,015
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					37,44 €	0,081
F 00 (Demenz)					5,50 €	0,884
F 01 (Vaskuläre Demenz)					68,40 €	0,649
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					295,18 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-65,00 €	0,057
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-53,31 €	0,532
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-102,70 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					145,61 €	0,005
F 30-39 (Affektive Störungen)					41,04 €	0,127
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					84,18 €	0,024
F 45 (Somatoforme Störungen)					-23,00 €	0,403
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-8,47 €	0,893
F 50 (Essstörungen)					-102,70 €	0,154
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					204,92 €	0,094
F 70-79 (Intelligenzstörung)					190,18 €	0,271
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					139,09 €	0,354
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					99,32 €	0,564
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,76 €	0,718
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					53,69 €	0,684
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					620,39 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-55,96 €	0,000
R ²		0,042		0,068		0,122

Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

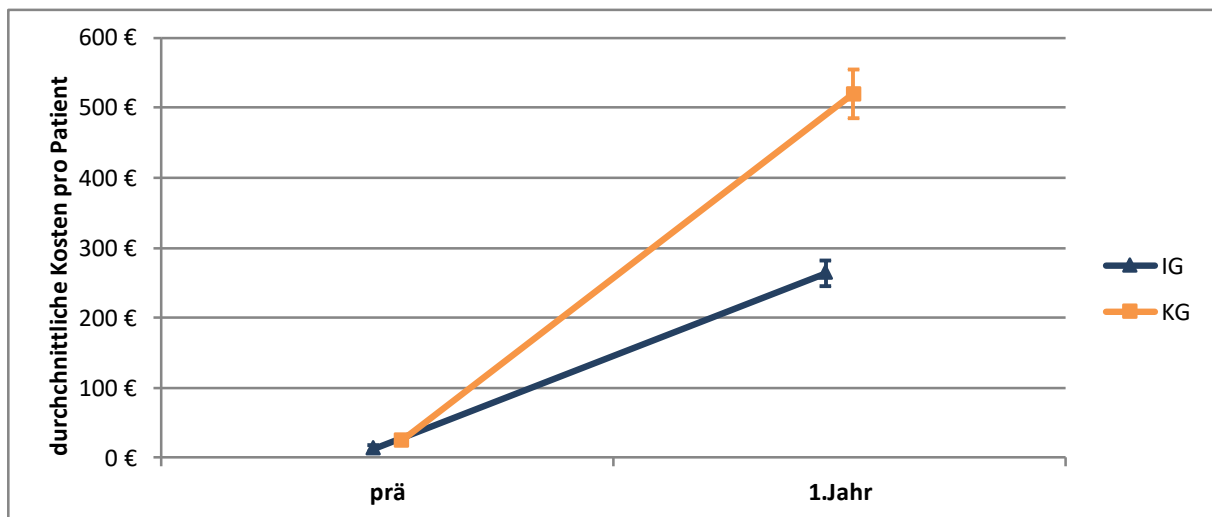
Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	454,25 €	0,000	454,25 €	0,000	-115,41 €	0,317
IG (vs. KG)	243,60 €	0,015	243,60 €	0,015	295,80 €	0,000
Post (vs. Prä)	-286,67 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-54,02 €	0,593				
1. Jahr (vs. Prä)			-157,41 €	0,014	417,50 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-297,96 €	0,000	275,55 €	0,006
3. Jahr (vs. Prä)			-363,23 €	0,000	209,44 €	0,032
4. Jahr (vs. Prä)			-332,86 €	0,000	238,14 €	0,018
IG x Jahr 1 (DiD)			47,44 €	0,711	10,67 €	0,923
IG x Jahr 2 (DiD)			-40,70 €	0,721	-77,35 €	0,358
IG x Jahr 3 (DiD)			-61,31 €	0,587	-98,17 €	0,232
IG x Jahr 4 (DiD)			-163,94 €	0,139	-200,50 €	0,008
Alter (30-47 J. vs. U30)					-96,40 €	0,120
Alter (48-64 J. vs. U30)					-122,97 €	0,063
Alter (Ü64 vs. U30)					-267,23 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					158,75 €	0,000
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-111,40 €	0,084
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-160,66 €	0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-88,81 €	0,355
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-137,69 €	0,017
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-62,94 €	0,158
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-73,55 €	0,133
F 30-39 (Affektive Störungen)					99,46 €	0,030
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					8,76 €	0,868
F 45 (Somatoforme Störungen)					-64,22 €	0,240
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-72,87 €	0,433
F 50 (Essstörungen)					-171,91 €	0,023
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					87,63 €	0,307
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-171,72 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-30,75 €	0,532
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-12,57 €	0,923
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					46,62 €	0,587
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.716,79 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					64,20 €	0,440
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-85,17 €	0,015
R ²		0,010		0,014		0,259

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	51	856	88	1.268
durchschnittliche Kosten	13,44 €	263,91 €	24,07 €	519,59 €
Standardabweichung	106,13 €	436,50 €	144,61 €	810,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	204,56 €
75%-Perzentil	0,00 €	295,82 €	0,00 €	703,93 €
Maximum	1.640,00 €	3.075,00 €	1.825,99 €	5.227,09 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	35	658	347	74	945	413
durchschnittliche Kosten	12,14 €	281,39 €	174,90 €	26,23 €	506,22 €	268,62 €
Standardabweichung	102,15 €	441,15 €	407,45 €	149,65 €	793,28 €	657,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	201,89 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	370,82 €	0,00 €	0,00 €	688,50 €	175,89 €
Maximum	1.640,00 €	2.603,35 €	3.300,00 €	1.825,99 €	5.227,09 €	6.114,81 €

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

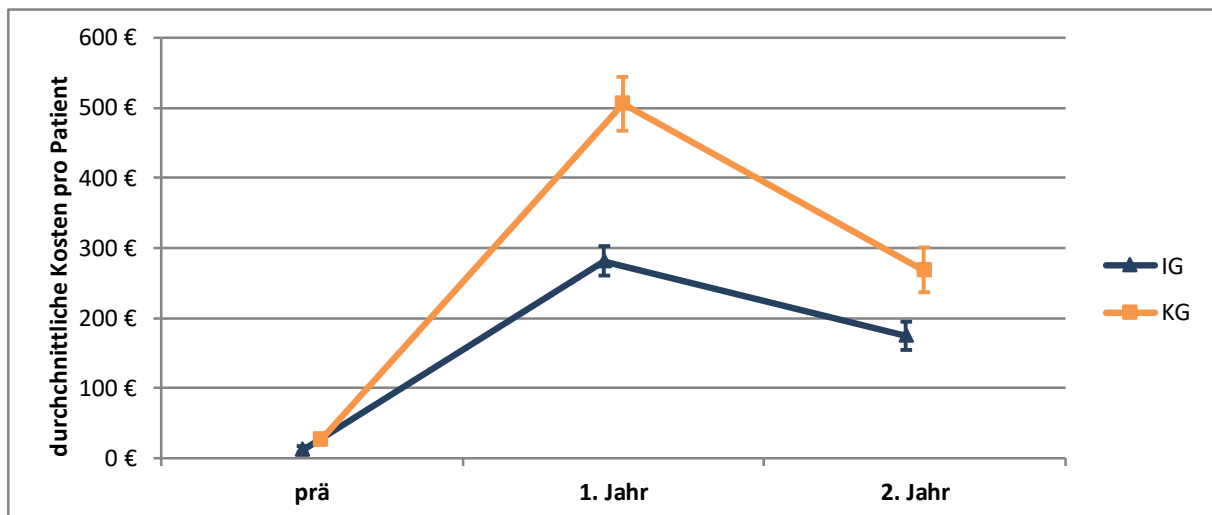


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	26,23 €	0,000	26,23 €	0,000	15,64 €	0,463
IG (vs. KG)	-14,08 €	0,002	-14,08 €	0,002	0,47 €	0,907
Post (vs. Prä)	362,76 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-145,99 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			480,00 €	0,000	468,62 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			242,39 €	0,000	229,07 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-210,75 €	0,000	-224,96 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-79,63 €	0,000	-94,13 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					36,14 €	0,078
Alter (48-64 J. vs. U30)					15,40 €	0,426
Alter (Ü64 vs. U30)					-74,17 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					3,26 €	0,809
F 00 (Demenz)					-5,12 €	0,832
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-57,79 €	0,271
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					359,86 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-38,04 €	0,245
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					107,88 €	0,303
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-122,04 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					70,12 €	0,013
F 30-39 (Affektive Störungen)					53,85 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					46,80 €	0,028
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1,58 €	0,929
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					-20,35 €	0,594
F 50 (Essstörungen)					-60,04 €	0,050
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					91,91 €	0,071
F 70-79 (Intelligenzstörung)					36,89 €	0,549
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					167,28 €	0,067
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					146,70 €	0,062
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					23,49 €	0,018
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					28,86 €	0,687
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					538,59 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-44,19 €	0,000
R ²		0,085		0,106		0,146

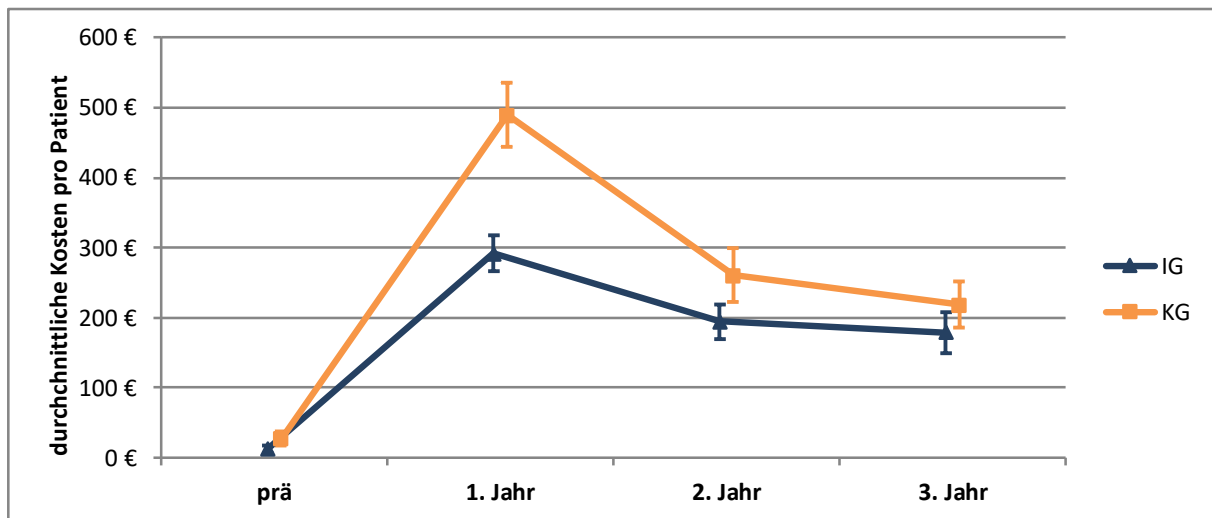
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	22	467	249	211	49	639	278	230
durchschnittliche Kosten	12,12 €	291,95 €	194,40 €	179,24 €	27,54 €	489,63 €	260,76 €	218,73 €
Standardabweichung	107,51 €	443,23 €	419,77 €	489,29 €	160,76 €	776,83 €	639,32 €	558,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	189,56 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	529,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	670,81 €	78,37 €	0,00 €
Maximum	1.640,00 €	1.705,00 €	2.925,00 €	4.424,54 €	1.825,99 €	5.227,09 €	4.756,93 €	4.032,17 €

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

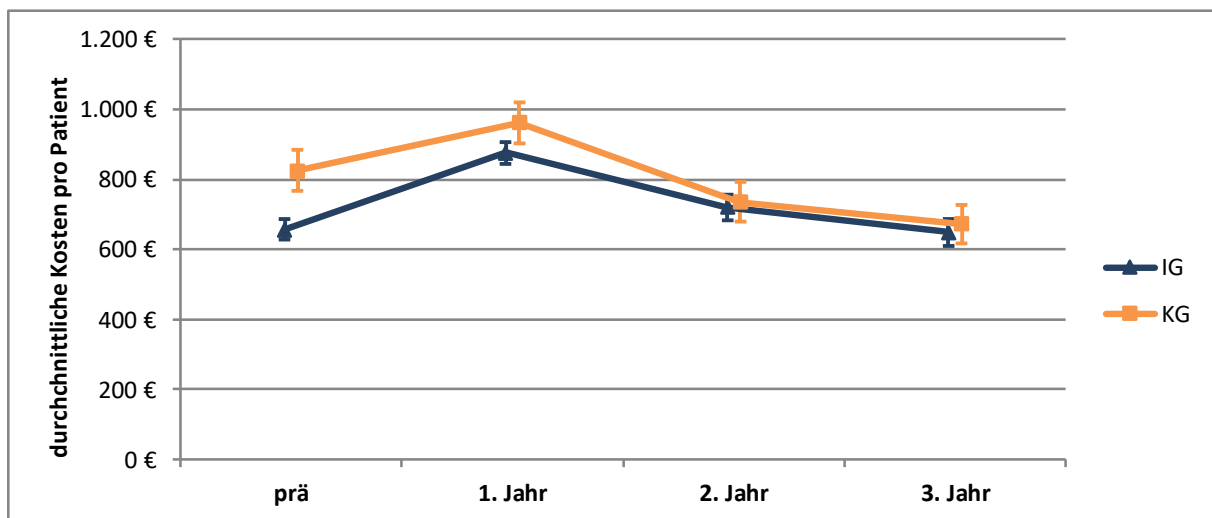


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	719	812	647	584	680	755	563	506
durchschnittliche Kosten	656,65 €	876,59 €	720,96 €	648,80 €	825,68 €	962,51 €	735,59 €	672,56 €
Standardabweichung	443,98 €	483,90 €	555,03 €	579,00 €	895,27 €	903,92 €	856,02 €	854,63 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	295,00 €	560,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	248,91 €	0,00 €	0,00 €
Median	865,00 €	1.120,00 €	855,00 €	865,82 €	657,85 €	808,61 €	598,10 €	431,87 €
75%-Perzentil	1.160,00 €	1.125,00 €	1.140,00 €	1.161,64 €	1.126,26 €	1.296,68 €	1.074,04 €	1.042,95 €
Maximum	1.455,00 €	3.171,11 €	3.748,09 €	5.991,64 €	7.507,03 €	5.354,96 €	5.628,61 €	5.010,59 €

Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der für alle Untersuchungen durchgehend geringen Fallzahlen ($N < 10$) bzgl. **Kosten sonstiger im Krankenhaus erbrachter psychiatrischer Leistungen** entfällt eine Beschreibung der Ergebnisse. Die deskriptiven Ergebnisse werden in Tabelle 122 bis Tabelle 130, bzw. Abbildung 72 bis Abbildung 77 dargestellt.

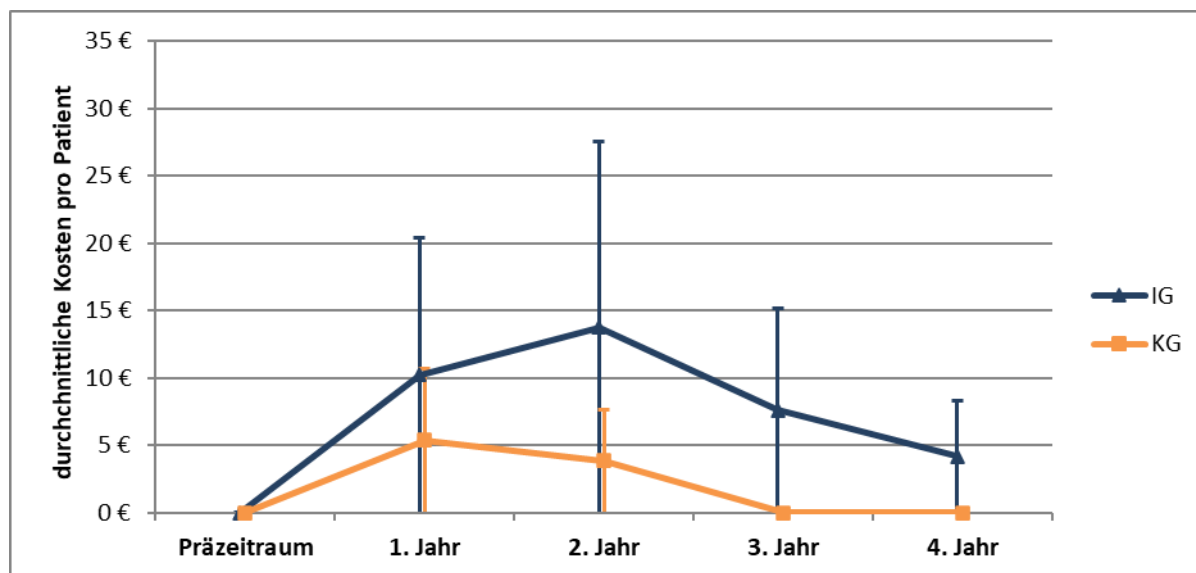
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	10,20 €	13,75 €	7,58 €	4,17 €	0,00 €	5,36 €	3,82 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	143,47 €	198,59 €	124,97 €	70,49 €	0,00 €	127,61 €	89,46 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	2.378,66 €	3.661,96 €	2.346,66 €	1.430,49 €	0,00 €	3.038,56 €	2.096,13 €	0,00 €	0,00 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,82 €	0,00 €	0,00 €	0,44 €	3,44 €	3,22 €	5,28 €	4,79 €	0,67 €	0,10 €
Standardabweichung	23,65 €	0,00 €	0,00 €	12,72 €	97,73 €	92,71 €	112,64 €	98,18 €	19,10 €	2,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	684,22 €	0,00 €	0,00 €	363,89 €	2.777,95 €	2.672,48 €	2.875,92 €	2.288,56 €	541,82 €	77,33 €

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

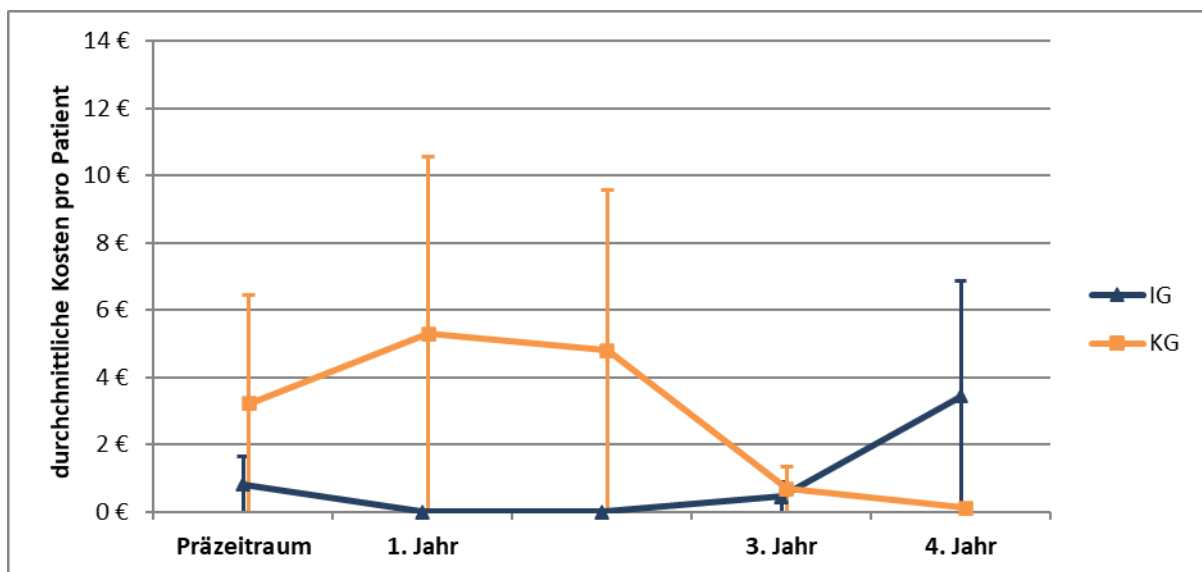


Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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

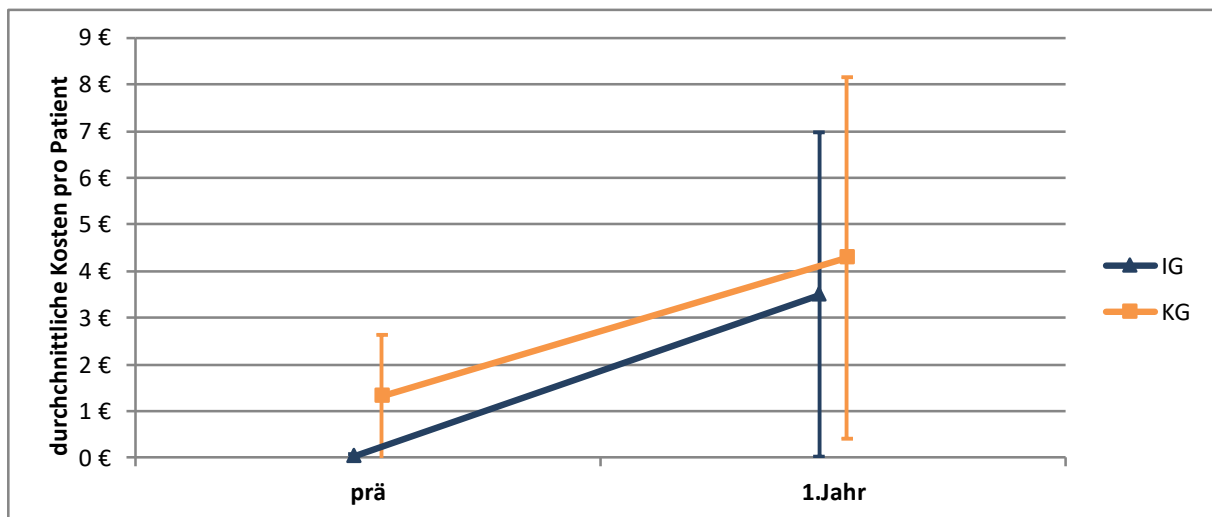
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,04 €	3,50 €	1,32 €	4,29 €
Standardabweichung	1,64 €	82,20 €	58,36 €	91,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	76,12 €	2.378,66 €	2.701,94 €	3.038,56 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	4,58 €	6,68 €	0,08 €	3,03 €	4,75 €
Standardabweichung	0,00 €	94,52 €	130,49 €	3,41 €	87,75 €	100,43 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	2.378,66 €	3.661,96 €	136,95 €	3.038,56 €	2.863,21 €

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

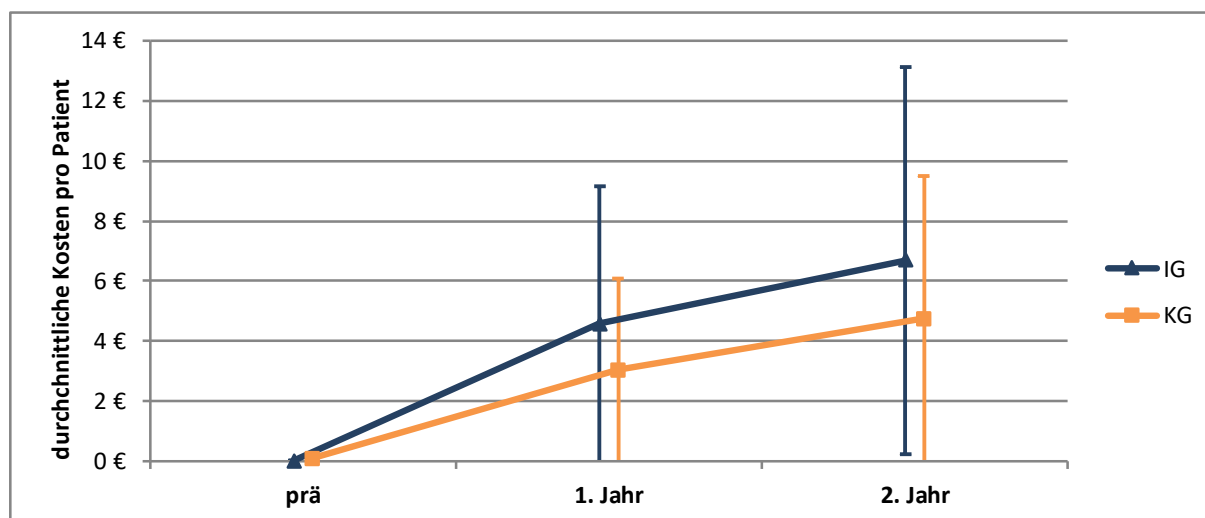


Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

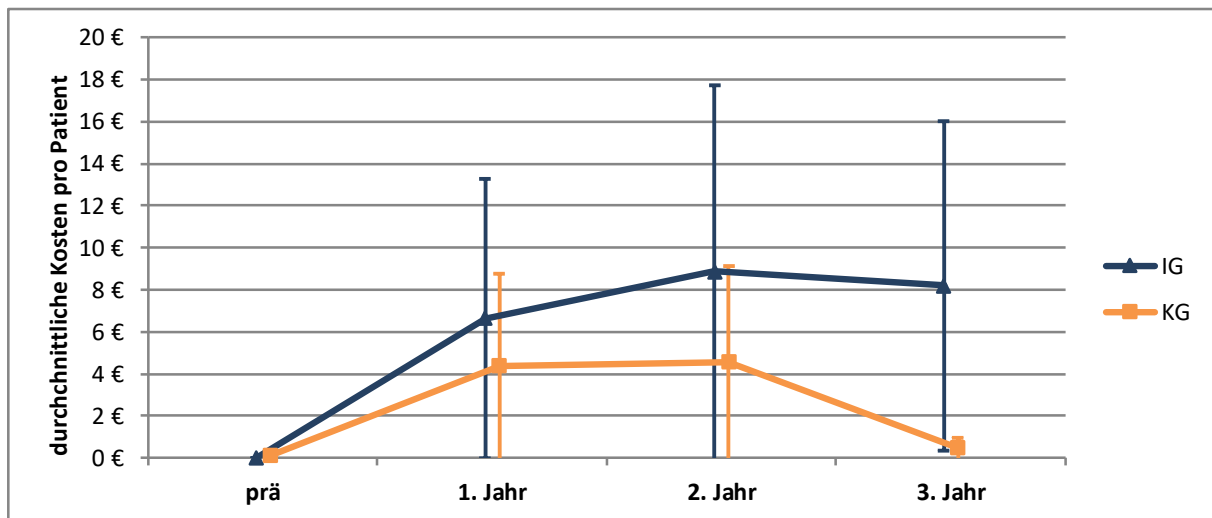
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	6,65 €	8,87 €	8,19 €	0,12 €	4,38 €	4,56 €	0,48 €
Standardabweichung	0,00 €	113,82 €	154,85 €	130,48 €	4,10 €	105,54 €	107,53 €	15,78 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	2.378,66 €	3.661,96 €	2.859,20 €	136,95 €	3.038,56 €	2.863,21 €	516,12 €

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

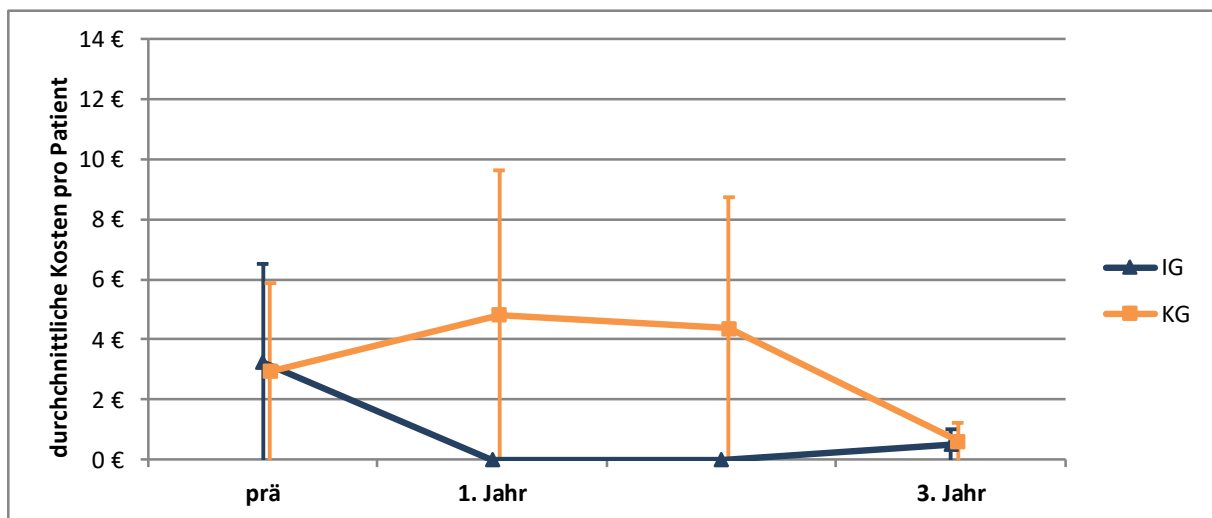


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	3,25 €	0,00 €	0,00 €	0,50 €	2,94 €	4,83 €	4,37 €	0,62 €
Standardabweichung	65,60 €	0,00 €	0,00 €	12,46 €	88,64 €	107,71 €	93,82 €	18,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.796,56 €	0,00 €	0,00 €	363,89 €	2.672,48 €	2.875,92 €	2.288,56 €	541,82 €

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



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich zwischen IG und KG ein paralleler Verlauf der **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** (vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und Abbildung 78). Dabei war die IG vom Präzeitraum bis zum dritten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr teurer als die KG, wohingegen sich im vierten Nachbeobachtungsjahr die Kosten zwischen den Gruppen angleichen. Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein 6,88 € nicht signifikant geringerer Anstieg der Kosten (vgl. Tabelle 133).

Bei den linikbekanntnen Patienten ergab sich ebenfalls ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und Abbildung 79). Hier war die IG ebenfalls durchgehend teurer als die KG. Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 6,24 € nicht signifikant stärkerer Anstieg der Kosten (vgl. Tabelle 134).

U2:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten der IG sowohl im Präzeitraum als auch im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr oberhalb der KG (vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80).

U3:

Die Kosten der linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung verliefen parallel zwischen IG und KG, wobei die IG durchgehend teurer war (vgl. Tabelle 136, Tabelle 137 und Abbildung 81). Zum ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr

stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, um zum zweiten Jahr auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen ersten Jahres zu sinken. Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 8,76 € nicht signifikant stärkerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 137).

U4:

Die Kosten der linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung verliefen in IG parallel zur KG, wobei die IG durchgehend teurer war (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82).

Ebenfalls parallel zueinander, bzw. nahezu identisch, verliefen die Kosten der linikbekannt Patienten (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83). Hier war die IG ebenfalls teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied relativ gering ausfiel.

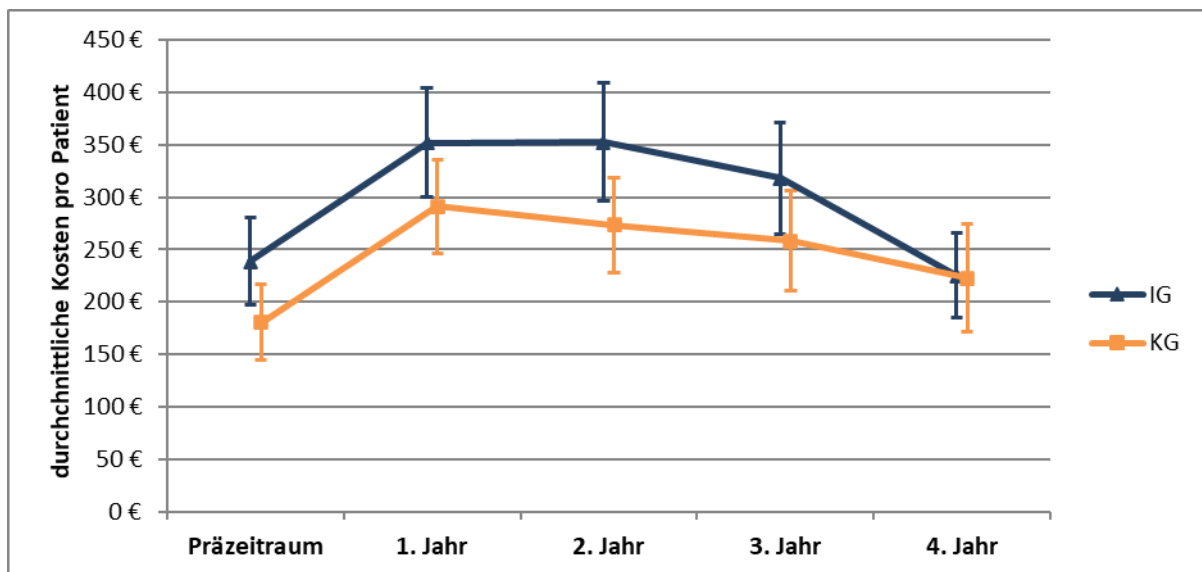
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	505	537	486	456	437	497	516	466	457	433
durchschnittliche Kosten	238,79 €	352,07 €	352,50 €	317,97 €	225,06 €	180,63 €	290,95 €	273,42 €	258,33 €	222,91 €
Standardabweichung	502,71 €	629,17 €	673,95 €	628,05 €	469,34 €	432,61 €	545,49 €	538,98 €	564,12 €	608,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	2,88 €	37,42 €	25,61 €	20,30 €	17,14 €	6,26 €	30,17 €	21,30 €	20,84 €	12,48 €
Median	50,89 €	102,19 €	82,65 €	72,61 €	53,22 €	57,29 €	106,78 €	84,69 €	67,28 €	62,84 €
75%-Perzentil	213,38 €	305,85 €	284,38 €	260,11 €	198,48 €	166,71 €	293,96 €	269,33 €	213,74 €	168,11 €
Maximum	3.843,99 €	3.556,60 €	3.784,73 €	4.226,51 €	4.364,10 €	6.018,47 €	4.597,60 €	4.102,88 €	5.810,75 €	9.686,23 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	791	800	783	763	741	736	733	708	695	682
durchschnittliche Kosten	172,58 €	201,10 €	245,62 €	244,26 €	229,34 €	136,87 €	159,67 €	187,06 €	214,32 €	192,03 €
Standardabweichung	430,25 €	447,59 €	508,02 €	489,11 €	479,29 €	306,59 €	385,20 €	404,35 €	495,31 €	442,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	2,64 €	19,21 €	37,96 €	33,26 €	29,12 €	2,12 €	13,52 €	24,04 €	25,23 €	24,39 €
Median	31,37 €	49,14 €	79,75 €	75,72 €	67,93 €	34,41 €	48,26 €	66,66 €	72,65 €	64,17 €
75%-Perzentil	135,36 €	168,49 €	194,24 €	181,44 €	173,15 €	135,79 €	134,15 €	163,64 €	177,06 €	173,18 €
Maximum	3.886,15 €	3.174,15 €	4.367,65 €	3.383,15 €	4.179,04 €	2.650,93 €	3.955,03 €	3.588,47 €	4.535,44 €	4.050,89 €

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

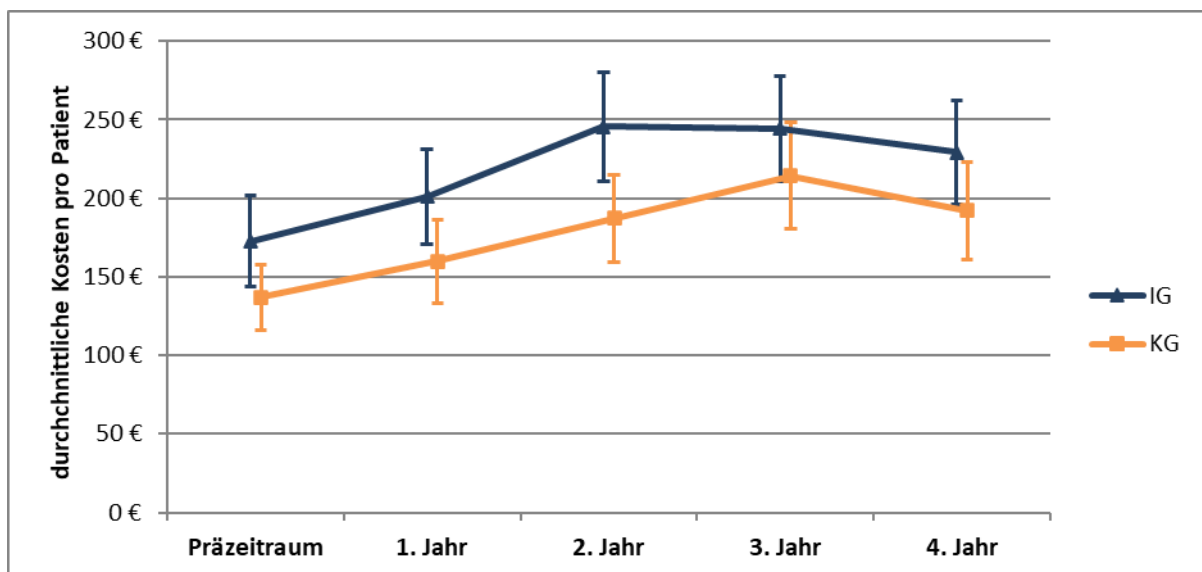


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	180,63 €	0,000	180,63 €	0,000	-51,66 €	0,231
IG (vs. KG)	58,16 €	0,037	58,16 €	0,037	61,78 €	0,025
Post (vs. Prä)	81,32 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-6,88 €	0,818				
1. Jahr (vs. Prä)			110,32 €	0,000	264,71 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			92,79 €	0,000	243,90 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			77,70 €	0,005	227,74 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			42,28 €	0,173	189,64 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			2,96 €	0,925	4,38 €	0,891
IG x Jahr 2 (DiD)			20,92 €	0,574	23,09 €	0,535
IG x Jahr 3 (DiD)			1,47 €	0,970	1,07 €	0,978
IG x Jahr 4 (DiD)			-56,01 €	0,154	-55,34 €	0,156
Alter (30-47 J. vs. U30)					154,84 €	0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					15,72 €	0,659
Alter (Ü64 vs. U30)					-74,75 €	0,048
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					18,62 €	0,495
F 00 (Demenz)					36,80 €	0,361
F 01 (Vaskuläre Demenz)					39,57 €	0,524
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-185,38 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					12,76 €	0,755
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-23,87 €	0,721
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-113,79 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-15,20 €	0,695
F 30-39 (Affektive Störungen)					70,41 €	0,034
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					58,18 €	0,130
F 45 (Somatoforme Störungen)					22,32 €	0,558
F 40-48 (ohne F43 und F45)					46,68 €	0,562
F 50 (Essstörungen)					1,12 €	0,993
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					176,92 €	0,111
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-157,64 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-93,22 €	0,086
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					50,09 €	0,638
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					83,81 €	0,050
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,11 €	0,876
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					83,12 €	0,396
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					159,62 €	0,000
R ²		0,005		0,009		0,061

Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

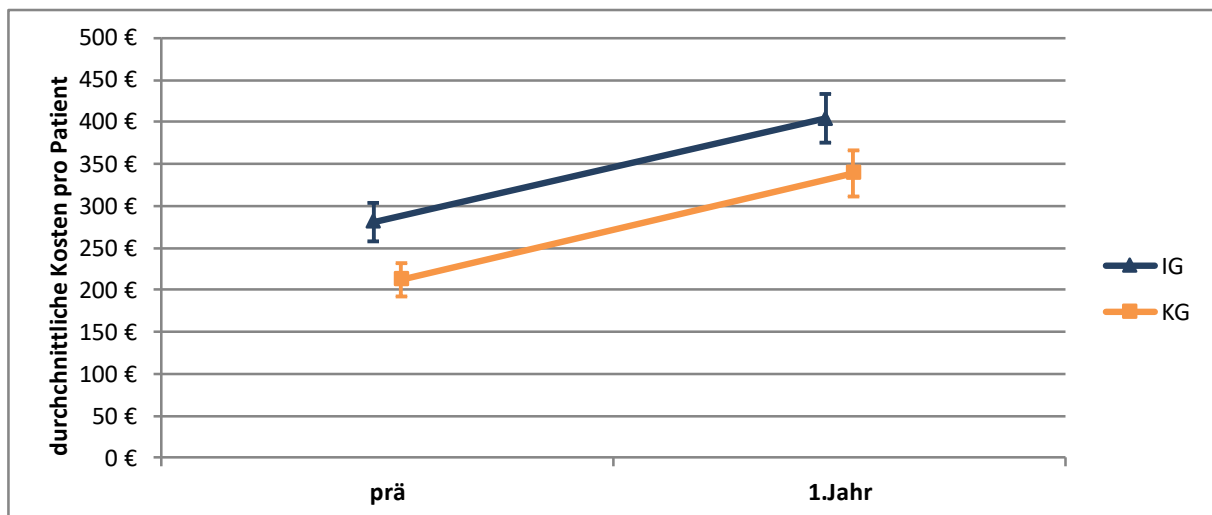
Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	136,87 €	0,000	136,87 €	0,000	134,54 €	0,001
IG (vs. KG)	35,71 €	0,051	35,71 €	0,051	41,02 €	0,022
Post (vs. Prä)	51,15 €	0,000				
IG x Post (DiD)	6,24 €	0,734				
1. Jahr (vs. Prä)			22,80 €	0,093	82,14 €	0,011
2. Jahr (vs. Prä)			50,19 €	0,001	108,96 €	0,001
3. Jahr (vs. Prä)			77,45 €	0,000	135,98 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			55,16 €	0,001	113,05 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			5,72 €	0,744	4,51 €	0,803
IG x Jahr 2 (DiD)			22,86 €	0,292	21,96 €	0,319
IG x Jahr 3 (DiD)			-5,77 €	0,820	-6,77 €	0,792
IG x Jahr 4 (DiD)			1,60 €	0,949	0,76 €	0,976
Alter (30-47 J. vs. U30)					45,09 €	0,165
Alter (48-64 J. vs. U30)					-24,12 €	0,448
Alter (Ü64 vs. U30)					-65,59 €	0,047
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,09 €	0,953
F 01 (Vaskuläre Demenz)					24,67 €	0,722
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-14,72 €	0,851
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					86,56 €	0,533
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-103,13 €	0,022
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-63,77 €	0,008
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-85,03 €	0,003
F 30-39 (Affektive Störungen)					-38,22 €	0,154
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					10,34 €	0,679
F 45 (Somatoforme Störungen)					12,86 €	0,617
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-72,15 €	0,002
F 50 (Essstörungen)					24,15 €	0,638
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					15,77 €	0,699
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-122,92 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-52,99 €	0,132
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-9,13 €	0,913
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					69,43 €	0,008
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,37 €	0,706
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-91,00 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					123,59 €	0,000
R ²		0,005		0,006		0,030

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	1.942	2.015	1.886	1.957
durchschnittliche Kosten	280,80 €	403,73 €	212,47 €	338,73 €
Standardabweichung	540,88 €	691,47 €	470,09 €	651,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,71 €	40,59 €	18,80 €	34,59 €
Median	79,25 €	108,31 €	71,53 €	108,23 €
75%-Perzentil	247,66 €	387,05 €	185,69 €	299,20 €
Maximum	4.309,88 €	5.466,45 €	6.018,47 €	6.595,04 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	1.473	1.539	1.357	1.421	1.469	1.321
durchschnittliche Kosten	282,61 €	417,26 €	385,08 €	209,48 €	346,47 €	291,81 €
Standardabweichung	535,04 €	696,63 €	764,13 €	457,69 €	646,77 €	608,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	19,69 €	42,35 €	23,13 €	16,27 €	34,75 €	19,20 €
Median	79,27 €	113,17 €	74,65 €	71,09 €	112,30 €	72,42 €
75%-Perzentil	254,31 €	412,93 €	297,71 €	184,50 €	315,89 €	250,22 €
Maximum	3.843,99 €	4.936,40 €	9.109,77 €	6.018,47 €	6.595,04 €	4.642,73 €

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

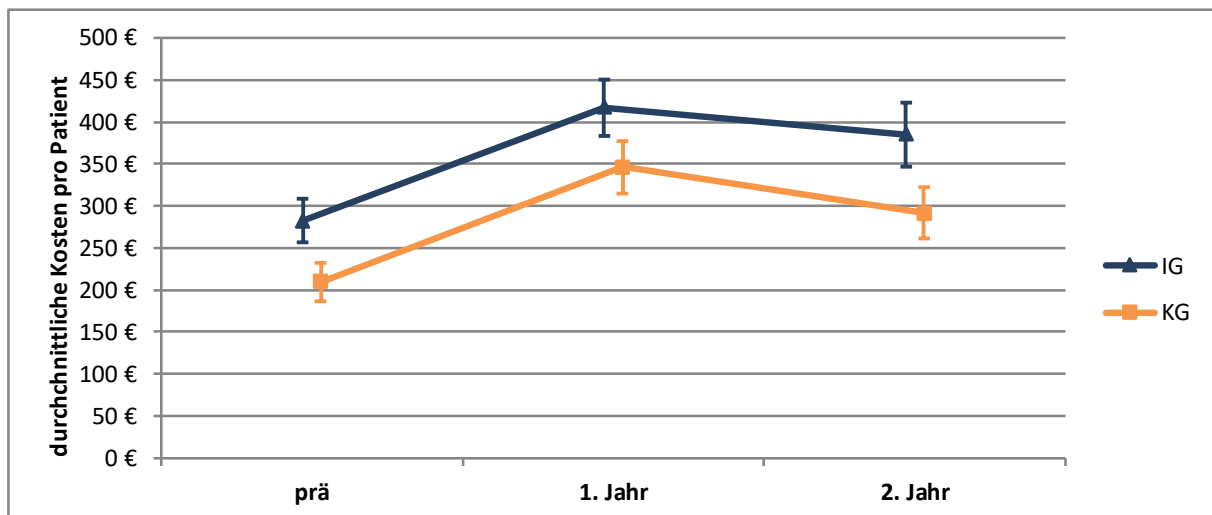


Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	209,48 €	0,000	209,48 €	0,000	-74,34 €	0,016
IG (vs. KG)	73,13 €	0,000	73,13 €	0,000	70,70 €	0,000
Post (vs. Prä)	110,02 €	0,000				
IG x Post (DiD)	8,76 €	0,673				
1. Jahr (vs. Prä)			136,99 €	0,000	327,94 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			82,34 €	0,000	270,16 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-2,35 €	0,914	2,15 €	0,922
IG x Jahr 2 (DiD)			20,13 €	0,419	24,19 €	0,334
Alter (30-47 J. vs. U30)					169,04 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					56,89 €	0,030
Alter (Ü64 vs. U30)					-85,41 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					41,54 €	0,022
F 00 (Demenz)					-64,34 €	0,332
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-28,65 €	0,515
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-137,41 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-46,31 €	0,102
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-67,22 €	0,069
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-153,52 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-9,08 €	0,781
F 30-39 (Affektive Störungen)					58,48 €	0,009
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					91,73 €	0,003
F 45 (Somatoforme Störungen)					-13,51 €	0,600
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					73,02 €	0,268
F 50 (Essstörungen)					116,72 €	0,102
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					112,05 €	0,119
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-161,07 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-86,43 €	0,082
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-105,77 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					120,06 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-74,57 €	0,352
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					90,35 €	0,147
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					198,86 €	0,000
R ²		0,011		0,012		0,069

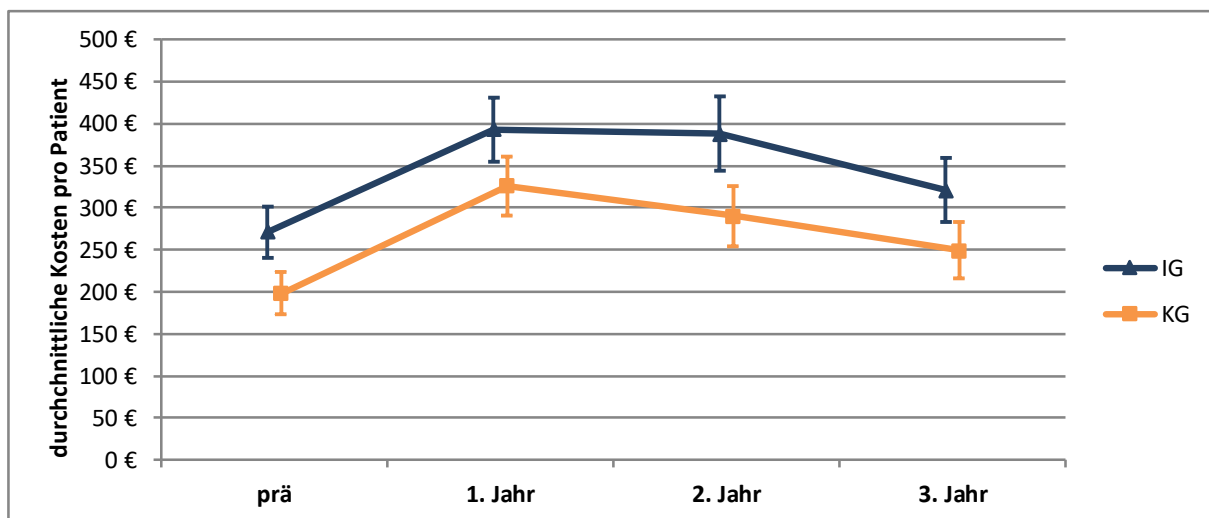
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070	
N mit Fall	1.010	1.067	941	886	985	1.018	907	869	
durchschnittliche Kosten	271,38 €	393,14 €	388,16 €	321,05 €	198,11 €	326,09 €	290,12 €	249,39 €	
Standardabweichung	525,22 €	655,10 €	741,52 €	632,89 €	433,72 €	592,92 €	598,78 €	560,73 €	
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
25%-Perzentil	15,67 €	41,10 €	24,54 €	15,88 €	15,40 €	35,41 €	18,90 €	14,99 €	
Median	69,68 €	109,59 €	79,29 €	60,57 €	68,48 €	110,21 €	74,08 €	61,22 €	
75%-Perzentil	238,73 €	378,84 €	302,00 €	253,89 €	179,71 €	311,09 €	254,98 €	211,97 €	
Maximum	3.843,99 €	3.556,60 €	4.626,10 €	4.337,71 €	6.018,47 €	4.597,60 €	4.642,73 €	5.810,75 €	

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

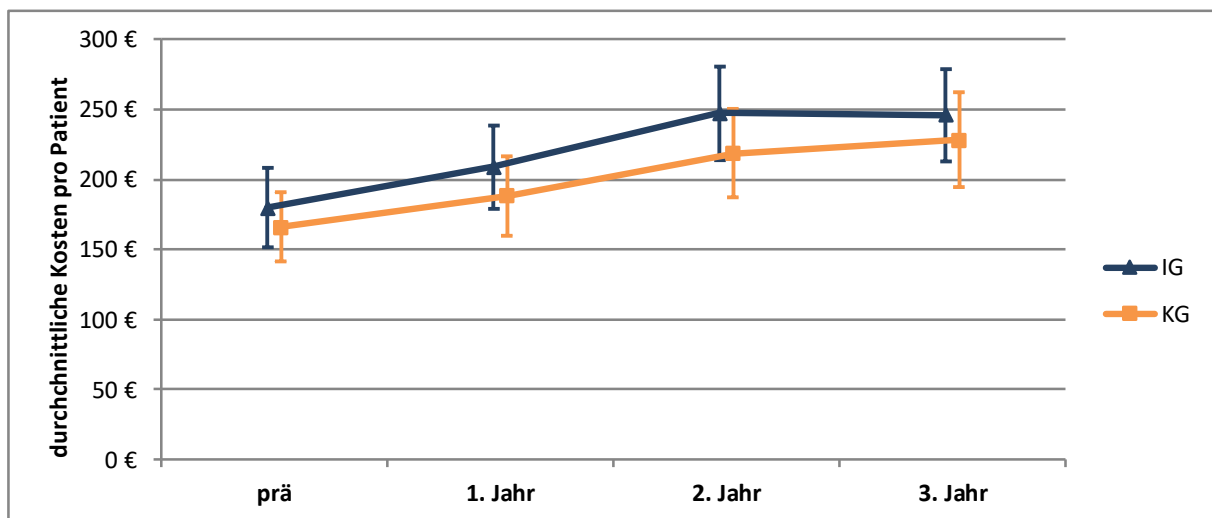


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	864	872	847	833	814	806	778	761
durchschnittliche Kosten	179,88 €	208,91 €	247,32 €	246,09 €	165,93 €	188,26 €	218,85 €	228,42 €
Standardabweichung	441,43 €	458,31 €	514,87 €	504,97 €	379,64 €	442,47 €	484,34 €	512,45 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	2,89 €	19,80 €	37,46 €	33,26 €	2,63 €	15,07 €	26,15 €	26,46 €
Median	32,70 €	53,13 €	79,44 €	73,26 €	46,43 €	52,03 €	69,90 €	74,46 €
75%-Perzentil	138,16 €	171,36 €	194,00 €	176,55 €	155,04 €	149,71 €	174,24 €	190,40 €
Maximum	3.886,15 €	3.180,39 €	4.367,65 €	3.797,03 €	3.209,31 €	3.955,03 €	3.965,51 €	4.535,44 €

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



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung wiesen einen nahezu identischen Verlauf der **Kosten der Psychopharmakaversorgung** zwischen IG und KG auf (vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und Abbildung 84). Dabei war die IG durchgehend teurer als die KG. Zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten, um dann zum vierten Jahr auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums zu sinken. Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 11,16 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 142).

Bei den linikbekanntnen Patienten lagen die Kosten der IG im Präzeitraum oberhalb der KG (vgl. Tabelle 141, Tabelle 143 und Abbildung 85). Im Verlauf der vier Nachbeobachtungsjahre sanken die Kosten der IG auf das Niveau der KG, wobei die Kosten der KG im Zeitverlauf konstant blieben. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 161,74 € signifikant stärkerer Rückgang der Kosten (vgl. Tabelle 143).

U2:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten der IG sowohl im Präzeitraum als auch im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr oberhalb der KG (vgl. Tabelle 144 und Abbildung 86).

U3:

Die Kosten der linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung verliefen parallel zwischen IG und KG, wobei die IG durchgehend teurer war (vgl. Tabelle 145 und Abbildung 87). Zum ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, um zum zweiten Jahr auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen ersten

Jahres zu sinken. Im Vergleich vom Prä- zum Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 3,19 € nicht signifikant stärkerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 146).

U4:

Die Kosten der linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung verliefen in der IG parallel zur KG, wobei die IG durchgehend teurer war (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 88).

Bei den linikbekannten Patienten lagen die Kosten der IG im Präzeitraum oberhalb der KG (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89). Im Verlauf der vier Nachbeobachtungsjahre sanken die Kosten der IG auf das Niveau der KG. Die Kosten der KG blieben im Zeitverlauf konstant.

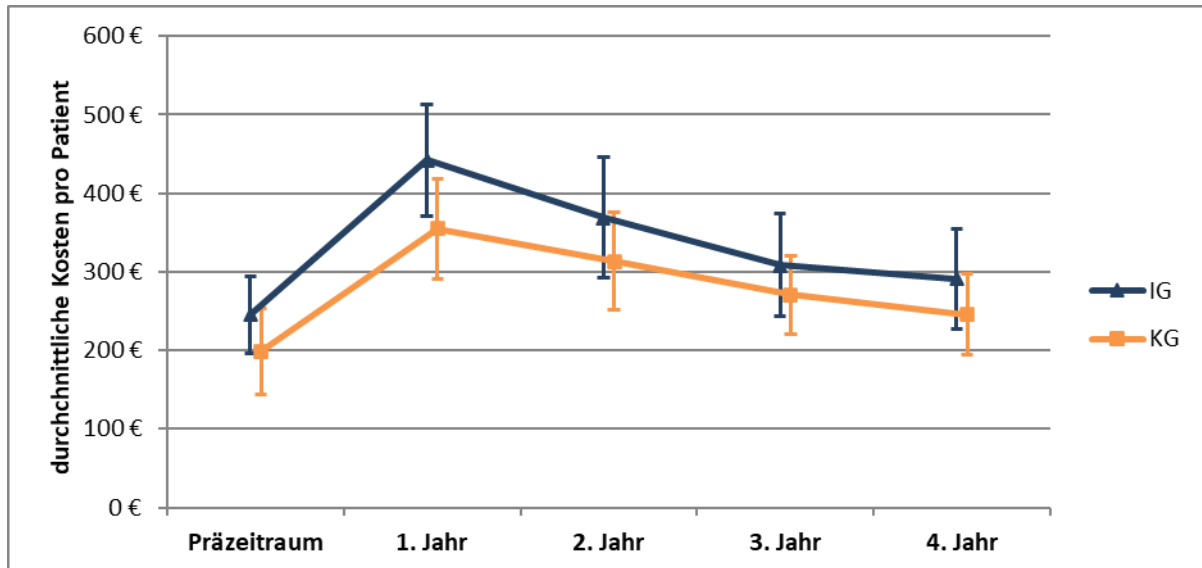
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	333	408	343	316	303	319	414	329	307	294
durchschnittliche Kosten	245,09 €	441,88 €	368,86 €	308,02 €	291,07 €	199,08 €	354,78 €	313,53 €	270,50 €	245,78 €
Standardabweichung	592,72 €	853,26 €	914,10 €	767,04 €	741,42 €	663,65 €	768,77 €	734,87 €	600,02 €	611,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	31,87 €	108,55 €	62,08 €	52,56 €	35,82 €	15,22 €	99,16 €	54,04 €	31,69 €	23,83 €
75%-Perzentil	159,85 €	486,06 €	325,36 €	251,14 €	262,49 €	129,13 €	368,26 €	298,49 €	263,84 €	243,24 €
Maximum	5.317,02 €	8.275,77 €	11.097,07 €	6.848,64 €	6.352,70 €	9.196,33 €	10.514,29 €	8.657,38 €	5.951,98 €	6.756,15 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	712	703	668	651	637	644	666	610	629	590
durchschnittliche Kosten	1.220,98 €	1.170,74 €	1.059,69 €	884,49 €	769,28 €	851,17 €	841,07 €	765,76 €	763,77 €	685,49 €
Standardabweichung	2.005,55 €	1.805,44 €	1.704,10 €	1.462,39 €	1.266,96 €	1.701,40 €	1.696,42 €	1.742,61 €	1.712,84 €	1.651,54 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	80,36 €	90,94 €	65,27 €	37,97 €	33,92 €	17,95 €	40,17 €	0,00 €	23,84 €	0,00 €
Median	463,48 €	449,58 €	419,61 €	346,01 €	297,15 €	226,83 €	255,22 €	213,46 €	230,82 €	215,64 €
75%-Perzentil	1.436,87 €	1.398,28 €	1.340,44 €	1.056,41 €	944,11 €	800,75 €	948,76 €	818,22 €	842,93 €	764,20 €
Maximum	18.239,18 €	12.951,03 €	12.817,19 €	13.224,34 €	9.281,43 €	17.289,20 €	22.579,17 €	24.106,98 €	25.529,97 €	25.220,47 €

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

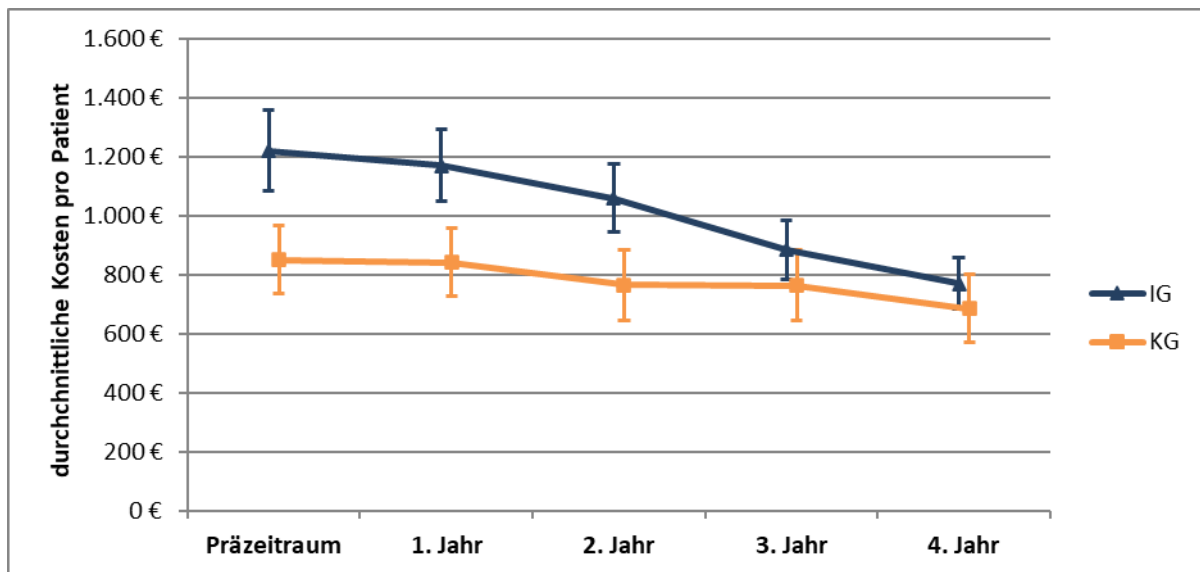


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	199,08 €	0,000	199,08 €	0,000	-208,80 €	0,000
IG (vs. KG)	46,01 €	0,219	46,01 €	0,219	46,74 €	0,175
Post (vs. Prä)	98,00 €	0,000				
IG x Post (DiD)	11,16 €	0,750				
1. Jahr (vs. Prä)			155,70 €	0,000	343,72 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			114,45 €	0,000	302,66 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			71,42 €	0,003	260,40 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			46,70 €	0,079	236,43 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			41,10 €	0,303	43,87 €	0,276
IG x Jahr 2 (DiD)			9,32 €	0,830	11,29 €	0,800
IG x Jahr 3 (DiD)			-8,49 €	0,826	-7,42 €	0,847
IG x Jahr 4 (DiD)			-0,71 €	0,986	0,43 €	0,991
Alter (30-47 J. vs. U30)					109,38 €	0,019
Alter (48-64 J. vs. U30)					139,07 €	0,002
Alter (Ü64 vs. U30)					83,74 €	0,107
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-13,43 €	0,731
F 00 (Demenz)					183,92 €	0,005
F 01 (Vaskuläre Demenz)					77,67 €	0,363
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.135,38 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					108,01 €	0,126
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					321,51 €	0,141
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-40,18 €	0,422
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					929,47 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					79,73 €	0,039
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					43,96 €	0,244
F 45 (Somatoforme Störungen)					-32,66 €	0,354
F 40-48 (ohne F43 und F45)					83,39 €	0,125
F 50 (Essstörungen)					-135,00 €	0,025
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					211,81 €	0,025
F 70-79 (Intelligenzstörung)					96,58 €	0,532
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					579,77 €	0,003
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					270,45 €	0,006
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					139,19 €	0,045
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21,00 €	0,935
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					69,30 €	0,725
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					191,50 €	0,000
R ²		0,005		0,009		0,142

Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

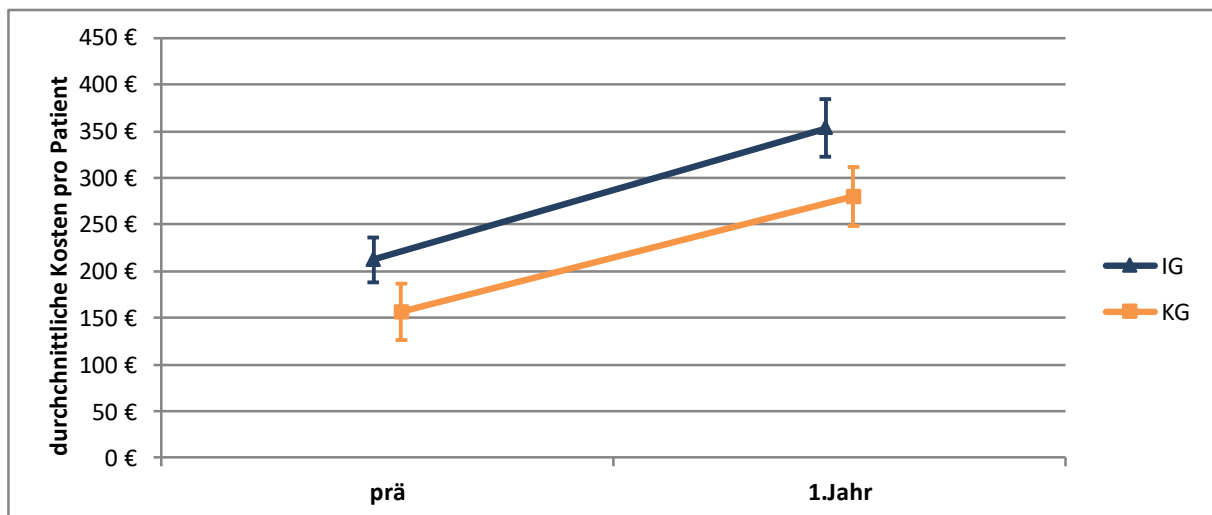
Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	851,17 €	0,000	851,17 €	0,000	-823,91 €	0,000
IG (vs. KG)	369,81 €	0,000	369,81 €	0,000	290,33 €	0,001
Post (vs. Prä)	-86,18 €	0,098				
IG x Post (DiD)	-161,74 €	0,014				
1. Jahr (vs. Prä)			-10,10 €	0,824	1.148,02 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-85,41 €	0,110	1.073,07 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-87,40 €	0,148	1.065,83 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-165,68 €	0,010	986,53 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-40,15 €	0,487	23,16 €	0,708
IG x Jahr 2 (DiD)			-75,89 €	0,277	-18,30 €	0,801
IG x Jahr 3 (DiD)			-249,10 €	0,002	-192,25 €	0,016
IG x Jahr 4 (DiD)			-286,02 €	0,001	-229,10 €	0,008
Alter (30-47 J. vs. U30)					339,84 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					289,24 €	0,002
Alter (Ü64 vs. U30)					48,82 €	0,613
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-81,08 €	0,280
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.274,78 €	0,003
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					301,80 €	0,341
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					156,00 €	0,370
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-131,85 €	0,601
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-208,46 €	0,005
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.555,38 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-0,94 €	0,990
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					47,64 €	0,434
F 45 (Somatoforme Störungen)					66,67 €	0,340
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-105,67 €	0,380
F 50 (Essstörungen)					-125,01 €	0,175
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					182,08 €	0,051
F 70-79 (Intelligenzstörung)					398,67 €	0,038
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-357,76 €	0,120
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					45,62 €	0,813
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					137,11 €	0,158
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-186,57 €	0,047
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					570,44 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					772,74 €	0,000
R ²		0,007		0,011		0,179

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	1.211	1.513	1.154	1.479
durchschnittliche Kosten	212,43 €	353,42 €	156,44 €	279,62 €
Standardabweichung	569,41 €	742,08 €	708,01 €	753,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	16,74 €	93,12 €	13,15 €	76,68 €
75%-Perzentil	125,55 €	389,85 €	93,33 €	275,27 €
Maximum	8.138,79 €	15.205,03 €	18.798,80 €	19.961,41 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	935	1.160	966	894	1.120	903
durchschnittliche Kosten	229,73 €	369,76 €	321,52 €	175,49 €	305,09 €	271,59 €
Standardabweichung	579,00 €	693,52 €	769,83 €	800,48 €	831,18 €	865,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	24,04 €	98,51 €	51,88 €	13,61 €	82,23 €	38,13 €
75%-Perzentil	140,48 €	417,25 €	294,17 €	102,67 €	312,34 €	239,55 €
Maximum	6.925,01 €	8.275,77 €	11.097,07 €	18.798,80 €	19.961,41 €	22.872,65 €

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

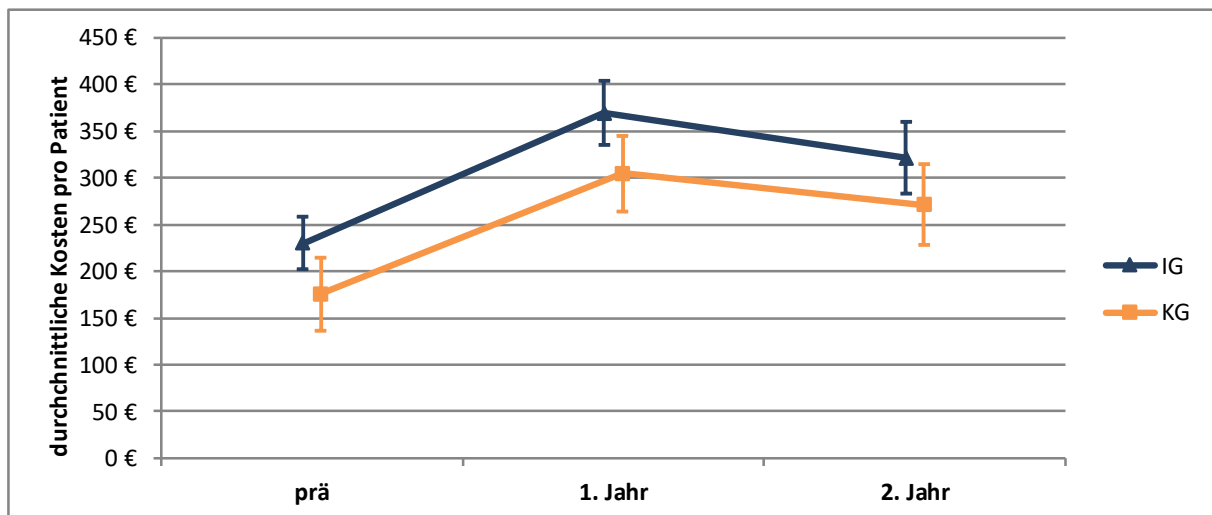


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	175,49 €	0,000	175,49 €	0,000	-136,84 €	0,001
IG (vs. KG)	54,24 €	0,027	54,24 €	0,027	51,91 €	0,033
Post (vs. Prä)	113,06 €	0,000				
IG x Post (DiD)	3,19 €	0,868				
1. Jahr (vs. Prä)			129,60 €	0,000	279,41 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			96,09 €	0,000	245,90 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			10,44 €	0,599	12,58 €	0,529
IG x Jahr 2 (DiD)			-4,30 €	0,853	-1,89 €	0,937
Alter (30-47 J. vs. U30)					190,85 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					159,56 €	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					143,94 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-56,88 €	0,039
F 00 (Demenz)					-36,13 €	0,521
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-5,35 €	0,914
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.292,43 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					53,67 €	0,324
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					249,00 €	0,142
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-121,82 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					714,15 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					55,80 €	0,062
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					39,63 €	0,282
F 45 (Somatoforme Störungen)					-57,07 €	0,013
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					14,89 €	0,677
F 50 (Essstörungen)					-56,46 €	0,098
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					176,52 €	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					20,87 €	0,794
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					242,33 €	0,048
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					245,76 €	0,026
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					135,40 €	0,058
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,98 €	0,843
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					115,50 €	0,287
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					147,45 €	0,000
R ²		0,006		0,007		0,086

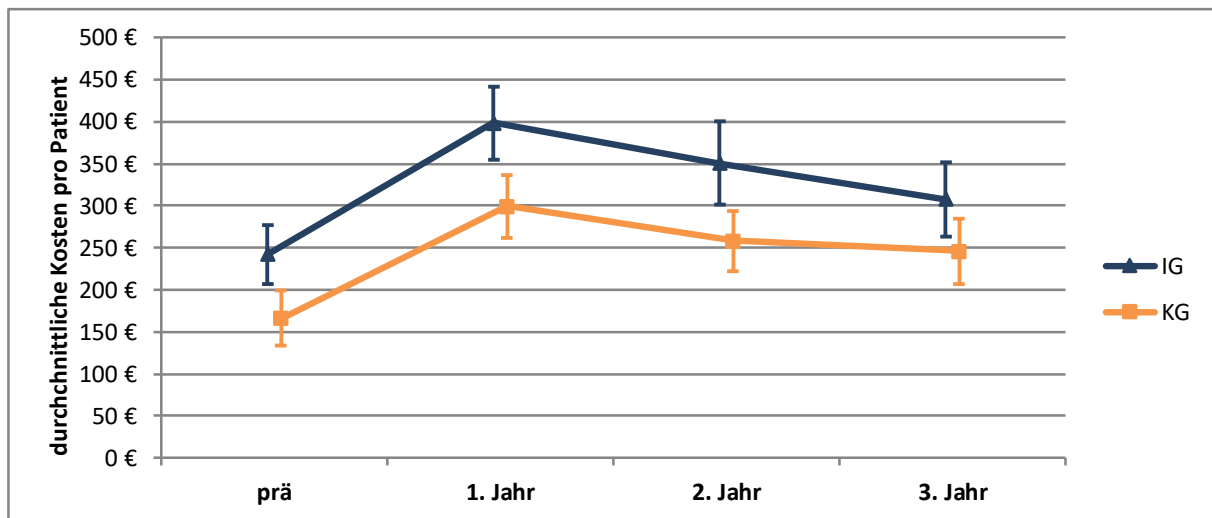
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	655	804	682	611	625	784	625	581
durchschnittliche Kosten	242,10 €	398,82 €	350,63 €	307,95 €	166,18 €	299,72 €	258,54 €	246,12 €
Standardabweichung	595,22 €	742,97 €	832,68 €	737,31 €	556,88 €	636,52 €	604,12 €	655,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	25,97 €	106,06 €	60,43 €	45,59 €	13,42 €	83,00 €	38,74 €	25,80 €
75%-Perzentil	151,69 €	463,23 €	320,45 €	263,03 €	109,06 €	328,29 €	247,61 €	225,16 €
Maximum	5.560,41 €	8.275,77 €	11.097,07 €	7.117,79 €	9.196,33 €	10.514,29 €	8.657,38 €	9.663,81 €

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

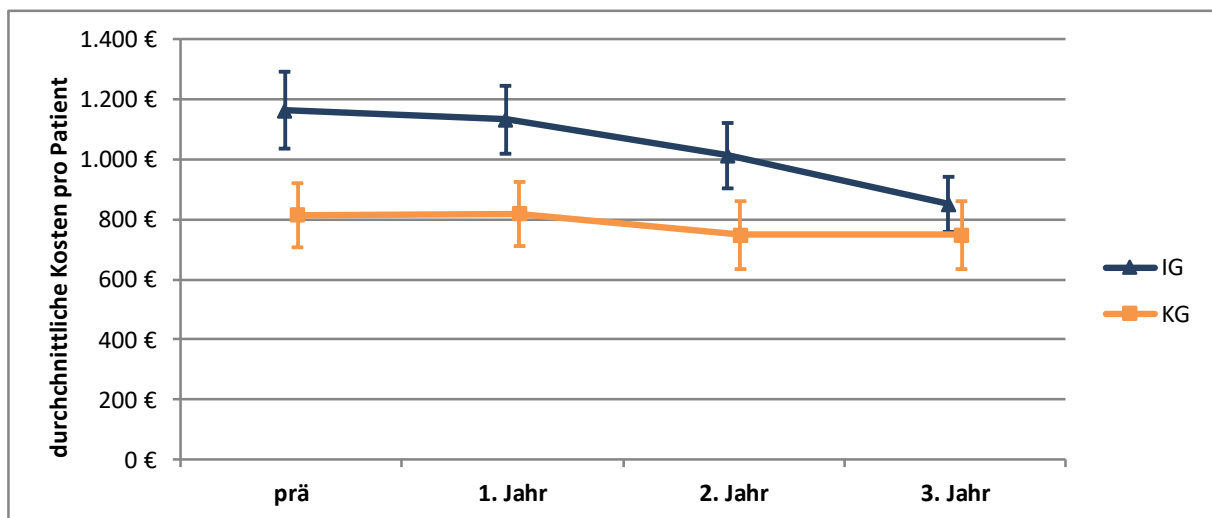


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	764	758	717	702	703	727	669	686
durchschnittliche Kosten	1.164,23 €	1.132,68 €	1.013,54 €	850,78 €	815,52 €	819,10 €	748,20 €	748,68 €
Standardabweichung	1.945,31 €	1.757,28 €	1.655,17 €	1.425,05 €	1.650,83 €	1.647,78 €	1.711,91 €	1.704,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	64,46 €	80,54 €	55,12 €	31,88 €	17,85 €	34,73 €	0,00 €	22,09 €
Median	434,84 €	442,76 €	403,73 €	317,63 €	220,71 €	251,79 €	211,15 €	225,51 €
75%-Perzentil	1.388,10 €	1.351,73 €	1.231,53 €	978,04 €	763,33 €	930,01 €	803,48 €	819,46 €
Maximum	18.239,18 €	12.951,03 €	12.817,19 €	13.224,34 €	17.289,20 €	22.579,17 €	24.106,98 €	25.529,97 €

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



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung wiesen relativ geringe Fallzahlen bzgl. **Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung** auf (vgl. Tabelle 149 und Abbildung 90). Die durchschnittlichen Kosten waren in der IG geringer als in der KG. Die Fallzahlen der linikbekannten Patienten waren ebenfalls relativ gering (vgl. Tabelle 150 und Abbildung 91). Insgesamt ergab sich im Zeitverlauf kein Kostenunterschied zwischen IG und KG.

U2:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten der IG im Zeitverlauf, relativ zur KG, weniger stark an (vgl. Tabelle 153 und Abbildung 92). Auch hier fielen die Fallzahlen relativ gering aus.

U3:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung verliefen die Kosten der IG, proportional zur relativ kleinen Fallzahl, unterhalb der KG (vgl. Tabelle 154 und Abbildung 93).

U4:

Auch bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Fallzahlen relativ gering (vgl. Tabelle 156 und Abbildung 94). Die Kosten waren in der IG geringer als in der KG.

Die Fallzahlen der klimbekanntem Patienten waren ebenfalls relativ gering (vgl. Tabelle 157 und Abbildung 95). Insgesamt ergab sich im Zeitverlauf kein Kostenunterschied zwischen IG und KG.

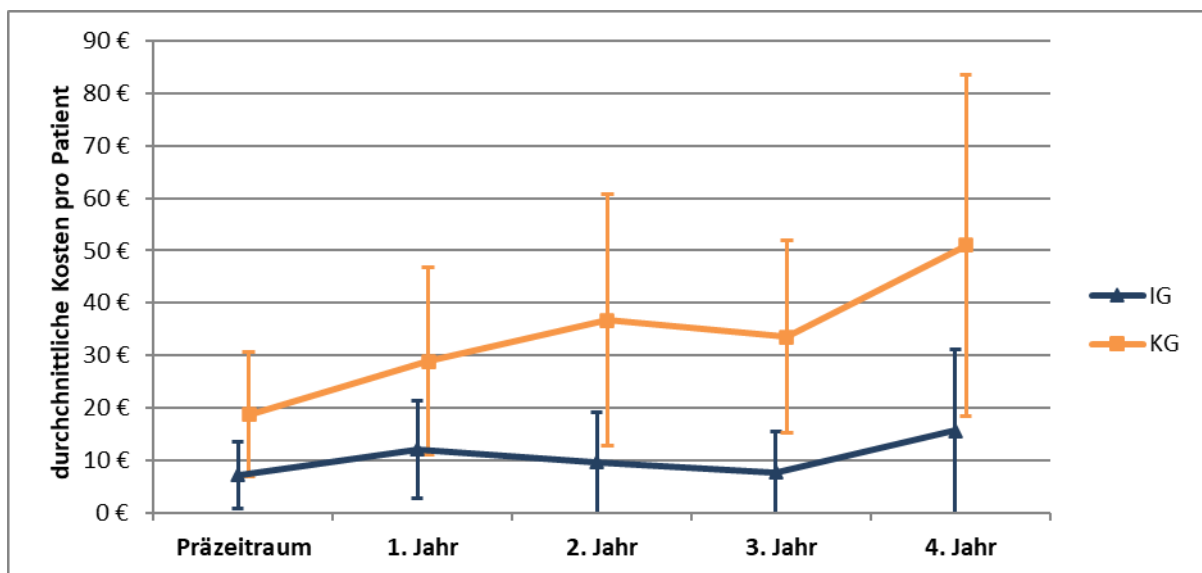
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	<10	10	<10	<10	<10	13	20	18	20	19
durchschnittliche Kosten	7,16 €	12,04 €	9,59 €	7,67 €	15,57 €	18,70 €	28,87 €	36,75 €	33,52 €	50,96 €
Standardabweichung	76,48 €	111,66 €	158,55 €	108,26 €	184,83 €	145,01 €	216,47 €	287,13 €	218,71 €	384,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.362,53 €	1.804,02 €	3.600,87 €	2.234,30 €	2.698,16 €	1.676,69 €	2.774,88 €	4.074,86 €	2.595,56 €	6.135,46 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	30	44	19	29	28	22	23	16	27	28
durchschnittliche Kosten	28,54 €	56,55 €	21,97 €	28,66 €	29,11 €	14,59 €	35,11 €	19,90 €	29,70 €	45,48 €
Standardabweichung	178,74 €	318,01 €	168,47 €	214,05 €	198,39 €	105,19 €	242,73 €	197,97 €	282,38 €	342,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.238,80 €	4.477,60 €	2.535,60 €	2.808,30 €	2.434,20 €	1.477,44 €	2.703,57 €	3.338,56 €	6.488,40 €	6.402,31 €

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

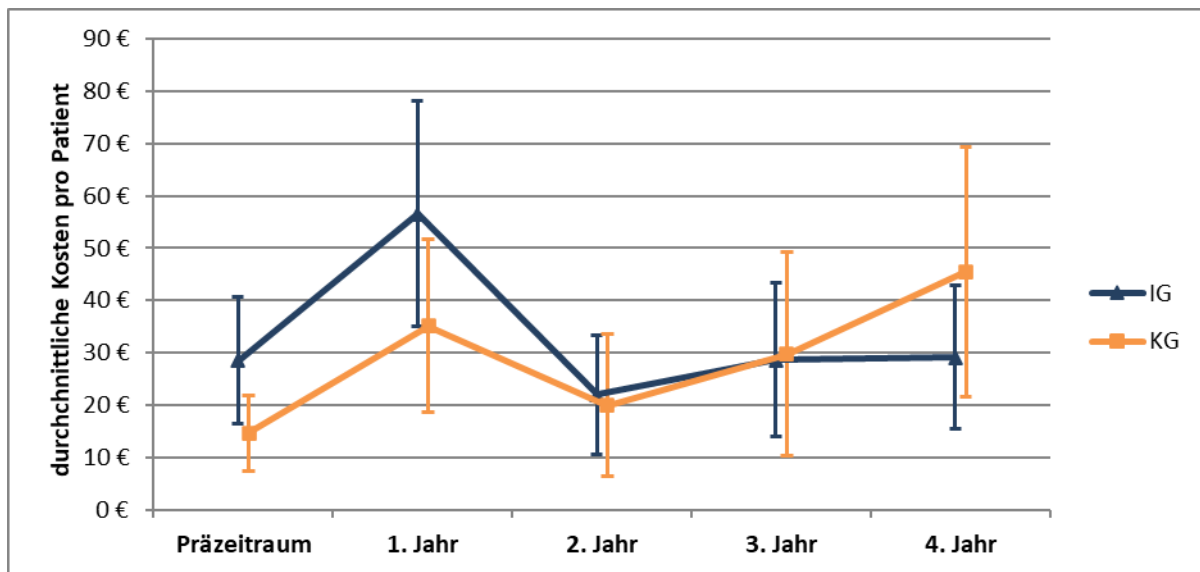


Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

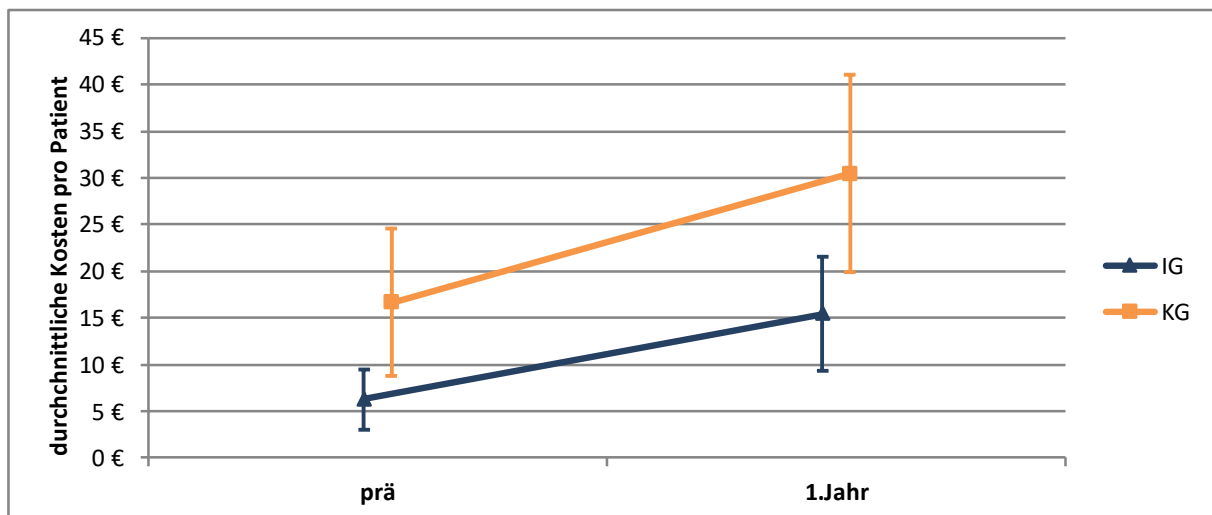
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	24	38	37	72
durchschnittliche Kosten	6,25 €	15,43 €	16,67 €	30,44 €
Standardabweichung	75,28 €	144,91 €	188,13 €	250,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.623,10 €	2.876,74 €	5.010,72 €	4.398,86 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	19	27	19	28	54	49
durchschnittliche Kosten	6,68 €	14,32 €	14,38 €	18,94 €	31,61 €	37,02 €
Standardabweichung	78,59 €	133,30 €	179,09 €	207,66 €	258,63 €	285,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.623,10 €	2.543,78 €	4.241,80 €	5.010,72 €	4.202,45 €	4.402,96 €

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

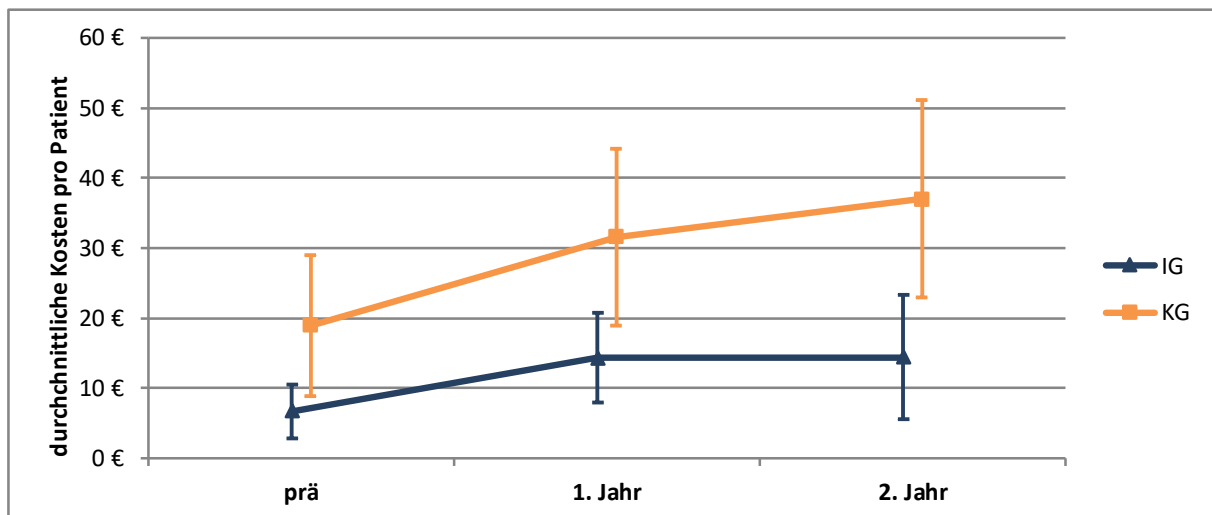


Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

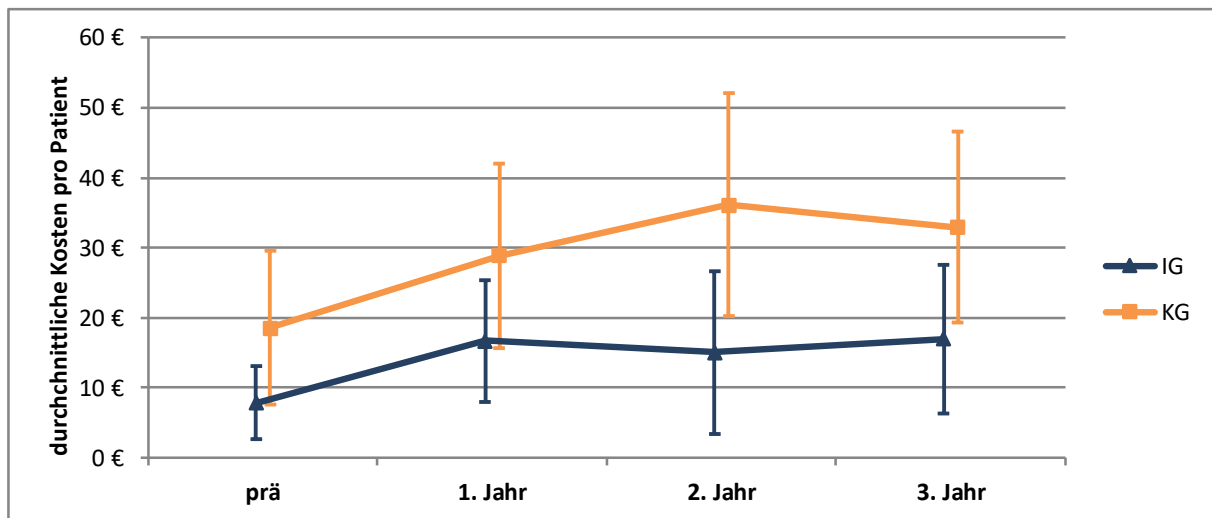
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	13	20	13	18	21	41	36	33
durchschnittliche Kosten	7,83 €	16,70 €	15,05 €	16,98 €	18,60 €	28,89 €	36,15 €	32,93 €
Standardabweichung	88,73 €	149,19 €	196,56 €	175,87 €	186,92 €	224,01 €	268,13 €	228,15 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.623,10 €	2.543,78 €	4.241,80 €	3.014,19 €	4.139,84 €	3.902,92 €	4.074,86 €	2.822,32 €

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

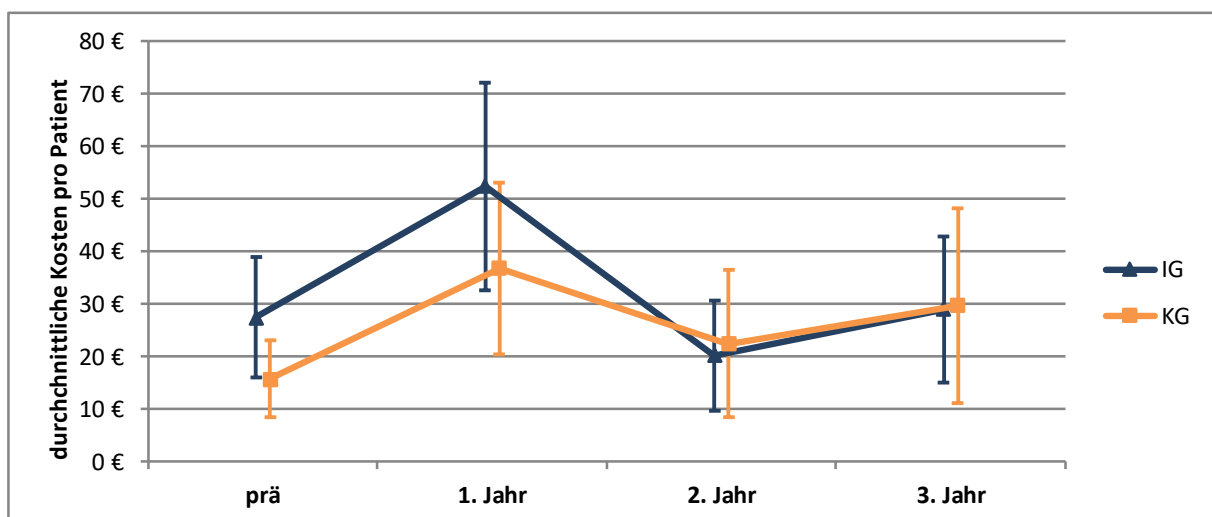


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	31	46	19	31	24	25	18	28
durchschnittliche Kosten	27,48 €	52,43 €	20,21 €	28,99 €	15,70 €	36,77 €	22,46 €	29,68 €
Standardabweichung	175,46 €	305,31 €	161,69 €	212,50 €	113,22 €	252,75 €	213,24 €	280,16 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.238,80 €	4.477,60 €	2.535,60 €	2.808,30 €	1.477,44 €	2.703,57 €	3.338,56 €	6.488,40 €

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



11. Ergebnisse: Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichererstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4

U2:

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.027,95 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 158 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 1,02 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von -1.007,79 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 1.007,79 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.523,30 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 159 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 9,82 Tage signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -155,12 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 155,12 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 97 (im Anhang) dargestellt.

U4:

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 541,90 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 160 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 0,12 Tage nicht signifikant stärkeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 4.515,83 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen Krankenhaustag wurden 4.515,83 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.098,67 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 161 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 7,84 Tage nicht signifikant geringeren Rückgang der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles

Kosteneffektivitätsverhältnis von 140,14 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 140,14 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

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

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.202,14 €		2149	8.295,90 €		2149	7.093,76 €	
	KG	1.242,41 €		2149	7.308,22 €		2149	6.065,81 €	
	Diff (IG - KG)	-40,27 €	0,770		987,69 €	0,000		1.027,95 €	0,001
KH-Tage	IG	2,30		2149	19,85		2149	17,56	
	KG	2,82		2149	21,40		2149	18,58	
	Diff (IG - KG)	-0,52	0,277		-1,54	0,118		-1,02	0,352
ICER		-1.007,79							

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.065,63 €		1285	8.109,16 €		1285	7.043,52 €	
	KG	1.071,99 €		1322	6.592,22 €		1322	5.520,22 €	
	Diff (IG - KG)	-6,36 €	0,967		1.516,94 €	0,000		1.523,30 €	0,000
AU-Tage	IG	26,48		1285	70,36		1285	43,88	
	KG	22,97		1322	76,67		1322	53,70	
	Diff (IG - KG)	3,51	0,137		-6,31	0,110		-9,82	0,033
ICER		-155,12							

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

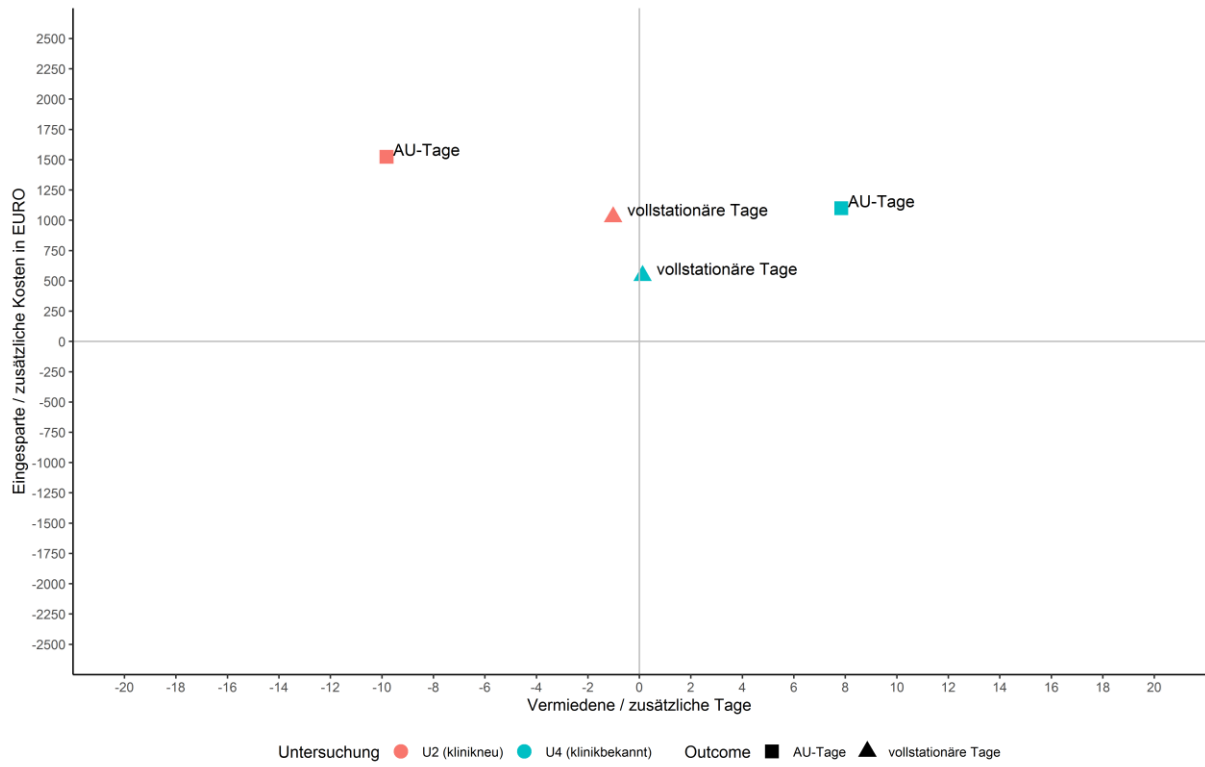
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	4.966,73 €		930	5.774,30 €		930	807,57 €	
	KG	5.638,25 €		930	5.903,92 €		930	265,67 €	
	Diff (IG - KG)	-671,52 €	0,060		-129,62 €	0,721		541,90 €	0,287
KH-Tage	IG	7,77		930	9,54		930	1,77	
	KG	13,09		930	14,74		930	1,65	
	Diff (IG - KG)	-5,32	0,000		-5,20	0,000		0,12	0,945
ICER		4.515,83							

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	4.679,45 €		464	5.652,18 €		464	972,73 €	
	KG	5.217,28 €		449	5.091,34 €		449	-125,94 €	
	Diff (IG - KG)	-537,83 €	0,229		560,84 €	0,248		1.098,67 €	0,096
AU-Tage	IG	28,74		464	28,61		464	-0,12	
	KG	41,37		449	33,40		449	-7,97	
	Diff (IG - KG)	-12,63	0,008		-4,79	0,272		7,84	0,222
ICER		140,14							

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



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik DIAKO Nordfriesland gGmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollkliniken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbeobachtung). Hier liegt die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen² und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen³. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den 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 Kapitel 6.1 und 8.1), da bereits hier Modellstrukturen wirkten.

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

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

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

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

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

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

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

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den linikneuen Patienten in allen Untersuchungen zwischen IG und KG vergleichbar (mit stets etwas höheren Anteilen in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung). Somit war die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten in Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall vergleichbar mit der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten sanken die Anteile vollstationärer Krankenhausaufenthalte in beiden Gruppen über die Zeit. Dabei war der Rückgang der vollstationären Fälle in der IG geringer zu als in der KG (sowohl bei U1 als auch bei U4). Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall (U1) war dieser Unterschied statistisch signifikant.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG verschieden. Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) gab es zwischen IG und KG und über die Zeit nur einen numerischen Unterschied, der jedoch statistisch nicht signifikant war. Jedoch waren bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) in der Modellklinik statistisch signifikant höhere Anteile im ersten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall und der Vergleichsgruppe ersichtlich. Dabei ist zu beachten, dass sich die Signifikanz hier im Wesentlichen durch die höhere Fallzahl in der Kohorte der U3 erklären lässt. Ein höherer Anteilsunterschied zwischen IG und KG war dabei nicht zu beobachten, dieser war sogar numerisch geringer als in U1. Veränderungen über die Zeit waren jedoch bei den patientenindividuellen Verläufen linikbekannter Patienten ersichtlich. So wiesen Patienten der U1 erst im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall einen signifikant höheren Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt in der IG im Vergleich zur KG auf.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) zwischen IG und KG nicht stark verschieden. Das geringere Niveau im ersten Jahr nach Referenzfall für die IG war statistisch nicht signifikant. Das geringere Niveau blieb jedoch auch in den weiteren Untersuchungen (U2-U4) ersichtlich. Das Modellvorhaben wies in fast allen Jahren geringere vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur Regelversorgung auf. Dies war für die Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant (U3). Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall 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). 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 zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall zurück, wobei hier das Niveau in der IG erneut geringer war.

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 (3). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (4). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30% der stationären Leistungen durch stationersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (5). Auch 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 (6). Bei den linikbekannt Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine geringere Anzahl vollstationärer Tag in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben Nordfriesland hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens ein Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Über die Zeit sanken die vollstationären Tage in der IG und der KG. Im dritten Jahr nach Referenzfall war jedoch das Absinken in der IG weniger stark im Vergleich zur KG. Dadurch ergaben sich im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant mehr vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur KG (U1) (hypothesenkonträr). Zu beachten ist hier jedoch, dass dies durch die bereits stark unterschiedlichen Ausgangswerte im Jahr vor Referenzfall ausgelöst wurde. Eine bestimmte Anzahl an stationären Behandlungstagen lässt sich auch in Modellvorhaben nicht vermeiden (Bodeneffekt).

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG (U1-U4). Hier schienen die

vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu sein. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (3). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (4, 7). Bei den klimbekannt Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Modelljahre und vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG. Das Absinken der Anzahl teilstationärer Tage über die Modelljahre war im Modellvorhaben geringer als in der Vergleichsgruppe, wenn auch in U1 nicht statistisch signifikant.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass bei den klimbekannt Patienten die Inanspruchnahme der PIA in allen Jahren der untersuchten Kohorten (U1 – U4) im Modellvorhaben geringer war als in der Regelversorgung. Im ersten Jahr nach Referenzfall war dies bei beiden inferenzstatistisch untersuchten Kohorten (U1 & U3) statistisch signifikant. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage kliniker Patienten in der IG waren im Modellvorhaben in Nordfriesland somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und nicht durch mehr Behandlungen in der PIA aufgefangen. Die klimbekannt Patienten zeigten zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung eine vergleichbare Anzahl an PIA-Kontakten in allen Untersuchungen. Veränderungen in der PIA-Inanspruchnahme waren hier nicht ersichtlich.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer im Bereich der Psychiatrie schienen bei den klimbekannt und klimbekannt Patienten durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. Die Muster der Inanspruchnahme waren zwischen Modellklinik und Vergleichsgruppe vergleichbar und die Verläufe verliefen parallel. Zu beachten ist jedoch, dass sowohl kliniker als auch klimbekannt Patienten der Modellklinik eine stets höhere Anzahl an Kontakten von Vertragsärzten im Vergleich zu Patienten der Regelversorgung aufwiesen. Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand (auch bei den kliniker Patienten), sind keine statistisch signifikanten Veränderungen im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Patienten der Modellklinik scheinen somit bereits vor Referenzfall häufiger ambulant versorgt gewesen zu sein. Mit Aufnahme in die Modellklinik gab es hier auch für die kliniker Patienten keine wesentliche Veränderung der Inanspruchnahme. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielt, 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 (8, 9). Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich beim Modellvorhaben in Nordfriesland auf das Krankenhaus. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Durch eine stärkere Einbindung in der Klinik können im Falle des Modellvorhabens von Nordfriesland dennoch Auswirkungen auf den ambulanten Bereich sichtbar werden. Die bereits höhere Inanspruchnahme von Vertragsärzten bei den Patienten der Modellversorgung kann mit den Daten nicht erklärt werden.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien nur die stationäre Behandlungsdauer der Patienten, die in die Klinik aufgenommen wurden, untersuchten. 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 des Anteils und 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 bzw. 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 zeigen sich keine Veränderungen verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall.

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 für linikneue Patienten im Modellvorhaben stets niedriger als für Patienten in Kliniken der Regelversorgung (hypothesenkonträr). Dies war für die Patienten der U1 mit Nachbeobachtung von 30 Tagen sowie für Patienten der U3 für 7, 30 und 90 Tage Nachbeobachtung im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Bei den linikbekanntem Patienten ist hier eine Veränderung über die Zeit ersichtlich. Während im ersten Jahr nach Referenzfall die Patienten der Modellklinik eine geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor aufwiesen (bei U1 für 7 und 30 Tage statistisch signifikant), erhöhte sich diese über den Zeitlauf stärker als in der Regelversorgung. So war die Behandlungskontinuität klinikbekannter Patienten der Modellklinik (U1) im dritten Jahr nach Referenzfall bei 30 und 90 Tagen Nachbeobachtung sogar statistisch signifikant größer als für Patienten der Regelversorgung (hypothesenkonform). Die Behandlungskontinuität schien sich somit über die Zeit

im Modellvorhaben bei den klinikbekannten Patienten erhöht zu haben. Bei den klinikneuen Patienten war jedoch keine wesentliche Veränderung hin zu einem hypothesenkonformen Effekt zu erkennen.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange klinikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren in der IG im Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant größer im Vergleich zur Regelversorgung (hypothesenkonträr). Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass besonders im ersten Jahr nach Referenzfall eine Behandlung mit weniger Abbrüche des Kontakts im Modellvorhaben nicht sichergestellt werden konnte. Vielmehr zeigten sich auch hier hypothesenkonträre Effekte. 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 wesentlicher Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Ein quantitativ relevantes 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 (9), 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 (10). 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. Bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität wurde für die klinikneuen Patienten ein hypothesenkonträrer Effekt, besonders im ersten Jahr nach Referenzfall, festgestellt. Für die klinikbekannten Patienten konnte hier eine Veränderung von einem hypothesenkonträren hin zu einem hypothesenkonformen Effekt über die Zeit der Behandlung im Modellvorhaben beobachtet werden. Auch bei dem Outcome Kontaktabbruch konnten keine kontinuierlichere Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden. Anzahl und Dauer der Kontaktabbrüche waren im Modellvorhaben größer im Vergleich zur Regelversorgung (hypothesenkonträr). Dies bedeutet, dass Patienten des Modellvorhabens hier sogar später wieder in die psychiatrische Versorgung gekommen sind im Vergleich zur Regelversorgung.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben für klinikneue Patienten nicht gewährleistet werden konnte. Für klinikbekannte Patienten war jedoch eine höhere Behandlungskontinuität über die Zeit des Einschlusses im Modellvorhaben ersichtlich. Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren aber im Modellvorhaben größer 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 **AU– Episode** war zwischen IG und KG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten generell vergleichbar. Lediglich bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) war der Anteil bei Patienten des Modellvorhabens statistisch signifikant geringer als bei Patienten der Regelversorgung.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den klinikneuen Patienten geringer im Vergleich zur KG. Zu beachten ist, dass in allen Untersuchungen die Anzahl der AU-Tage von Patienten der Modellklinik größer war als von Patienten der Vergleichsgruppe. In den Jahren nach Referenzfall waren jedoch die Anzahl der AU-Tage in der IG geringer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede waren für die ersten (U1 & U3) und zweiten Jahre (U1) nach Referenzfall zu beobachten (hypothesenkonform). Die Einsparung von AU-Tagen in den ersten beiden Jahren für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren auch im Vergleich aller vier patientenindividuellen Jahre nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl der AU-Tage im Modellvorhaben bereits im Jahr vor Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Diese geringere Anzahl an AU-Tagen war in fast allen untersuchten patientenindividuellen Jahren zu beobachten. Die bereits geringere Anzahl an AU-Tagen im Jahr vor

Referenzfall, d.h. der Zeitraum zum Vergleich mit den Jahren nach Referenzfall für die Difference-in-Difference Modellierungen, im Modellvorhaben führte dazu, dass im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall (U1) die Patienten der IG eine statistisch signifikant größere Zunahme an AU-Tage aufwiesen (hypothesenkonträr). Zur Beurteilung der Difference-in-Difference Berechnungen sind immer auch die absoluten Werte heranzuziehen, wie aus diesem Beispiel ersichtlich. Wie bereits bei den vollstationären Tagen beschrieben, ist auch ein Mindestmaß an AU-Tagen nicht vermeidbar. Da das Modellvorhaben in Nordfriesland bereits einen Vorläufervertrag aufwies, kann vermutet werden, dass geringere AU-Tage bereits in diesem Vorläufervertrag erzielt worden sind, welche im Modellvorhaben nach §64b SGB V nicht weiter ausgebaut werden konnten.

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 (11). 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 (12). 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 (13), sind auch nach Berücksichtigung von soziodemographischen Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hochsignifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (14). 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 (15).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Der Anteil linikneuer Patienten mit

vollstationärer Wiederaufnahme war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG. Die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben war jedoch mit der Regelversorgung vergleichbar. Somit kann ausgesagt werden, dass das Modellvorhaben in Nordfriesland eine Verringerung der Häufigkeit der vollstationären Wiederaufnahme bewirkte, jedoch die Patienten nicht schneller wieder vollstationär behandelt wurden (hypothesenkonform). Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese schwer 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 zu 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 (16). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (17). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich der IG 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 (17). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhausexterner ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den linikbekannten Patienten nur mit kleinem Peak zum Jahr nach Referenzfall und ohne große Veränderungen über die Zeit.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (18, 19). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde

verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (20). 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 (21). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (22), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (23). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (24). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (25). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (25).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten Bereich keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich 10 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (26, 27). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (28). 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) war sowohl bei den linikneuen Patienten als auch bei den linikbekannten Patienten in allen untersuchten Kohorten in der Modellklinik geringer als in der Vergleichsgruppe (hypothesenkonform). Jedoch war dieser Unterschied nur bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) statistisch signifikant. Auch das Risiko der Entwicklung einer

rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten aller Kohorten niedriger als in der KG (hypothesenkonform). Dieser Effekt war bei den inferenzstatistischen Untersuchungen (U1 & U3) statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben tendenziell eher positiv auf die Verhinderung einer schweren depressiven Störung und einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (29). 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 Arbeitsunfähigkeitstage von klinikneuen Patienten in den ersten bzw. ersten beiden Jahren nach Referenzfall verringert werden konnten. Im Modellvorhaben in Nordfriesland wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Das Risiko einer schweren depressiven Störung klinikneuer Patienten und einer rezidivierenden depressiven Störung klinikneuer und klinikbekannter Patienten konnte im Modellvorhaben verringert werden.

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

*„[...] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). In der Modellklinik in Nordfriesland war der Anteil an linikneuen erwachsenen Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation 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 leitliniennahen 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. (2) 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 (30). 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 (7, 31), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (3), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (6), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (32), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (33) der Modellvorhaben nach §64b SGB V bzw. modellähnlicher 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 (34). Wie in Kapitel 9.2 Tabelle 71 und Tabelle 72 ersichtlich, wurde bei den linikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung in allen Jahren zu gleichen Teilen in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten wurde beim Referenzfall sowie im ersten Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Im vierten Jahr nach Referenzfall wies das Modellvorhaben jedoch geringere aufsuchende Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung auf. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nicht eindeutig und über alle Jahre hinweg nachgewiesen werden. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitliniennäheren 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 (35) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß §64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (36). 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 (36).

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 (37). 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. Die zum 01.01.2018 eingeführte stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V (Stäb) berührt den Auswertezyklus des vorliegenden Berichts nicht und hat somit keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung Leitlinienadhärenz nur zum Teil beobachtet werden konnte. Bei den erwachsenen Patienten mit Schizophrenie war der Anteil mit antipsychotischer Medikation im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Dies entspricht der Empfehlung und ist somit hypothesenkonform. Die aufsuchende Behandlung wurde nicht eindeutig und über alle Jahre hinweg vermehrt in Anspruch genommen. Eine kontinuierliche Stärkung

der aufsuchenden Behandlung in der PIA, besonders unter den klinikneuen Patienten, ist nicht erkennbar.

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

„[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.“

Vorbemerkung - Verteilung der Behandlungssettings/Patientenmix

Für die Verteilung der Behandlungssettings wurde ursprünglich keine Hypothese aufgestellt, es zeigt sich jedoch Evidenz für bzw. wider *Hypothese a* (Verringerung der Anzahl vollstationärer Aufenthalte und Stärkung ambulanter Behandlungen) und *Hypothese e*.

Insgesamt zeigt sich jedoch für die Verteilung der Behandlungssettings und somit einem Indikator für Umsteuerungseffekte ein gemischtes Bild. Wählt man als Aggregationsebene die Modellklinik im Vergleich zu einer aus dem gewichteten Mittel der 10 strukturell ähnlichsten Kliniken bestehenden prototypischen Kontrollklinik, zeigt sich, dass der Anteil der ausschließlich in der PIA behandelten Patienten in den Jahren 2013 bis 2016 mit rund 48 % (vgl. Tabelle 254) relativ konstant blieb, während in der prototypischen Kontrollklinik ein Anstieg von 49 % auf 56 % zu beobachten war. Bei Berücksichtigung aller Settings, die die PIA-Behandlung einschließen (also bspw. mind. eine vollstationäre und eine PIA-Behandlung innerhalb eines Kalenderjahres), lagen die Anteile in der Modellklinik zwar höher (ca. 61 %), verharrten im Zeitverlauf jedoch auf diesem Niveau, während in der Kontrollklinik ein Ansteigen von 65 % auf 71 % zu verzeichnen war. Betrachtet man die vollstationäre Versorgung, zeigt sich hier ebenfalls eine zeitliche Konstanz der Patientenanteile mit einem minimalen Abfallen in der Modellklinik von 34 % im Jahr 2013 auf 32 % im Jahr 2016. In der prototypischen Kontrollklinik lag der Anteil mit 32 % rein vollstationär versorgter Patienten allerdings bereits im Jahr 2013 unter dem der Modellklinik und sank bis zum Jahr 2016 auf 26 %. Allerdings lag der Anteil tagesklinisch versorgter Patienten in der Modellklinik über dem der Kontrollklinik. Aus dieser Perspektive, die allerdings die strukturelle Zusammensetzung der Patienten außer Acht lässt, werden weder eine durch höhere PIA-Anteile deutlichmachende Ambulantisierung noch eine Flexibilisierung der Behandlung, die aus Settingkombinationen abgeleitet werden können, deutlich. Es zeigt sich aber eine im Vergleich zur prototypischen Kontrollklinik wesentlich geringere Fallverweildauer. So lag die mittlere Verweildauer der allgemeinen Psychiatrie in den Jahren 2013 bis 2016 in der Modellklinik Nordfriesland bei rund 16 Tagen und in der Kontrollklinik bei durchschnittlich 25 Tagen (die mittleren Verweildauern in der Psychosomatik sind zwischen Modell- und Kontrollkliniken vergleichbar hoch und können Tabelle 255 entnommen werden). Einschränkend ist bei dieser Betrachtung jedoch zu sagen, dass die Daten im für die Analysen vorhandenen Datensatz lediglich eine Teilmenge aller in den

Kliniken behandelten Patienten darstellt⁴ und es außerdem eine erhebliche Streuung von 34 Tagen (Kontrollklinik_{min}: 17 Tage; Kontrollklinik_{max}: 51 Tage) innerhalb der Gruppe der Kontrollkliniken gibt. Zum anderen sind die Patientenkollektive auf dieser Aggregationsebene nur bedingt miteinander vergleichbar, da sowohl Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur sowie den zugrundeliegenden Erkrankungen bestehen können. Der Anteil an Behandlungsfällen aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkohol, aber auch illegale Suchtmittel) lag in der Modellklinik mit 50 % aller Behandlungsfälle⁵ weit über dem der Kontrollkliniken, in der es im Mittel 30% aller Fälle waren. In den Kontrollkliniken lagen wiederum die Anteile der vollstationären Behandlungsfälle schizophrener Erkrankungen (19 %) und der affektiven Störungen (32 %) über den Anteilen in der Modellklinik (11 % bzw. 25 %). Vor allem im Bereich der Demenzerkrankungen, der schizophrenen sowie affektiven Störungen konnten die Verweildauern reduziert werden (vgl. Tabelle 255).

Betrachtet man demnach eine aneinander angegliche Studienpopulation, die zwar sowohl für die Modell- als auch die Kontrollkliniken keine Vollerhebung, jedoch eine ausreichend große Stichprobe darstellt und im Vergleich zur Klinikaggregation auch patientenindividuelle Nachbeobachtungen erlauben, ergeben sich für die klinikneuen und -bekannten Patienten verschiedene Bilder. Für Patienten, die in den Jahren 2013 bis 2016 ihren ersten Klinikkontakt hatten (U2, klinikneu) zeigte sich ein in der Modellgruppe höherer Anteil vollstationärer Behandlungen im Referenzfall (IG: 63 %; KG: 48 %), wobei diese Behandlungen durch eine kürzere Verweildauer in der Modellklinik gekennzeichnet waren. Auch hier wird der stärkere Einbezug der tagesklinischen Versorgung in der Modellklinik deutlich: so lag der Anteil der teilstationären Referenzfälle in der Modellklinik bei 12 % gegenüber 6 % in den Kontrollkliniken. Daran anschließend zeigte sich für die Hälfte der Patienten der Modellgruppe kein weiterer Klinikfall und lediglich für 23 % (24 % in der KG) ein weiterer vollstationärer Fall. Für die klinikbekannten Patienten hingegen zeigten sich im Referenzfall wesentlich geringere vollstationäre Anteile (15 %) und komplementär dazu höhere PIA-Anteile (82 %) in der IG gegenüber der KG. Auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsperioden blieb der Anteil der PIA-Patienten in der IG größer und der Anteil vollstationär versorgter Patienten geringer. Die KG wies jedoch in den Nachbeobachtungsjahren einen größeren Anteil von Patienten ohne Klinikfall auf. Inwieweit hier allerdings Unterschiede zwischen der Region Nordfriesland und den Kontrollregionen hinsichtlich vorhandener KV-Strukturen, in denen die Weiterbehandlung stattfinden könnte, bzw. fehlender KV-Strukturen, bei denen die PIA die ambulante Versorgung substituieren müsste, ursächlich wirken könnten, lässt sich mit der für den Bericht herangezogenen Datenlage nicht beantworten und bleibe rein spekulativ.

⁴ Budgetgrundlage für die Modellklinik ist eine Zahl von 3.058 Köpfen je Kalenderjahr (inklusive 436 Köpfen aus dem Bereich illegale Suchtmittel). Insgesamt lassen sich im Datensatz 1.998 Köpfe für das Kalenderjahr und 2071 Köpfe für das Jahr 2017 im Datensatz identifizieren, also im Mittel rund 67% der Patienten. Durch die Referenzfallselektion und das Matching verbleiben für Kohorte 1 1.458 Köpfe, also 48% der zugrunde gelegten Patientenzahl.

⁵ Angabe für Behandlungsfälle in der allgemeinen Psychiatrie (FAB 2900).

Die Reduktion der vollstationären Behandlungstage wird demnach durch zwei Mechanismen erreicht. Für die klinikneuen Patienten erfolgt sie nicht über eine Umsteuerung der Patienten in ambulante Settings (PIA), sondern vielmehr über die Verkürzung der Verweildauer.⁶ Dass sich aus dieser kürzeren Verweildauer keine schlechtere medizinische Behandlung ergibt kann dabei aus den hohen Anteilen an Patienten ohne Klinikfall sowie dem geringen Anteil vollstationärer Versorgung im Anschluss an den Referenzfall sowie die in Kapitel 8.2.7 gezeigten geringeren Wiederaufnahmeraten abgeleitet werden, da davon auszugehen ist, dass eine zu kurze Behandlung oder verfrühte Entlassung zu höheren Wiederaufnahmeraten führen müsste. Es zeigt sich aber auch ein im Vergleich zur KG deutlich geringerer Einbezug der PIAs in der IG. Wesentlich stärker ausgebaut ist hingegen die tagesklinische Versorgung. Werden tagesklinische Angebote demnach für klinikneue Patienten verstärkt genutzt, spielt diese Behandlungsform bei den klinikbekannten Patienten nur eine untergeordnete Rolle. Die Verringerung vollstationärer Behandlungen bzw. Tage wird hier vor allem durch die Umsteuerung der Patienten in die PIA erreicht, sodass einerseits ein geringerer Anteil dieses Kollektivs vollstationär behandelt wird und außerdem die Verweildauer in der IG geringer als in der KG ist.⁷

Wie in den vorangehenden Ausführungen gezeigt werden konnte, wurde die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der Modellgruppe durch die Modellbehandlung gegenüber der KG vor allem im ersten Nachbeobachtungsjahr reduziert. Für die klinikneuen Patienten zeigte sich diese Reduktion jedoch nur bedingt in den Kosten für vollstationäre Behandlungen. So fielen im Präzeitraum aller klinikneuen Patienten mit Studieneinschluss innerhalb der ersten vier Modelljahre (U2) in der IG 6.051 € für jeden der 236 behandelten bzw. 664,48 € für jedes der 2.149 Interventionsgruppenmitglieder und 7.915 € für jeden der 215 behandelten Patienten bzw. 791,86 € für jedes der 2.149 Kontrollgruppenmitglieder an. Im Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf durchschnittlich 5.545,77 € je Interventionsgruppenmitglied sowie 5.282,84 € je Kontrollgruppenmitglied, wobei in der IG 1.446 Patienten tatsächlich mit insgesamt 42.765 Tagen und in der KG 1.203 Patienten mit insgesamt 45.989 Tagen behandelt wurden. Für die weiteren Nachbeobachtungsperioden (U1, U3) zeigten sich in der IG jeweils weniger Behandlungstage, woraus geringfügig geringere oder gleich hohe Kosten entstanden. Dass die Kosten der IG trotz einer geringeren Zahl an Behandlungstagen über denen der KG liegen, ist einem höheren, durch Ausgleichszahlungen des Vormodellzeitraums entstandenen Pflegesatz, der im Jahr 2013 um das 1,44-

⁶ Insgesamt fallen bei den in den ersten vier Modelljahren eingeschlossenen klinikneuen Patienten (U2) 42.765 vollstationäre Behandlungstage in der IG und 45.989 Tage in der KG an. Auf die 1.446 vollstationär behandelten Patienten der IG bedeutet dies im Schnitt rund 30 Tage vollstationärer Behandlungsdauer und 38 Tage für die 1.203 behandelten Patienten der KG innerhalb des jeweils des ersten Nachbeobachtungsjahres, wobei die Behandlungstage auf mehrere Behandlungsfälle aufgeteilt sein können.

⁷ Bei den klinikbekannten Patienten, deren Studieneinschluss innerhalb der ersten beiden Modelljahre stattfand (U3) lag der Anteil vollstationär behandelter Patienten in der IG bei knapp 28 und in der KG bei 33 Prozent. In der IG fielen insgesamt 8.655 Tage und in der KG 13.635 Tage an, was einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von rund 34 Tagen (bzw. 9,5 Tagen auf das gesamte Patientenkollektiv von 911 Personen) in der IG und 45 (bzw. 15 Tagen auf das gesamte Patientenkollektiv von 909 Personen) entspricht.

fache über dem der Kontrollkliniken lag, im Zeitverlauf aber abnahm und im Mittel das 1,2-fache gegenüber den Kontrollkliniken betrug, geschuldet.⁸ Auch die Abrechnung nach PEPP bewirkte aufgrund des degressiven Systems bei insgesamt kürzeren Verweildauern höhere Tagessätze. Die genannten Faktoren spielten auch bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall innerhalb der ersten beiden Jahre (U3) eine Rolle; durch die im Vergleich jedoch wesentlich höhere Reduktion der vollstationären Behandlungstage, konnte hier allerdings eine Verringerung der Kosten erreicht werden. Bereits im Präzeitraum lagen die Kosten in der IG unter denen der KG (vgl. Tabelle 94), was auf die geringere Zahl vollstationärer Tage der IG zurückzuführen ist. Für die Patienten mit Einschluss im ersten Modelljahr war für die KG ein Gleichbleiben der Tage und für die IG eine Steigerung um zwölf Prozent beobachtbar, insgesamt wurden die Patienten der IG im ersten Jahr nur mit zwei Drittel der Tage der KG behandelt.⁹ Die hierfür anfallenden Kosten folgen jedoch nicht dem Verlauf der Tage, sondern variieren etwas: in der IG stiegen sie um knapp 22 Prozent und in der KG fielen sie um rund sechs Prozent. Dies ist auf die in die Pflegesätze eingepreisten Ausgleichszahlungen vorangegangener Perioden zurückzuführen. Die Zahl der Behandlungstage fiel in beiden Gruppen um jeweils ein Drittel gegenüber dem Vorjahr und wurden auch von den hierfür angefallenen Kostenverläufen gespiegelt. Tage und Kosten fielen vom zweiten bis zum vierten Jahr weiter ab.¹⁰ Jedoch zeigte sich im Difference-in-Difference-Modell kein Effekt bezüglich verschieden hoher Anstiege zwischen IG und KG, die IG war jedoch in allen Beobachtungsperioden günstiger als die KG.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass in der Modellklinik zwei Muster bezüglich der vollstationären Behandlung. Für die klinikneuen Patienten erfolgte im Erstkontakt mit der Klinik größtenteils eine zwar häufigere, dafür aber im Vergleich zur Regelversorgung kürzere vollstationäre Aufnahme und ein verstärkter Einbezug der Tagesklinik anstelle einer vollstationären Aufnahme gegenüber den Kontrollkliniken. Die Kosten vollstationärer Versorgung spiegeln dies auch wider und verliefen mit einer leichten, durch einen höheren Pflegesatz verursachten Verzerrung direkt proportional zu den Behandlungstagen. Bei den klimbekannt Patienten erfolgte die Reduktion der Behandlungstage durch eine Umsteuerung der Patienten in die PIA und eine kürzere Verweildauer bei denjenigen Patienten, die vollstationär behandelt wurden. Die Kosten verliefen auch hier mit der im Vergleich zu den klinikneuen Patienten stärkeren Verzerrung durch die Pflegesätze in gleicher Richtung zu den Behandlungstagen. Hypothese e lässt sich an dieser Stelle nicht widerlegen.

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

⁸ Deutlich wird dies bspw. durch die höheren Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr für Patienten mit Einschluss im ersten Modelljahr (2013; U1), bei denen der Großteil der Behandlungsfälle des ersten Nachbeobachtungsjahres im Jahr 2013 liegt und somit trotz einer geringeren Zahl an Behandlungstagen höhere Kosten zu verzeichnen waren.

⁹ In der IG fielen 7.700 und in der KG 11.717 Tage an.

¹⁰ Für die klimbekannt Patienten, die im ersten und zweiten Jahr eingeschlossen werden, ergibt sich für das erste Nachbeobachtungsjahr ein etwas anderes Bild.

„[...] führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.“

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zeigen bei den linikneuen Patienten im Patientenlängsschnitt den typischen Verlauf einem in beiden Gruppen ungefähr gleich hohen Startwert von im Jahr vor Referenzfall angefallenen psychiatrischen Versorgungskosten, der mit leichter Variation zwischen den einzelnen Untersuchungsperspektiven (U1 bis U4) sowie IG und KG bei rund 1.300 € je Versicherten liegt und sich zu ungefähr der Hälfte aus Kosten des ca. zehn Prozent aller Versicherten betragenden Kollektivs bereits im Präzeitraum vollstationär behandelter Patienten, zu einem Fünftel der 90 % aller Versicherten aus vertragsärztlicher Behandlung entstehender Kosten sowie durch die Psychopharmakaversorgung, die grob gefasst 15 % der Kosten ausmacht. Da durch den Referenzfall für jeden Versicherten im ersten Nachbeobachtungsjahr mindestens ein Klinikbehandlungsfall – sei es voll- oder teilstationär oder in der PIA – entsteht, stiegen die durchschnittlichen Kosten erwartungsgemäß im Vergleich zum Präzeitraum stark an. Für das erste Jahr stiegen die Kosten der IG dabei stärker im Vergleich zur KG an. Durch den hohen Anteil an Patienten mit vollstationärem Fall (IG: 68 %; KG: 56 %) wird auch der größte Anteil (rund zwei Drittel) durch Kosten für ebendiese Behandlung gebildet. Für tagesklinische Behandlungen fielen in der IG 21 % und in der KG 12 % an. Die Anteile der PIA waren in IG und KG ebenfalls voneinander verschieden: hier waren es 3 % in der IG und 7 % in der KG. Da sich IG und KG hinsichtlich der Kosten in den einzelnen Versorgungsbereichen auf ungefähr ähnlichem Niveau bewegten, waren auch die Anstiege von Prä zu Post entsprechend höher bzw. geringer. Ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr ließen sich keine Unterschiede zwischen IG und KG sowohl in den Differenzen von IG zu KG je Jahr als auch bezogen auf den Präzeitraum feststellen. Der Effekt wird somit vor allem im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr sichtbar.

Bei den linikbekannten Patienten konnten keine geringeren Versorgungskosten nachgewiesen werden. Hier lagen IG und KG mit Ausnahme des vierten Nachbeobachtungsjahres (U1), in dem die IG geringere Kosten als die KG aufwies, in den einzelnen Perioden gleichauf. Die Kosten der Versorgung mit Psychopharmaka lagen in der IG in allen Beobachtungszeiträumen über denen der KG. Bei der vertragsärztlichen Versorgung waren im Zeitverlauf in beiden Gruppen ansteigende Kosten beobachtbar, wobei die IG durchweg teurer war als die KG. Im Krankenhausbereich lagen die Versorgungskosten der IG unter denen der KG. Zwar gab es auch hier Einsparungen im vollstationären Bereich, diese wurden jedoch durch den intensiveren Einsatz tagesklinischer Behandlungen kompensiert.

An dieser Stelle muss aber auch die wahrscheinliche Untererfassung der aus Sicht der Kostenträger zu leistenden Zahlbeträge diskutiert werden. Kernelement der Modellvorhaben ist das über stationären Bereich und die PIA zusammengelegte Budget, das sich zwar in seiner Höhe zum Modellbeginn im Falle der Modellklinik an der Vereinbarung einer bestimmten Zahl an vollstationären, teilstationären Behandlungstagen und PIA-Fällen (inkl. Heilmittel) bemisst, diese aber keine Zielvereinbarung darstellen, sondern sich grob gesagt aus lediglich einer bestimmten Zahl zu versorgender Menschen

ergibt, ohne dass dabei Vorgaben über das Behandlungssetting gemacht werden. Die den Kostenträgern und hier verwendeten Daten stellen dabei einerseits Zahlbeträge dar, sind jedoch auch als Abschlagszahlungen auf das Budget zu verstehen. Die Umsteuerung von Patienten aus dem hohen Erlöse bewirkenden vollstationären Bereich in die tagesklinische oder PIA-Versorgung, in der aufgrund der Vergütungssystematik geringere Erlöse erzielt werden, bedeutet in der Jahresendabrechnung in der Regel auszugleichende Mindererlöse, die der Modellklinik durch die Kostenträger nachzuzahlen sind. Die durch das in der Evaluation verwendete Kostenerhebungsverfahren errechneten Werte entsprechen somit nicht den die Budgetausgleiche beinhaltenden tatsächlichen aus Sicht der Kostenträger anfallenden Kosten. Als Schätzer für Ressourcenverbräuche sind sie an dieser Stelle dennoch geeignet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich auf patientenindividueller Ebene keine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben zeigt, da Einsparungen bzw. gleich hohe Kosten im vollstationären Bereich und geringere Kosten in der PIA durch höhere Aufwände und somit Kosten im tagesklinischen Bereich, der vertragsärztlichen und Psychopharmakaversorgung überstiegen werden. Hypothese e muss somit verworfen werden.

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

*„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“*

Der Begriff der Leistungstransparenz wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich für das Modellklinikum Nordfriesland konstatieren, dass nach einer Übergangsphase von einem dreiviertel Jahr (bis einschl. Q3/2014), in der Modellpflegesätze verwendet wurden, seit dem dritten Quartal 2015 PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet wurden und somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem entgegen ließe sich jedoch, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die 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. Für das Modellvorhaben zeigte sich dabei bis einschließlich dem zweiten Quartal 2016 lediglich die

Dokumentation der vier PIA-Schlüssel gemäß PIA-Doku-Vereinbarung von 2013 und die Abrechnung mittels nicht differenzierter Quartalspauschalen. Daran anschließend setzte sich die Leistungsdokumentation ebenso fort, die Vergütung änderte sich ab dem zweiten Quartal 2016 jedoch zu Tagespauschalen, wobei diese den PIA-Schlüsseln entsprachen und somit keinen Informationsgewinn darstellten. Es ist davon auszugehen (die Daten für diesen Zeitraum lagen für diesen Bericht nicht vor), dass sich die Leistungstransparenz im Modellvorhaben ab dem dritten Quartal 2018 durch die dann umzusetzenden, oben genannten Kriterien erfüllende Neufassung der PIA-Doku-Vereinbarung gegeben sein sollte.

Zusammenfassend kann für das Modellvorhaben im stationären Sektor von Leistungstransparenz gesprochen werden. Im Rahmen der PIA-Versorgung ging die Dokumentation in den ersten fünfzehn Modelljahren nicht über das Maß der Regelversorgung hinaus. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

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

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** verliefen sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten der IG von U1 nahezu parallel mit der jeweiligen KG, wobei in beiden Studienpopulationen die Kosten der jeweiligen IG oberhalb der jeweiligen KG lagen. Entsprechend ergab sich für die linikneuen Patienten von U1 kein signifikant unterschiedlicher Kostenanstieg zwischen IG und KG vom Prä- zum Postzeitraum. Für die linikneuen Patienten von U1 war ebenfalls ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG festzustellen, wobei auch hier die IG durchweg teurer war. Auch hier ergab sich kein signifikant unterschiedlicher Kostenanstieg zwischen IG und KG vom Prä- zum Postzeitraum. Die linikneuen Patienten der IG von U3 entwickelten sich ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich zur KG im Vergleich Prä-zu Postzeitraum. In den nicht inferenzstatistisch untersuchten U2 und U4 zeigte sich ebenfalls kein unterschiedlich starker Kostenanstieg im Zeitverlauf zwischen IG und KG. Obwohl in keiner der Untersuchungen ein unterschiedlicher Kostenanstieg festzustellen war, muss festgehalten werden, dass gleichzeitig auch in allen Untersuchungen die Kosten der IG jeweils höher waren als in der KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in keiner der beobachteten IGs, relativ zur jeweiligen KG, zu einer Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich kam.

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

*„[...] führen zum einen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.“*

Bei den Kosten der **Psychopharmakaversorgung** zeigte sich bei den linikneuen Patienten von U1 kein signifikant unterschiedlicher Kostenanstieg zwischen IG und KG im Vergleich Prä- zu Postzeitraum. Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein um 162,18 € signifikant stärkerer Rückgang der Kosten in der IG relativ zur KG vom Prä- zum Postzeitraum. Dieser Rückgang über den gesamten Postzeitraum ergab sich hauptsächlich durch einen signifikant stärkeren Rückgang der Kosten zum dritten (249,10 €) und vierten (290,35 €) Nachbeobachtungsjahr (jeweils im Vergleich zum Präzeitraum). Bei den klinikneuen Patienten von U3 ergab sich kein signifikant unterschiedlicher Anstieg der Kosten vom Prä- zum Postzeitraum zwischen IG und KG. Für die nicht-inferenzstatistisch untersuchten U2 und U4 ergab sich ein ähnliches Bild wie in U1 und U3. Für U2 war ein gleich starker Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Jahr zu beobachten. Für die klinikneuen bzw. klinikbekannten Patienten

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur die klinikbekannten Patienten von U1 ein hypothesenkonformes Verhalten zeigten.

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

*„[...] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.“*

Bei den klinikneuen Patienten von U2 ergab sich bzgl. Variante A ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von -1.007,79 €/d, d.h. für jeden vermiedenen vollstationären Behandlungstag entstanden zusätzlich höhere Kosten von 1.007,79 €. Hier war der Kostenanstieg in der IG zwar signifikant höher, der Anstieg der vollstationären Behandlungstage jedoch nicht signifikant geringer. Bzgl. Variante B ergab sich ein ICER von -155,12 €/d, d.h. für jeden vermiedenen AU-Tag entstanden zusätzlich höhere Kosten von 155,12 €. Hier war sowohl der Kostenanstieg signifikant stärker als auch der Anstieg der AU-Tage signifikant weniger stark.

Bei den klinikbekannten Patienten von U4 ergab sich bzgl. Variante A ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 4.518,83 €/d, d.h. für jeden zusätzlichen vollstationären Behandlungstag in der IG entstanden zusätzlich höhere Kosten von 4.518,83 €. Jedoch war weder der stärkere Anstieg der Behandlungstage noch der stärkere Anstieg der Kosten signifikant. Bzgl. Variante B ergab sich ein ICER von 140,14 €/d, d.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag entstanden zusätzliche Kosten

in Höhe von 140,14 €. Hier war weder der stärkere Anstieg der AU-Tage noch der stärkere Anstieg der Kosten signifikant.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der kosten-effektiveren Verwendung der Mittel verworfen werden kann.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Krankenhaus Nordfriesland wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Sektor. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich negative Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer verringerten Behandlungskontinuität im psychiatrischen Sektor, besonders bei den klinikneuen Patienten. Auch die größere durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche sowie die größere durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung lässt auf eine verringerte Behandlungskontinuität schließen. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten jedoch hypothesenkonforme Ergebnisse. So konnten die AU-Tage für die klinikneuen Patienten vermieden werden. Auch der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme sank. Teilweise konnten Erkrankungsprogressionen klinikneuer Patienten verhindert werden. Klinikneue erwachsene Patienten mit Schizophrenie erhielten zu höheren Anteilen eine antipsychotische Medikation. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigen sich vor allem für klinikneue Patienten positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen. Jedoch zeigten die Outcomes zur Behandlungskontinuität hypothesenkonträre Effekte. Bezüglich der Kosten lässt sich festhalten, dass sich auf patientenindividueller Ebene keine Reduktion der gesamten psychiatrischen Kosten durch die Modellvorhaben zeigt. Obwohl es teilweise zu Kostenersparnissen im vollstationären Bereich und in der PIA kam wurden diese durch Mehrausgaben durch tagesklinische und vertragsärztliche Leistungen sowie durch Kosten der Psychopharmakaversorgung kompensiert.

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 auch die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der

Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigtweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung von 2018 Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem Zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Aufgrund der unterstellten Vollständigkeit der für die Analysen genutzten Daten, konnten einige Leistungsbereiche nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten, bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen, die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden und die Informationen zu Punktwerten oder Beträgen nicht in den Daten enthalten war. Das Gleiche gilt für Selektivverträge. Auch hier waren die Daten der einzelnen Kassen zueinander inkonsistent und es fehlten die Informationen zur Vergütung; die selektivvertragliche Behandlung konnte zwar somit in den Daten identifiziert, jedoch nicht einem Versorgungsbereich (psychiatrische Behandlung vs. nicht psychiatrische Behandlung) zugeordnet und ebenfalls nicht in der Vergütungshöhe bestimmt werden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten, die u. a. vom Anteil der jeweils vorhandenen Selektivverträge in der

entsprechenden Region abhängig ist. Auch Krankengeldzahlungen konnten aufgrund der Datenlage nicht berücksichtigt werden.

Außerdem wirken sich im Krankenhaussektor die Preiseffekte und die fehlende Berücksichtigung der Budgetausgleiche auf die Kostenschätzung aus.

Bei den Preiseffekten tritt der Wirkmechanismus der Kosten als Produkt von Menge und Preis zutage: Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Budgetausgleiche aus dem Zeitraum vor Modellbeginn, die wie hier im ersten Modelljahr über die Zahlung von Pflegesätzen mit Ausgleichen erfolgen, verzerrten dabei den Blick auf die durch die Modellbehandlung angefallenen Kosten. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten. Hier sind Outcomes wie bspw. Lebensqualität, Symptomschwere oder Krankheitslast geeigneterer Effektgrößen, die für diese Evaluation jedoch nicht zur Verfügung standen. Im Projekt PsychCare finden diese aber Berücksichtigung.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (38). Die Aufgabe, Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentiertere Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (39).
- 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 gleicher Weise 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 (40).
- 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 (41). 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 and 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. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. 2010.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
6. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
7. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatricbudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2008;35(279):285.
8. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Hannover; 2008.
9. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. 2018.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. 2012.
14. 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.
15. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin; 2015.
16. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.
17. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.

18. 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.
19. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
20. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludgwig-Maximilians-Universität zu München
2014.
21. 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.
22. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
23. 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.
24. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
25. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psych*. 2008;76(5):263-71.
26. 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.
27. 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.
28. 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-+.
29. 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.
30. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie 2017 [Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektoreneuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>].
31. 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.
32. von Peter S, Ignatyev Y, John E, 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).
33. 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.
34. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
35. 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.

36. 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.
37. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
38. 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>.
39. 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.
40. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen.* 2010;72:316-22.
41. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.149	2.149
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	68,1 %	68,7 %
• Zwei Diagnosen	25,5 %	26,0 %
• Drei Diagnosen	5,2 %	4,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,3 %	0,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	59	64
2. F10 & F33	58	60
3. F32 & F43	54	56

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

Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.463	1.477	2.149	2.149
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,8 %	2,7 %	2,5 %	2,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) • F 30-39 (Affektive Störungen) • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	22,7 %	22,7 %	25,5 %	25,4 %
	7,2 %	7,2 %	6,9 %	6,7 %
	48,1 %	48,2 %	57,4 %	57,3 %
	8,1 %	8,1 %	16,6 %	16,9 %
	1,0 %	1,0 %	3,2 %	3,3 %
	6,6 %	6,6 %	14,1 %	13,4 %
	0,3 %	0,5 %	2,9 %	2,6 %
	1,0 %	0,9 %	4,0 %	3,9 %
	0,5 %	0,4 %	1,4 %	1,4 %
	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,5 %
	0,6 %	0,5 %	1,4 %	1,3 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	48,2	47,9	46,8	46,3
	49	48	48	46
	(35 - 59)	(34 - 59)	(33 - 58)	(32 - 57)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	51,3 %	53,4 %	55,2 %	56,5 %
	48,7 %	46,6 %	44,8 %	43,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	73,8 %	52,5 %	75,0 %	53,4 %
	26,2 %	47,5 %	25,0 %	46,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,2 %	0,7 %	1,2 %	1,0 %
	8,7 %	6,6 %	9,3 %	6,7 %
	13,7 %	10,0 %	13,2 %	10,0 %
	4,0 %	6,6 %	4,4 %	6,7 %
	10,5 %	11,8 %	11,8 %	12,1 %
	61,9 %	64,3 %	60,1 %	63,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,1 %	3,7 %	6,8 %	4,6 %
	21,1 %	20,4 %	20,2 %	20,3 %
	0,8 %	0,6 %	0,9 %	0,7 %
	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
	1,4 %	2,4 %	1,4 %	2,3 %
	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
	9,6 %	8,1 %	10,3 %	8,3 %
	61,9 %	64,3 %	60,1 %	63,4 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	7,0 %	8,6 %	6,3 %	8,1 %
	78,3 %	75,6 %	77,8 %	76,2 %
	14,7 %	15,8 %	15,9 %	15,7 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	26,0 %	28,0 %	27,9 %	29,2 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	18,4 %	16,2 %	20,3 %	18,4 %
• Weder A noch B	55,6 %	55,9 %	51,8 %	52,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	57,8 %	59,4 %	59,8 %	61,5 %
• Familienversicherter	5,8 %	4,8 %	6,0 %	5,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	28,8 %	31,0 %	27,6 %	28,6 %
• Fehlende Angabe	7,6 %	4,7 %	6,7 %	4,6 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.624	1.616
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	68,5 %	68,7 %
• Zwei Diagnosen	24,9 %	25,9 %
• Drei Diagnosen	5,2 %	4,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,4 %	1,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	48	52
2. F32 & F43	39	41
3. F10 & F33	38	41

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

Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.113	1.110	1.624	1.616
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,8 %	2,7 %	2,5 %	2,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	21,9 %	22,3 %	25,2 %	25,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,2 %	7,4 %	7,0 %	6,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	48,6 %	48,4 %	57,6 %	57,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	8,6 %	8,3 %	17,0 %	17,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,7 %	2,9 %	3,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	6,8 %	6,8 %	14,2 %	13,5 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	48,1 49 (35 - 59)	48,2 48 (34 - 59)	46,9 48 (34 - 58)	46,7 46 (33 - 57)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	53,3 % 46,7 %	55,5 % 44,5 %	56,2 % 43,8 %	57,6 % 42,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	73,4 % 26,6 %	53,6 % 46,4 %	74,0 % 26,0 %	54,7 % 45,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,1 % 8,2 % 13,0 % 4,1 % 10,3 % 63,3 %	0,5 % 6,5 % 9,7 % 7,0 % 11,4 % 64,9 %	1,0 % 8,6 % 12,6 % 4,5 % 12,2 % 61,1 %	1,1 % 6,7 % 9,3 % 7,1 % 11,9 % 63,9 %
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 	5,6 % 19,8 % 0,7 % 0,1 % 1,3 % 0,0 % 9,3 % 63,3 %	3,7 % 19,6 % 0,5 % 0,4 % 2,6 % 0,1 % 8,2 % 64,9 %	6,4 % 19,6 % 0,8 % 0,2 % 1,3 % 0,0 % 10,5 % 61,1 %	4,6 % 19,7 % 0,7 % 0,3 % 2,5 % 0,1 % 8,2 % 63,9 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	7,3 % 78,3 % 14,5 %	9,5 % 72,6 % 17,8 %	6,8 % 77,3 % 15,8 %	8,7 % 74,4 % 16,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	26,8 % 19,5 % 53,7 %	28,6 % 17,2 % 54,2 %	28,8 % 20,8 % 50,5 %	29,5 % 18,7 % 51,9 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	56,5 %	58,7 %	58,5 %	60,6 %
• Familienversicherter	5,6 %	4,6 %	6,0 %	5,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	30,5 %	32,6 %	29,2 %	30,3 %
• Fehlende Angabe	7,5 %	4,1 %	6,2 %	4,0 %

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 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.119	1.117
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,8 %	70,2 %
• Zwei Diagnosen	23,9 %	24,1 %
• Drei Diagnosen	5,0 %	4,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,3 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	34	35
2. F32 & F43	22	25
3. F10 & F33	22	22

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)	911	909
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	55,8 %	57,0 %
• Zwei Diagnosen	31,1 %	30,3 %
• Drei Diagnosen	10,5 %	9,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,6 %	2,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	41	44
2. F10 & F33	39	41
3. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F32	12	12

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

Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	781	784	1.119	1.117
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,1 %	2,9 %	2,7 %	2,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	22,7 %	23,6 %	25,7 %	26,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,8 %	7,9 %	7,9 %	7,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	46,7 %	45,9 %	55,2 %	54,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,5 %	9,3 %	17,8 %	18,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,6 %	2,3 %	2,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,7 %	6,4 %	13,5 %	13,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,5 %	3,6 %	3,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,6 %	0,8 %	3,6 %	3,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,6 %	0,5 %	1,3 %	1,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,3 %	0,3 %	1,0 %	0,9 %
Alter ¹				
• Mittelwert	48,6	48,2	47,3	46,8
• Median	49	48	48	46
• (Interquartilsabstand)	(36 - 59)	(34 - 59)	(34 - 58)	(33 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,2 %	56,5 %	57,2 %	58,4 %
• Männer	44,8 %	43,5 %	42,8 %	41,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	72,5 %	55,4 %	72,8 %	55,9 %
• PIA	27,5 %	44,6 %	27,2 %	44,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	0,6 %	0,8 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,7 %	6,8 %	8,8 %	6,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	12,4 %	9,8 %	12,4 %	9,0 %
• Abitur/Fachabitur	4,0 %	6,5 %	4,7 %	6,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	10,0 %	10,5 %	11,3 %	10,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)	64,3 %	65,8 %	61,9 %	65,8 %
<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 	4,5 %	3,2 %	5,4 %	4,0 %
	20,2 %	19,3 %	20,2 %	18,8 %
	0,5 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
	1,4 %	2,8 %	1,4 %	2,6 %
	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
	9,0 %	7,9 %	10,1 %	7,9 %
	64,3 %	65,8 %	61,9 %	65,8 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	8,1 %	10,3 %	7,6 %	9,6 %
	78,4 %	71,3 %	76,5 %	73,6 %
	13,6 %	18,4 %	15,9 %	16,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	25,7 %	27,8 %	27,3 %	28,6 %
	20,6 %	18,4 %	22,2 %	20,0 %
	53,6 %	53,8 %	50,5 %	51,5 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	54,8 %	57,8 %	56,5 %	58,9 %
	5,5 %	4,7 %	5,7 %	5,5 %
	32,4 %	33,7 %	31,5 %	32,1 %
	7,3 %	3,8 %	6,3 %	3,6 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	508	518	911	909

Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	12,2 %	12,7 %	20,0 %	20,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	26,6 %	26,4 %	21,1 %	20,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	44,5 %	45,0 %	58,9 %	59,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,5 %	5,6 %	18,1 %	17,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	3,2 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,7 %	4,2 %	14,5 %	15,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	3,7 %	4,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,6 %	1,7 %	7,1 %	8,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,0 %	1,9 %	4,5 %	4,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,7 %	0,8 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,4 %	0,8 %	2,4 %	1,5 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,6	49,0	48,7	47,6
• Median	49	48	49	48
• (Interquartilsabstand)	(38 - 60)	(38 - 59)	(37 - 58)	(37 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,1 %	60,2 %	60,0 %	63,0 %
• Männer	43,9 %	39,8 %	40,0 %	37,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	21,3 %	24,7 %	17,9 %	23,3 %
• PIA	78,7 %	75,3 %	82,1 %	76,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,6 %	1,0 %	1,6 %	1,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,1 %	3,9 %	8,6 %	4,0 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	6,5 %	5,0 %	6,8 %	5,5 %
• Abitur/Fachabitur	2,8 %	4,1 %	2,7 %	3,7 %
• Abschluss unbekannt	6,9 %	8,5 %	7,8 %	9,0 %
• Fehlende Angabe	74,2 %	77,6 %	72,4 %	76,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,1 %	3,5 %	5,5 %	3,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	14,2 %	11,0 %	15,1 %	11,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
• Bachelor	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,4 %	1,2 %	0,4 %	0,9 %
• Promotion	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,7 %	6,2 %	6,1 %	6,8 %
	74,2 %	77,6 %	72,4 %	76,3 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	10,0 %	14,5 %	9,1 %	12,8 %
	71,5 %	71,8 %	70,5 %	72,6 %
	18,5 %	13,7 %	20,4 %	14,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	33,1 %	36,7 %	33,4 %	37,1 %
	50,0 %	45,4 %	53,3 %	48,2 %
	16,9 %	18,0 %	13,3 %	14,7 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	49,8 %	47,1 %	50,3 %	48,8 %
	3,3 %	4,6 %	3,7 %	5,2 %
	42,7 %	45,2 %	42,8 %	43,0 %
	4,1 %	3,1 %	3,2 %	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

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	395	395	380	365	359	400	400	385	381	370
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	2,8	18,0	4,3	5,2	4,5	2,9	21,5	5,5	4,8	4,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 51 Jahre; KG: < 49 Jahre)	3,3 (n=190)	18,7 (n=190)	4,1 (n=186)	5,0 (n=184)	5,8 (n=181)	2,7 (n=198)	17,6 (n=198)	5,4 (n=198)	5,4 (n=197)	3,8 (n=196)
Älter (IG: ≥ 51 Jahre; KG: ≥ 49 Jahre)	2,5 (n=205)	17,3 (n=205)	4,6 (n=194)	5,4 (n=181)	3,2 (n=178)	3,1 (n=202)	25,3 (n=202)	5,6 (n=187)	4,2 (n=184)	4,3 (n=174)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	10,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,8 (n<10)	37,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,1 (n=15)	7,3 (n=15)	0,0 (n=11)	2,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,1 (n=13)	13,2 (n=13)	3,1 (n=10)	0,0 (n<10)	2,8 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	26,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	3,0 (n=91)	16,5 (n=91)	5,3 (n=89)	7,8 (n=84)	4,9 (n=84)	2,1 (n=92)	17,1 (n=92)	7,6 (n=88)	8,2 (n=86)	4,8 (n=84)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	3,8 (n=32)	31,3 (n=32)	7,6 (n=31)	7,5 (n=30)	3,4 (n=29)	14,9 (n=31)	58,1 (n=31)	23,2 (n=30)	17,6 (n=29)	17,8 (n=29)
F 30-39 (Affektive Störungen)	3,8 (n=176)	19,9 (n=176)	4,4 (n=171)	4,7 (n=168)	6,0 (n=166)	2,1 (n=178)	22,4 (n=178)	3,6 (n=173)	3,3 (n=173)	2,7 (n=170)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,1 (n=37)	15,2 (n=37)	1,2 (n=36)	1,4 (n=35)	1,2 (n=34)	2,0 (n=42)	7,9 (n=42)	0,0 (n=42)	0,0 (n=42)	1,8 (n=42)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,4 (n=27)	10,8 (n=27)	5,8 (n=27)	5,8 (n=27)	1,6 (n=27)	2,0 (n=27)	12,9 (n=27)	2,1 (n=27)	0,0 (n=27)	0,0 (n=27)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	5,0 (n<10)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	42,5 (n<10)	15,0 (n<10)	28,0 (n<10)	11,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	16,5 (n<10)	0,0 (n<10)	34,0 (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)	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)	44,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	460	460	456	449	443	467	467	458	449	442
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	8,3	9,7	5,0	4,9	4,7	13,6	14,4	8,8	7,6	8,8
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 49 Jahre)	8,5 (n=213)	10,3 (n=213)	3,9 (n=213)	5,5 (n=211)	5,4 (n=209)	14,0 (n=223)	16,0 (n=223)	9,4 (n=223)	7,3 (n=219)	9,2 (n=218)
Älter (IG/KG: ≥ 49 Jahre)	8,1 (n=247)	9,1 (n=247)	6,0 (n=243)	4,5 (n=238)	4,1 (n=234)	13,3 (n=244)	12,9 (n=244)	8,2 (n=235)	8,0 (n=230)	8,5 (n=224)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	36,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	7,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	19,0 (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)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	41,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	8,2 (n=52)	15,5 (n=52)	7,6 (n=51)	6,7 (n=46)	5,1 (n=45)	14,1 (n=55)	24,4 (n=55)	8,3 (n=53)	11,1 (n=48)	12,4 (n=47)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,6 (n=127)	12,6 (n=127)	7,6 (n=127)	9,0 (n=127)	8,7 (n=125)	19,5 (n=126)	20,8 (n=126)	16,0 (n=124)	11,8 (n=123)	12,6 (n=122)
F 30-39 (Affektive Störungen)	7,0 (n=209)	6,7 (n=209)	3,0 (n=207)	2,4 (n=205)	2,7 (n=202)	11,3 (n=213)	9,2 (n=213)	4,6 (n=210)	5,7 (n=207)	7,4 (n=204)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,4 (n=24)	7,3 (n=24)	6,8 (n=24)	7,2 (n=24)	4,8 (n=24)	6,8 (n=24)	7,1 (n=24)	7,8 (n=23)	6,7 (n=23)	10,3 (n=22)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,8 (n=21)	11,8 (n=21)	1,9 (n=21)	4,0 (n=21)	4,6 (n=21)	1,2 (n=21)	3,4 (n=21)	0,0 (n=21)	0,0 (n=21)	0,4 (n=21)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	11,0 (n<10)	25,2 (n<10)	7,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	30,5 (n<10)	14,0 (n<10)	11,6 (n<10)	8,8 (n<10)	1,3 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	9,7 (n=10)	3,7 (n=10)	3,7 (n=10)	1,7 (n=10)	0,3 (n=10)	19,2 (n=10)	17,3 (n=10)	19,2 (n=10)	3,5 (n=10)	1,3 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	21,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	52,0 (n<10)	13,0 (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)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	46,7 (n<10)	56,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	206	206	206	206	205	222	222	222	221	220
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	31,1	62,0	21,0	17,5	14,1	17,4	73,4	21,2	16,0	13,2
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 44 Jahre; KG: < 41 Jahre)	22,9 (n=99)	62,5 (n=99)	24,5 (n=99)	22,2 (n=99)	18,1 (n=98)	12,6 (n=110)	74,6 (n=110)	18,0 (n=110)	10,9 (n=110)	4,8 (n=110)
Älter (IG: ≥ 44 Jahre; KG: ≥ 41 Jahre)	38,7 (n=107)	61,5 (n=107)	17,8 (n=107)	13,2 (n=107)	10,4 (n=107)	22,1 (n=112)	72,2 (n=112)	24,3 (n=112)	21,1 (n=111)	21,5 (n=110)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	27,4 (n=54)	34,4 (n=54)	12,1 (n=54)	10,9 (n=54)	7,8 (n=54)	6,8 (n=57)	35,4 (n=57)	24,6 (n=57)	29,9 (n=56)	14,1 (n=55)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft Stör.)	11,1 (n=12)	61,4 (n=12)	41,7 (n=12)	32,2 (n=12)	14,6 (n=12)	0,0 (n=12)	41,2 (n=12)	5,4 (n=12)	4,6 (n=12)	12,8 (n=12)
F 30-39 (Affektive Störungen)	42,3 (n=99)	84,7 (n=99)	26,7 (n=99)	13,6 (n=99)	15,9 (n=98)	30,5 (n=100)	97,5 (n=100)	23,5 (n=100)	15,4 (n=100)	15,3 (n=100)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,3 (n=21)	44,4 (n=21)	20,4 (n=21)	52,9 (n=21)	29,4 (n=21)	8,1 (n=30)	78,3 (n=30)	17,7 (n=30)	6,4 (n=30)	7,7 (n=30)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	45,7 (n=12)	64,1 (n=12)	8,8 (n=12)	14,3 (n=12)	0,3 (n=12)	10,7 (n=17)	86,1 (n=17)	20,4 (n=17)	4,4 (n=17)	3,6 (n=17)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	10,0 (n<10)	22,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	79,0 (n<10)	0,0 (n<10)	29,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	23,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	16,5 (n<10)	1,0 (n<10)	168,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	45,0 (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)	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)	44,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	38,0 (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)	225	225	225	225	224	211	211	211	211	211
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	27,8	24,0	18,8	14,8	19,0	41,8	36,0	17,7	20,4	21,7
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 44 Jahre; KG: < 43 Jahre)	22,7 (n=111)	25,9 (n=111)	18,6 (n=111)	16,6 (n=111)	23,8 (n=110)	42,8 (n=102)	48,1 (n=102)	17,3 (n=102)	15,1 (n=102)	20,9 (n=102)
Älter (IG: ≥ 44 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	32,7 (n=114)	22,0 (n=114)	19,0 (n=114)	13,1 (n=114)	14,3 (n=114)	40,9 (n=109)	24,6 (n=109)	18,1 (n=109)	25,3 (n=109)	22,6 (n=109)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	8,2 (n=24)	27,5 (n=24)	15,7 (n=24)	10,6 (n=24)	22,3 (n=24)	22,8 (n=31)	33,0 (n=31)	12,2 (n=31)	26,2 (n=31)	19,5 (n=31)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	16,7 (n=65)	17,3 (n=65)	16,3 (n=65)	12,3 (n=65)	20,2 (n=64)	29,0 (n=47)	25,1 (n=47)	18,3 (n=47)	16,3 (n=47)	7,2 (n=47)
F 30-39 (Affektive Störungen)	47,0 (n=94)	28,9 (n=94)	20,1 (n=94)	15,7 (n=94)	24,5 (n=94)	62,1 (n=91)	48,0 (n=91)	17,5 (n=91)	21,1 (n=91)	23,7 (n=91)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,9 (n=17)	34,5 (n=17)	26,1 (n=17)	28,5 (n=17)	4,6 (n=17)	24,7 (n=14)	22,3 (n=14)	27,7 (n=14)	17,6 (n=14)	49,0 (n=14)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	19,7 (n=10)	23,6 (n=10)	43,1 (n=10)	28,9 (n=10)	1,1 (n=10)	29,8 (n=15)	41,3 (n=15)	31,4 (n=15)	34,2 (n=15)	29,2 (n=15)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	25,3 (n<10)	15,5 (n<10)	1,3 (n<10)	3,5 (n<10)	0,0 (n<10)	63,8 (n<10)	12,8 (n<10)	10,3 (n<10)	10,5 (n<10)	81,3 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,5 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,7 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	21,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	54,0 (n<10)	13,0 (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)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (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 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,30 0,80...2,12	3,36 0,96...11,75	-2,94 -6,33...0,44	3,50*** 1,90...5,11
DID Jahr 2	1,00 0,59...1,68	1,26 0,32...4,97	-1,43 -4,82...1,96	-0,75 -2,36...0,85
DID Jahr 3	0,98 0,57...1,67	2,70 0,68...10,77	-0,95 -4,34...2,44	0,59 -1,02...2,19
DID Jahr 4	1,17 0,68...2,02	2,17 0,53...8,87	0,01 -3,38...3,40	-0,10 -1,71...1,50
DID Jahr 1-4	—	—	-1,33 -4,13...1,47	0,81 -0,49...2,11
Gruppe	0,74 0,50...1,11	0,44 0,13...1,49	-1,02 -3,43...1,38	-0,41 -1,55...0,73
Jahr 1	24,67*** 17,29...35,21	13,27*** 6,31...27,90	19,47*** 17,08...21,86	4,79*** 3,65...5,92
Jahr 2	1,70** 1,18...2,45	3,30** 1,47...7,42	2,62* 0,23...5,01	1,42* 0,29...2,55
Jahr 3	1,32 0,90...1,92	2,05 0,87...4,86	2,51* 0,12...4,90	0,60 -0,53...1,73
Jahr 4	1,08 0,73...1,59	1,92 0,80...4,59	1,34 -1,05...3,73	0,85 -0,29...1,98
Indexgruppe 6 (F10)	2,31*** 1,91...2,80	0,29*** 0,19...0,45	-0,23 -1,65...1,18	-1,60*** -2,27...-0,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,76** 0,64...0,91	1,35* 1,01...1,80	0,18 -1,04...1,40	0,39 -0,19...0,97
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,78...1,22	1,14 0,82...1,58	0,40 -1,10...1,89	0,06 -0,65...0,77
Psy A ¹	1,15 0,94...1,41	1,56** 1,17...2,08	1,66* 0,33...3,00	0,88** 0,25...1,52
Psy B ²	2,19*** 1,75...2,73	0,79 0,57...1,10	5,61*** 4,05...7,17	-0,84* -1,57...-0,10

Alter	0,99 0,84...1,17	0,67** 0,51...0,87	-0,47 -1,63...0,69	-0,60* -1,15...-0,05
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,84...1,18	1,43* 1,08...1,89	1,15 -0,01...2,31	0,58* 0,03...1,13
Komorbidität ³	1,00 0,97...1,04	0,99 0,92...1,05	-0,12 -0,39...0,14	-0,09 -0,22...0,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,97 0,75...1,26	0,10*** 0,03...0,32	-0,86 -2,78...1,07	-1,58** -2,49...-0,67
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,46*** 1,24...1,71	1,85*** 1,43...2,39	2,18*** 1,07...3,30	1,15*** 0,62...1,68
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,13*** 0,10...0,16	0,62** 0,47...0,81	-7,77*** -8,98...-6,56	-1,02*** -1,59...-0,45

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,22 0,87...1,72	1,05 0,63...1,75	0,89 -2,39...4,16	0,51 -0,85...1,86
DID Jahr 2	1,25 0,86...1,82	1,85* 1,05...3,27	2,20 -1,07...5,47	0,92 -0,43...2,28
DID Jahr 3	1,57* 1,07...2,31	1,99* 1,04...3,82	3,36* 0,09...6,64	1,22 -0,13...2,58
DID Jahr 4	1,55* 1,05...2,28	1,55 0,83...2,92	2,44 -0,83...5,72	0,70 -0,66...2,06
DID Jahr 1-4	—	—	2,22 -0,37...4,82	0,84 -0,24...1,91
Gruppe	0,67** 0,52...0,86	1,10 0,79...1,54	-4,92*** -7,24...-2,61	0,03 -0,94...0,99
Jahr 1	1,04 0,82...1,31	0,71 0,49...1,01	0,08 -2,24...2,40	-1,26* -2,22...-0,30
Jahr 2	0,47*** 0,36...0,60	0,35*** 0,23...0,54	-4,56*** -6,88...-2,25	-2,53*** -3,49...-1,57
Jahr 3	0,33*** 0,25...0,43	0,22*** 0,13...0,37	-6,23*** -8,55...-3,91	-3,00*** -3,96...-2,04
Jahr 4	0,34*** 0,26...0,44	0,27*** 0,17...0,43	-5,79*** -8,11...-3,48	-2,72*** -3,69...-1,76
Indexgruppe 6 (F10)	2,12*** 1,81...2,48	1,01 0,77...1,32	2,35** 0,88...3,82	-0,40 -1,01...0,21
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,65*** 1,38...1,99	0,80 0,56...1,13	5,10*** 3,43...6,77	-0,27 -0,96...0,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,78** 0,66...0,90	1,53** 1,18...1,98	-0,38 -1,75...1,00	0,99** 0,42...1,56
Psy A ¹	1,42** 1,14...1,76	1,78** 1,22...2,60	2,22* 0,43...4,01	0,68 -0,07...1,42
Psy B ²	1,39*** 1,21...1,59	0,88 0,71...1,07	3,31*** 2,15...4,48	-0,44 -0,93...0,04

Alter	0,76*** 0,67...0,87	0,78* 0,63...0,95	-1,80** -2,92...-0,68	-0,44 -0,91...0,02
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,94...1,22	1,51*** 1,21...1,89	0,49 -0,65...1,62	1,13*** 0,66...1,61
Komorbidity ³	1,05*** 1,02...1,08	0,94* 0,89...0,99	0,22 -0,04...0,47	-0,14** -0,24...-0,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,12 0,93...1,37	0,38*** 0,23...0,64	1,99* 0,29...3,69	-1,00** -1,71...-0,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,08*** 2,68...3,53	3,33*** 2,63...4,22	6,75*** 5,65...7,86	2,04*** 1,58...2,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,19...0,25	0,55*** 0,44...0,70	-10,34*** -11,79...-8,88	-1,07** -1,67...-0,46

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,70** -2,71...-0,69	-0,26 -2,63...2,12	-0,08 -3,14...2,99
DID Jahr 2	-0,30 -1,31...0,71	-0,40 -2,78...1,98	-0,15 -3,22...2,92
DID Jahr 3	-0,59 -1,60...0,42	-0,39 -2,77...1,99	-2,45 -5,51...0,62
DID Jahr 4	-0,42 -1,43...0,60	-1,20 -3,57...1,18	-1,76 -4,82...1,31
Gruppe	0,25 -0,47...0,97	2,71** 1,02...4,39	3,70** 1,53...5,88
Jahr 1	4,34*** 3,63...5,05	0,85 -0,83...2,52	4,00*** 1,84...6,17
Jahr 2	2,33*** 1,62...3,04	0,87 -0,81...2,54	1,43 -0,74...3,59
Jahr 3	2,40*** 1,69...3,11	0,30 -1,38...1,98	2,00 -0,16...4,17
Jahr 4	2,17*** 1,45...2,88	-0,06 -1,74...1,62	-0,72 -2,88...1,45
Indexgruppe 6 (F10)	-0,28 -0,70...0,15	0,87 -0,12...1,87	0,67 -0,61...1,95
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,27 -0,63...0,10	0,81 -0,05...1,67	0,19 -0,91...1,30
Indexgruppe 9 (F43)	-0,92*** -1,37...-0,47	-0,60 -1,65...0,45	-2,59*** -3,94...-1,23
Psy A ¹	0,27 -0,13...0,66	1,51** 0,57...2,44	2,38*** 1,17...3,59
Psy B ²	0,54* 0,07...1,00	4,49*** 3,40...5,58	4,23*** 2,81...5,64
Alter	0,09 -0,25...0,44	-3,04*** -3,85...-2,23	-1,33* -2,38...-0,28

Geschlecht (m vs. w)	0,88*** 0,54...1,23	-0,16 -0,97...0,66	-0,53 -1,58...0,52
Komorbidität ³	-0,09* -0,17...-0,01	0,33** 0,14...0,52	1,94*** 1,70...2,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,66* -1,23...-0,08	-1,16 -2,51...0,19	6,95*** 5,21...8,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,23 -0,10...0,56	-1,38** -2,16...-0,60	0,06 -0,95...1,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,04*** 1,68...2,40	1,16** 0,31...2,00	2,42*** 1,32...3,51

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,59 -2,12...0,95	-0,24 -1,92...1,45	2,74 -0,28...5,77
DID Jahr 2	1,32 -0,22...2,86	0,75 -0,93...2,44	1,05 -1,98...4,08
DID Jahr 3	0,36 -1,18...1,89	-0,77 -2,45...0,92	-0,06 -3,09...2,97
DID Jahr 4	-0,27 -1,81...1,26	-1,17 -2,85...0,51	0,65 -2,38...3,68
Gruppe	-0,26 -1,35...0,83	1,82** 0,63...3,02	1,40 -0,74...3,55
Jahr 1	8,27*** 7,18...9,35	-0,01 -1,20...1,19	-1,65 -3,79...0,50
Jahr 2	7,19*** 6,10...8,28	-0,20 -1,39...1,00	-1,11 -3,26...1,03
Jahr 3	6,84*** 5,75...7,93	-0,20 -1,39...0,99	-0,15 -2,30...1,99
Jahr 4	7,52*** 6,43...8,61	-0,16 -1,35...1,03	-1,33 -3,47...0,82
Indexgruppe 6 (F10)	0,04 -0,65...0,73	-2,36*** -3,11...-1,60	-1,56* -2,92...-0,20
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,68*** 0,89...2,46	-3,44*** -4,30...-2,58	-1,04 -2,59...0,51
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,71* -1,36...-0,06	-1,85*** -2,55...-1,14	-0,47 -1,74...0,81
Psy A ¹	0,80 -0,05...1,64	2,01*** 1,09...2,94	0,31 -1,35...1,97
Psy B ²	0,86** 0,32...1,41	0,68* 0,08...1,28	5,54*** 4,46...6,62
Alter	0,25 -0,28...0,77	-2,63*** -3,20...-2,05	-2,63*** -3,67...-1,59

Geschlecht (m vs. w)	0,01 -0,52...0,54	-1,09*** -1,67...-0,50	-1,05 -2,10...0,00
Komorbidität ³	-0,06 -0,18...0,06	0,50*** 0,37...0,63	2,84*** 2,61...3,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,70 -1,50...0,09	-0,43 -1,30...0,45	6,08*** 4,51...7,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,30 -0,22...0,82	0,55 -0,02...1,12	-0,94 -1,96...0,08
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,31*** 2,63...4,00	-0,48 -1,23...0,27	-3,21*** -4,55...-1,86

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,83 0,59...1,16	0,73* 0,55...0,98	0,86 0,65...1,15
Indexgruppe 6 (F10)	0,69 0,44...1,07	0,45*** 0,31...0,66	0,36*** 0,25...0,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,90 0,62...1,31	1,30 0,95...1,78	1,26 0,92...1,73
Indexgruppe 9 (F43)	0,95 0,60...1,52	0,78 0,51...1,18	0,69 0,45...1,05
Psy A ¹	1,44 0,94...2,21	1,43* 1,01...2,04	1,64** 1,16...2,32
Psy B ²	1,60* 1,04...2,45	1,71** 1,17...2,48	1,38 0,94...2,05
Alter	0,70 0,49...1,01	0,63** 0,47...0,86	0,67* 0,50...0,91
Geschlecht (m vs. w)	1,43 0,97...2,10	1,29 0,94...1,77	1,29 0,95...1,76
Komorbidität ³	1,01 0,93...1,10	1,01 0,94...1,08	1,01 0,94...1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,51 0,23...1,09	0,62 0,36...1,07	0,92 0,56...1,51
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,82...1,65	1,11 0,83...1,50	1,16 0,86...1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,48*** 1,59...3,85	1,79** 1,18...2,73	2,09** 1,32...3,30

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,01 0,51...2,00	0,91 0,51...1,63	1,06 0,55...2,05
Indexgruppe 6 (F10)	0,25** 0,10...0,62	0,24*** 0,11...0,51	0,17*** 0,08...0,39
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,84 0,38...1,86	0,69 0,35...1,37	0,85 0,40...1,79
Indexgruppe 9 (F43)	1,20 0,47...3,07	0,72 0,30...1,72	0,78 0,30...2,04
Psy A ¹	1,07 0,42...2,76	0,80 0,37...1,72	0,75 0,33...1,71
Psy B ²	1,71 0,68...4,28	3,86** 1,73...8,60	3,92** 1,57...9,77
Alter	0,65 0,31...1,35	0,50* 0,27...0,93	0,62 0,31...1,23
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,48...2,25	0,98 0,51...1,89	1,21 0,59...2,48
Komorbidität ³	1,18 0,99...1,40	1,06 0,91...1,24	0,98 0,83...1,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,84 0,23...2,99	0,60 0,18...1,94	0,40 0,10...1,53
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21 0,59...2,45	1,52 0,84...2,74	1,25 0,65...2,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,78 0,32...1,91	1,41 0,68...2,94	1,26 0,54...2,97

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,93 0,44...1,97	0,99 0,52...1,85	1,15 0,57...2,31
Indexgruppe 6 (F10)	0,81 0,34...1,97	0,81 0,38...1,73	0,59 0,26...1,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,84 0,81...4,16	1,41 0,72...2,76	1,66 0,80...3,44
Indexgruppe 9 (F43)	0,58 0,21...1,57	0,94 0,40...2,19	0,99 0,38...2,60
Psy A ¹	3,89* 1,15...13,21	1,04 0,43...2,53	0,98 0,38...2,52
Psy B ²	2,85* 1,15...7,06	3,00** 1,32...6,83	4,22** 1,59...11,20
Alter	0,32** 0,14...0,73	0,47* 0,24...0,89	0,61 0,29...1,26
Geschlecht (m vs. w)	2,42* 1,00...5,83	1,88 0,95...3,71	1,17 0,55...2,48
Komorbidität ³	0,91 0,74...1,12	0,97 0,82...1,15	0,78* 0,64...0,95
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,36 0,37...5,05	0,78 0,28...2,17	0,94 0,31...2,87
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,48 0,69...3,18	1,62 0,86...3,06	1,45 0,71...2,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,88*** 2,09...11,39	3,70** 1,70...8,05	4,33** 1,66...11,30

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,09 0,57...2,07	0,80 0,44...1,46	0,66 0,33...1,32
Indexgruppe 6 (F10)	0,51 0,23...1,15	0,36** 0,17...0,77	0,35* 0,15...0,80
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,54...2,36	1,31 0,67...2,58	1,93 0,89...4,18
Indexgruppe 9 (F43)	1,32 0,53...3,27	1,21 0,51...2,89	0,78 0,26...2,34
Psy A ¹	0,70 0,29...1,72	0,72 0,33...1,61	0,76 0,31...1,85
Psy B ²	2,08 0,91...4,76	1,45 0,68...3,08	3,20* 1,28...7,97
Alter	0,95 0,49...1,85	1,18 0,62...2,21	0,80 0,39...1,65
Geschlecht (m vs. w)	1,30 0,62...2,70	1,01 0,51...2,02	0,60 0,27...1,37
Komorbidität ³	1,01 0,84...1,21	1,02 0,87...1,21	0,95 0,78...1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69 0,13...3,63	1,09 0,29...4,13	1,21 0,23...6,43
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,14 0,58...2,22	1,02 0,54...1,93	0,83 0,40...1,74
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90 0,42...1,93	0,89 0,44...1,81	1,02 0,45...2,32

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,61** 0,44...0,85	0,68* 0,50...0,94	0,86 0,60...1,24
Indexgruppe 6 (F10)	0,44*** 0,29...0,66	0,42*** 0,29...0,62	0,44*** 0,29...0,68
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,57 0,96...2,56	1,66* 1,03...2,68	1,87* 1,06...3,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,51 1,00...2,29	1,45 0,99...2,13	1,38 0,89...2,15
Psy A ¹	1,68 0,89...3,17	2,34** 1,32...4,15	1,34 0,74...2,44
Psy B ²	1,12 0,76...1,64	1,06 0,73...1,53	1,30 0,86...1,97
Alter	0,66* 0,47...0,94	0,86 0,61...1,21	0,87 0,59...1,29
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,75...1,51	1,15 0,82...1,62	1,25 0,85...1,85
Komorbidität ³	1,02 0,94...1,09	1,00 0,93...1,07	1,00 0,92...1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72 0,41...1,29	0,56* 0,33...0,95	0,73 0,40...1,31
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,83 0,58...1,19	0,72 0,51...1,02	1,01 0,68...1,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,94*** 1,38...2,72	1,93*** 1,38...2,69	2,87*** 1,95...4,21

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 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,09 0,74...1,61	1,20 0,81...1,80	1,07 0,67...1,70
Indexgruppe 6 (F10)	0,47** 0,27...0,82	0,28*** 0,16...0,47	0,36** 0,19...0,66
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,38 0,80...2,39	1,19 0,67...2,11	1,82 0,92...3,59
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,61...1,56	0,91 0,57...1,47	0,97 0,56...1,69
Psy A ¹	1,17 0,54...2,53	3,02** 1,36...6,70	3,91** 1,63...9,37
Psy B ²	0,70 0,44...1,10	0,59* 0,37...0,95	0,63 0,36...1,11
Alter	0,61* 0,41...0,91	0,95 0,62...1,45	0,85 0,52...1,39
Geschlecht (m vs. w)	1,58* 1,04...2,41	0,86 0,55...1,32	0,66 0,39...1,11
Komorbidität ³	1,07 0,97...1,17	1,08 0,99...1,19	1,04 0,93...1,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,54 0,27...1,10	0,35** 0,18...0,68	0,76 0,36...1,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,80 0,52...1,24	0,95 0,61...1,47	1,15 0,69...1,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,32 0,84...2,09	1,74* 1,12...2,70	1,62 0,97...2,71

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,45 0,93...2,24	1,76* 1,12...2,77	1,78* 1,01...3,15
Indexgruppe 6 (F10)	0,77 0,44...1,35	0,57* 0,32...0,99	0,37** 0,18...0,77
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,21 0,65...2,26	2,06* 1,08...3,93	2,51* 1,06...5,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,44 0,86...2,42	1,20 0,71...2,04	1,26 0,63...2,50
Psy A ¹	1,55 0,62...3,87	1,57 0,69...3,59	2,55 0,96...6,77
Psy B ²	1,08 0,65...1,82	0,97 0,57...1,63	0,65 0,33...1,27
Alter	0,63* 0,40...0,99	1,05 0,65...1,69	1,10 0,59...2,03
Geschlecht (m vs. w)	1,90* 1,15...3,14	2,08** 1,24...3,51	1,38 0,72...2,63
Komorbidität ³	1,07 0,96...1,19	1,12* 1,01...1,25	1,15* 1,00...1,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,48 0,21...1,09	0,54 0,24...1,23	1,43 0,48...4,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,43** 0,26...0,70	0,43** 0,26...0,70	0,57 0,30...1,08
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,23 0,75...2,02	1,64* 1,01...2,66	2,25** 1,24...4,09

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,05 0,67...1,63	1,00 0,62...1,59	1,11 0,61...2,04
Indexgruppe 6 (F10)	1,18 0,70...1,99	0,89 0,52...1,53	0,73 0,36...1,46
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,05 0,56...1,97	1,48 0,74...2,95	1,20 0,49...2,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,58...1,68	1,04 0,60...1,80	1,18 0,58...2,40
Psy A ¹	4,27* 1,15...15,87	2,58 0,98...6,80	1,37 0,45...4,15
Psy B ²	1,69 0,99...2,90	1,74* 1,01...2,98	2,20* 1,13...4,29
Alter	0,56* 0,35...0,90	0,73 0,44...1,20	0,77 0,39...1,49
Geschlecht (m vs. w)	1,36 0,83...2,22	1,34 0,81...2,20	1,82 0,97...3,39
Komorbidität ³	0,99 0,89...1,09	0,98 0,88...1,08	0,93 0,82...1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,46...2,28	0,62 0,27...1,39	1,75 0,53...5,74
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,67...1,74	0,78 0,46...1,31	1,39 0,72...2,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,62 0,99...2,68	3,24*** 1,96...5,33	4,38*** 2,30...8,35

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)

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

Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1)

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

Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,40...0,05	-20,53** -34,30...-6,75
DID Jahr 2	-0,28* -0,51...-0,06	-15,17* -28,94...-1,39
DID Jahr 3	-0,08 -0,31...0,15	-10,20 -23,98...3,58
DID Jahr 4	-0,09 -0,32...0,14	-7,08 -20,85...6,70
DID Jahr 1-4	—	-13,24* -24,68...-1,80
Gruppe	0,02 -0,14...0,18	8,54 -1,24...18,33
Jahr 1	0,71*** 0,56...0,87	55,47*** 45,91...65,02
Jahr 2	0,06 -0,09...0,22	3,95 -5,60...13,51
Jahr 3	-0,12 -0,28...0,03	-1,13 -10,69...8,42
Jahr 4	-0,14 -0,30...0,02	-3,14 -12,70...6,41
Indexgruppe 6 (F10)	0,18*** 0,08...0,28	-10,12** -16,12...-4,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,00 -0,08...0,09	4,67 -0,52...9,85
Indexgruppe 9 (F43)	-0,02 -0,12...0,08	2,59 -3,42...8,60
Psy A ¹	0,01 -0,07...0,10	2,06 -3,26...7,38
Psy B ²	0,16** 0,05...0,27	0,57 -6,16...7,29
Alter	0,01 -0,07...0,09	6,60** 1,96...11,23

Geschlecht (m vs. w)	-0,05 -0,12...0,03	5,92* 1,23...10,60
Komorbidität ³	0,02 0,00...0,04	-0,43 -1,79...0,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,20 -0,42...0,01	-12,41 -25,39...0,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,39*** -0,47...-0,31	-15,24*** -20,08...-10,39

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,05 -0,19...0,28	7,77 -3,53...19,07
DID Jahr 2	0,08 -0,15...0,32	16,36** 5,06...27,66
DID Jahr 3	0,16 -0,07...0,40	10,36 -0,94...21,66
DID Jahr 4	0,16 -0,07...0,40	11,40* 0,10...22,70
DID Jahr 1-4	—	11,47* 2,52...20,43
Gruppe	-0,09 -0,26...0,07	-10,27* -18,29...-2,25
Jahr 1	-0,04 -0,21...0,12	-10,98** -19,04...-2,92
Jahr 2	-0,31*** -0,47...-0,14	-27,85*** -35,91...-19,80
Jahr 3	-0,31*** -0,48...-0,14	-24,04*** -32,10...-15,98
Jahr 4	-0,33*** -0,50...-0,16	-22,57*** -30,63...-14,51
Indexgruppe 6 (F10)	0,31*** 0,21...0,42	-1,80 -6,95...3,35
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,17** 0,05...0,30	-3,93 -9,73...1,88
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,05 -0,14...0,05	3,19 -1,37...7,76
Psy A ¹	-0,05 -0,17...0,07	8,40** 2,71...14,10
Psy B ²	0,17*** 0,09...0,26	0,39 -3,71...4,49
Alter	-0,19*** -0,26...-0,11	-2,43 -6,15...1,29

Geschlecht (m vs. w)	0,09* 0,01...0,17	3,00 -0,78...6,78
Komorbidität ³	0,07*** 0,04...0,09	0,75 -0,31...1,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,13 -0,29...0,04	-4,66 -12,64...3,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,70*** -0,81...-0,60	-12,95*** -18,05...-7,86

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,04 -0,40...0,32
DID Jahr 2	0,00 -0,36...0,36
DID Jahr 3	-0,21 -0,57...0,16
DID Jahr 4	0,01 -0,36...0,37
Gruppe	0,05 -0,21...0,30
Jahr 1	0,77*** 0,52...1,03
Jahr 2	0,27* 0,01...0,52
Jahr 3	0,35** 0,09...0,60
Jahr 4	0,14 -0,11...0,40
Indexgruppe 6 (F10)	0,85*** 0,70...1,00
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,22** 0,09...0,35
Indexgruppe 9 (F43)	-0,01 -0,17...0,15
Psy A ¹	0,43*** 0,29...0,57
Psy B ²	0,72*** 0,55...0,88
Alter	1,02*** 0,90...1,14
Geschlecht (m vs. w)	0,08 -0,04...0,21

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08*** 0,88...1,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,38*** 0,26...0,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,01 -0,14...0,12

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,17 -0,14...0,48
DID Jahr 2	0,05 -0,25...0,36
DID Jahr 3	0,17 -0,14...0,48
DID Jahr 4	0,10 -0,21...0,41
Gruppe	0,02 -0,19...0,24
Jahr 1	0,18 -0,04...0,39
Jahr 2	0,09 -0,13...0,31
Jahr 3	0,07 -0,14...0,29
Jahr 4	0,12 -0,10...0,34
Indexgruppe 6 (F10)	0,92*** 0,78...1,05
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,26** 0,10...0,41
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,24*** 0,11...0,37
Psy A ¹	0,26** 0,10...0,43
Psy B ²	0,67*** 0,56...0,78
Alter	0,97*** 0,87...1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,16** 0,05...0,27

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00*** 0,85...1,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,42*** 0,31...0,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,19** -0,32...-0,05

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,28 0,86...1,91
Psy A ¹	0,56* 0,32...0,95
Psy B ²	1,07 0,57...2,02
Alter	4,31*** 2,26...8,24
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,71...1,60
Komorbidität ³	1,25*** 1,17...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,63* 1,03...2,58
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,72 0,47...1,09
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39** 0,22...0,70

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,87 0,59...1,28
Psy A ¹	0,60 0,35...1,01
Psy B ²	0,78 0,49...1,23
Alter	4,34*** 2,34...8,03
Geschlecht (m vs. w)	0,76 0,51...1,14
Komorbidität ³	1,27*** 1,19...1,37
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19 0,74...1,93
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,91 0,59...1,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,37*** 0,24...0,56

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,72 0,44...1,19	0,52* 0,29...0,93	0,87 0,67...1,13
Psy A ¹	0,82 0,47...1,44	1,61 0,87...2,96	0,63** 0,46...0,86
Psy B ²	1,06 0,50...2,25	0,57 0,24...1,35	1,09 0,72...1,66
Alter	0,87 0,51...1,48	0,93 0,52...1,68	1,00 0,77...1,31
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,55...1,55	1,04 0,57...1,89	0,59*** 0,46...0,77
Komorbidität ³	1,06 0,93...1,21	1,01 0,88...1,16	0,86*** 0,79...0,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,75 0,18...3,21	0,54 0,13...2,30	0,68 0,41...1,12
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26 0,76...2,07	1,68 0,93...3,04	0,92 0,71...1,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,69 0,41...1,16	0,78 0,43...1,43	0,54*** 0,41...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 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,63 0,34...1,16	0,62 0,37...1,02	0,75 0,54...1,03
Psy A ¹	1,13 0,45...2,84	3,65* 1,11...12,05	0,93 0,56...1,55
Psy B ²	1,97 1,00...3,89	0,95 0,57...1,60	1,06 0,75...1,51
Alter	0,77 0,42...1,43	1,70 0,97...2,95	0,70* 0,50...0,98
Geschlecht (m vs. w)	0,82 0,43...1,54	0,81 0,48...1,39	0,88 0,62...1,24
Komorbidität ³	0,90 0,77...1,05	0,90 0,79...1,03	1,01 0,93...1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,95** 1,65...9,50	1,59 0,67...3,77	0,81 0,48...1,36
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,48 0,76...2,88	1,81* 1,04...3,13	0,94 0,67...1,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44* 0,22...0,89	0,81 0,44...1,51	0,60* 0,39...0,93

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (2).

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

Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,06 0,00...0,13	23,87* 4,25...43,49	0,06* 0,00...0,11	22,49* 3,48...41,50
Psy B ²	-0,16*** -0,23...-0,09	-54,61*** -75,13...-34,09	-0,14*** -0,20...-0,09	-52,81*** -72,69...-32,94
Alter	0,11** 0,04...0,18	38,22*** 17,25...59,18	0,10** 0,04...0,16	36,97*** 16,66...57,28
Geschlecht (m vs. w)	-0,06 -0,13...0,01	-14,51 -35,15...6,14	-0,04 -0,10...0,02	-11,23 -31,23...8,76
Komorbidität ³	0,01 -0,01...0,03	3,33 -1,58...8,23	0,01 -0,01...0,02	2,52 -2,23...7,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,25*** 0,12...0,39	81,69*** 42,21...121,17	0,25*** 0,13...0,36	81,32*** 43,07...119,57

Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,78** 0,65...0,92	-3,30 -18,26...11,65
Psy A ¹	1,13 0,92...1,39	-8,43 -26,80...9,94
Psy B ²	1,34* 1,05...1,72	12,74 -8,10...33,59
Alter	0,96 0,80...1,16	-6,15 -22,23...9,93
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,80...1,13	6,71 -8,48...21,89
Komorbidität ³	1,05* 1,00...1,09	-0,72 -4,21...2,77
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18 0,87...1,58	10,99 -13,71...35,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,88...1,25	-8,25 -23,57...7,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,29 0,98...1,70	-5,60 -28,55...17,34

Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,86 0,71...1,05	1,00 0,73...1,36	3,88*** 1,83...8,27	1,70 0,62...4,65	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,55*** 1,27...1,90	0,96 0,70...1,31	0,38* 0,17...0,86	0,58 0,19...1,79	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,15 0,95...1,41	1,74** 1,25...2,43	1,54 0,74...3,23	1,38 0,48...3,91	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,09** 1,03...1,15	0,94 0,87...1,01	1,21 1,00...1,48	1,08 0,84...1,39	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,68 0,96...2,95	0,09* 0,01...0,69	3,15 0,96...10,41	2,03 0,41...9,99	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,14 0,94...1,38	1,82*** 1,34...2,49	0,39* 0,18...0,82	0,56 0,20...1,57	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,86 0,70...1,05	0,77 0,55...1,09	0,52 0,23...1,18	0,52 0,10...2,81	kf

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

Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,09 0,80...1,48	2,45* 1,09...5,51	-2,43* -4,64...-0,23	3,06*** 1,84...4,27
DID Jahr 2	0,87 0,63...1,20	1,44 0,60...3,46	-1,38 -3,59...0,83	-0,41 -1,63...0,80
Gruppe	0,80 0,63...1,02	0,49 0,22...1,07	-2,44** -4,02...-0,87	-0,57 -1,43...0,30
Jahr 1	34,48*** 27,26...43,62	20,68*** 12,54...34,11	19,57*** 18,01...21,13	5,77*** 4,91...6,63
Jahr 2	1,71*** 1,36...2,15	3,71*** 2,15...6,40	2,73** 1,16...4,29	1,31** 0,45...2,17
Indexgruppe 6 (F10)	2,46*** 2,10...2,87	0,25*** 0,18...0,34	0,03 -1,21...1,26	-2,52*** -3,19...-1,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,88*** 1,48...2,38	0,96 0,64...1,43	11,71*** 9,77...13,66	-0,06 -1,13...1,02
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,83** 0,71...0,95	1,84*** 1,48...2,29	1,81** 0,73...2,88	1,44*** 0,85...2,03
Psy A ¹	1,14 0,99...1,32	1,52*** 1,26...1,83	2,41*** 1,32...3,50	1,23*** 0,63...1,83
Psy B ²	1,47*** 1,24...1,76	0,79* 0,63...1,00	3,23*** 1,88...4,59	-1,02** -1,77...-0,28
Alter	0,98 0,86...1,12	0,76** 0,64...0,91	-1,31** -2,29...-0,32	-0,50 -1,04...0,04
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,95...1,23	1,22* 1,02...1,46	1,37** 0,40...2,33	0,61* 0,08...1,14
Komorbidität ³	1,05** 1,02...1,08	0,96 0,92...1,00	0,13 -0,10...0,35	-0,20** -0,33...-0,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,14 0,92...1,41	0,22*** 0,12...0,38	2,22* 0,46...3,99	-2,30*** -3,27...-1,33

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,35*** 1,19...1,52	1,88*** 1,58...2,24	2,74*** 1,81...3,68	1,71*** 1,19...2,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,08*** 0,06...0,09	0,52*** 0,43...0,63	-9,88*** -10,89...-8,86	-1,75*** -2,31...-1,19

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 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,64*** -2,25...-1,02	-0,16 -1,60...1,29	0,01 -2,08...2,09
DID Jahr 2	-0,51 -1,13...0,10	-0,58 -2,03...0,86	0,20 -1,89...2,28
Gruppe	0,32 -0,12...0,75	3,10*** 2,07...4,13	3,42*** 1,93...4,91
Jahr 1	4,12*** 3,68...4,55	1,29* 0,27...2,32	3,17*** 1,69...4,64
Jahr 2	2,41*** 1,98...2,85	0,89 -0,14...1,91	0,61 -0,87...2,08
Indexgruppe 6 (F10)	-0,34 -0,68...0,01	-0,86* -1,67...-0,05	-0,04 -1,21...1,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40*** 0,86...1,94	-0,76 -2,04...0,51	-2,65** -4,49...-0,81
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,62*** 0,32...0,92	0,43 -0,27...1,14	-0,62 -1,63...0,40
Psy A ¹	0,13 -0,18...0,43	2,16*** 1,45...2,88	2,73*** 1,70...3,76
Psy B ²	-0,05 -0,42...0,33	5,17*** 4,28...6,05	6,86*** 5,59...8,14
Alter	-0,10 -0,37...0,17	-2,65*** -3,30...-2,01	-1,56** -2,49...-0,63
Geschlecht (m vs. w)	0,11 -0,15...0,38	-0,70* -1,33...-0,07	-0,53 -1,44...0,38
Komorbidität ³	-0,03 -0,09...0,03	0,34*** 0,19...0,48	2,38*** 2,17...2,59
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,11 -0,38...0,60	-0,60 -1,75...0,55	5,56*** 3,90...7,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,09 -0,17...0,35	-1,10*** -1,71...-0,49	-1,26** -2,14...-0,38

Referenzfall (KH vs. PIA)	2,02*** 1,74...2,30	2,08*** 1,42...2,75	1,18* 0,22...2,14
------------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,77** 0,63...0,94	0,72*** 0,60...0,85	0,79** 0,66...0,94
Indexgruppe 6 (F10)	0,54*** 0,40...0,72	0,46*** 0,37...0,59	0,46*** 0,36...0,57
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,61* 1,12...2,32	1,53** 1,11...2,12	1,89*** 1,36...2,63
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,32* 1,02...1,70	1,60*** 1,29...1,98	1,71*** 1,38...2,11
Psy A ¹	1,46** 1,15...1,86	1,52*** 1,24...1,86	1,60*** 1,31...1,96
Psy B ²	1,43** 1,11...1,85	1,61*** 1,27...2,03	1,56*** 1,22...1,99
Alter	0,79* 0,64...0,97	0,72*** 0,60...0,86	0,78** 0,65...0,94
Geschlecht (m vs. w)	1,32* 1,06...1,64	1,42*** 1,18...1,71	1,39*** 1,16...1,67
Komorbidität ³	0,97 0,92...1,02	0,96* 0,92...1,00	0,95* 0,91...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,48** 0,31...0,74	0,61** 0,43...0,86	0,81 0,59...1,12
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,33** 1,09...1,63	1,31** 1,10...1,56	1,45*** 1,21...1,73
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,78*** 1,37...2,31	1,99*** 1,56...2,55	2,31*** 1,76...3,02

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,86 0,56...1,32	0,89 0,62...1,27	0,90 0,60...1,35
Indexgruppe 6 (F10)	0,61 0,35...1,07	0,37*** 0,23...0,59	0,25*** 0,15...0,42
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,34 0,69...2,61	1,48 0,82...2,65	2,92** 1,43...5,99
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,14 0,67...1,94	0,90 0,57...1,41	1,14 0,70...1,87
Psy A ¹	1,49 0,88...2,52	1,16 0,75...1,79	0,96 0,59...1,55
Psy B ²	1,28 0,76...2,13	1,92** 1,20...3,05	2,42** 1,40...4,17
Alter	0,72 0,47...1,10	0,73 0,51...1,05	0,90 0,59...1,36
Geschlecht (m vs. w)	1,78* 1,12...2,84	1,54* 1,05...2,26	1,54* 1,01...2,37
Komorbidität ³	1,03 0,93...1,13	1,03 0,95...1,12	1,01 0,92...1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,40...1,68	0,37** 0,19...0,74	0,31** 0,14...0,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,40 0,93...2,12	1,57* 1,10...2,25	1,47 0,97...2,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05 0,64...1,72	1,41 0,93...2,15	1,76* 1,08...2,88

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)

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

Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,00 -0,14...0,14	-13,57** -22,31...-4,83
DID Jahr 2	-0,05 -0,19...0,10	-7,49 -16,23...1,25
Gruppe	-0,14** -0,24...-0,04	0,97 -5,26...7,21
Jahr 1	0,59*** 0,49...0,69	57,32*** 51,19...63,45
Jahr 2	-0,13* -0,23...-0,03	1,41 -4,72...7,54
Indexgruppe 6 (F10)	0,13** 0,05...0,21	-12,15*** -17,04...-7,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,24** 0,11...0,38	6,70 -1,77...15,16
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,00 -0,07...0,07	9,37*** 5,13...13,62
Psy A ¹	0,06 -0,01...0,13	7,67*** 3,44...11,91
Psy B ²	-0,02 -0,11...0,07	-5,60 -11,23...0,03
Alter	-0,03 -0,09...0,03	8,26*** 4,50...12,02
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,07...0,06	10,86*** 7,07...14,64
Komorbidität ³	0,05*** 0,03...0,07	-0,85 -1,95...0,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,18 -0,39...0,02	-9,53 -22,20...3,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,35*** -0,42...-0,29	-14,43*** -18,37...-10,49

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 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,05 -0,26...0,16
DID Jahr 2	-0,01 -0,22...0,20
Gruppe	0,06 -0,09...0,21
Jahr 1	0,77*** 0,63...0,92
Jahr 2	0,20** 0,06...0,35
Indexgruppe 6 (F10)	0,58*** 0,47...0,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,11 -0,07...0,30
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,12* 0,02...0,23
Psy A ¹	0,44*** 0,34...0,54
Psy B ²	0,76*** 0,64...0,89
Alter	1,24*** 1,15...1,33
Geschlecht (m vs. w)	0,08 -0,01...0,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,26*** 1,09...1,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,49*** 0,41...0,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,04 -0,13...0,06

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,99 0,72...1,36
Psy A ¹	0,58* 0,39...0,88
Psy B ²	0,91 0,55...1,52
Alter	4,29*** 2,60...7,08
Geschlecht (m vs. w)	0,71* 0,51...0,97
Komorbidität ³	1,24*** 1,18...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,72...1,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,75...1,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45*** 0,29...0,69

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,51*** 0,37...0,70	0,51** 0,34...0,75	0,94 0,79...1,12
Psy A ¹	1,05 0,76...1,46	1,30 0,87...1,94	0,69*** 0,56...0,85
Psy B ²	0,86 0,55...1,34	0,85 0,50...1,44	0,84 0,63...1,13
Alter	1,04 0,76...1,43	0,96 0,65...1,42	1,18 0,99...1,42
Geschlecht (m vs. w)	1,36 0,98...1,88	1,18 0,80...1,73	0,71*** 0,60...0,84
Komorbidität ³	1,05 0,98...1,13	1,05 0,96...1,14	0,99 0,94...1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,41...2,21	0,50 0,18...1,40	0,97 0,69...1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,95...1,74	1,40 0,96...2,06	0,99 0,84...1,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,84 0,62...1,15	0,95 0,65...1,39	0,55*** 0,45...0,68

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (2).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	551	559	527	506	501	554	559	533	529	511
durchschnittliche Kosten	2.957,01 €	2.806,59 €	3.227,96 €	3.693,96 €	3.084,08 €	2.497,27 €	2.592,65 €	2.683,47 €	3.257,07 €	2.535,03 €
Standardabweichung	7.150,67 €	6.539,98 €	9.749,16 €	14.742,43 €	9.054,15 €	5.215,58 €	5.648,63 €	7.328,42 €	16.883,73 €	6.885,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	337,06 €	324,11 €	314,24 €	278,09 €	256,87 €	281,77 €	282,03 €	261,20 €	265,00 €	246,83 €
Median	818,02 €	751,13 €	773,10 €	717,84 €	687,30 €	708,57 €	730,74 €	741,40 €	696,99 €	718,67 €
75%-Perzentil	2.304,01 €	2.381,54 €	2.394,13 €	2.112,49 €	2.385,86 €	2.274,28 €	2.212,44 €	2.841,18 €	2.242,59 €	2.440,00 €
Maximum	69.652,02 €	78.416,09 €	124.219,84 €	199.622,30 €	132.354,83 €	69.085,13 €	60.526,25 €	126.396,10 €	374.305,28 €	122.275,69 €

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	832	829	815	810	796	823	819	804	789	775
durchschnittliche Kosten	2.368,47 €	2.363,50 €	2.474,57 €	2.678,61 €	2.795,22 €	2.418,23 €	2.501,31 €	2.603,37 €	3.184,89 €	3.177,21 €
Standardabweichung	5.584,51 €	4.736,67 €	6.539,29 €	8.619,24 €	10.296,09 €	6.300,79 €	6.443,10 €	5.888,62 €	8.232,16 €	7.617,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	368,36 €	379,49 €	354,41 €	362,21 €	352,33 €	311,41 €	330,31 €	301,86 €	317,51 €	312,33 €
Median	816,00 €	893,41 €	758,99 €	856,23 €	885,79 €	762,75 €	810,01 €	812,15 €	899,42 €	844,90 €
75%-Perzentil	2.041,44 €	2.215,44 €	2.198,52 €	2.137,21 €	2.376,99 €	2.115,99 €	2.286,82 €	2.328,06 €	2.779,05 €	2.781,31 €
Maximum	96.652,70 €	76.760,17 €	88.313,18 €	180.817,47 €	250.493,87 €	118.757,33 €	120.886,73 €	70.367,81 €	127.598,85 €	100.351,47 €

Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	162	143	122	99	112	143	131	129	110	116
durchschnittliche Kosten	1.576,65 €	1.457,87 €	1.431,02 €	1.742,99 €	1.784,49 €	1.304,81 €	1.322,85 €	990,65 €	1.879,26 €	1.218,31 €
Standardabweichung	5.154,36 €	4.629,23 €	5.189,87 €	10.243,53 €	8.099,69 €	4.260,81 €	4.728,41 €	2.849,72 €	15.623,55 €	5.409,96 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	852,92 €	523,10 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	613,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.393,28 €	63.689,41 €	53.797,19 €	169.904,72 €	132.242,76 €	62.488,01 €	59.575,70 €	31.006,33 €	350.075,08 €	99.796,06 €

Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	172	171	168	161	163	192	174	188	189	171
durchschnittliche Kosten	962,86 €	1.041,73 €	1.147,49 €	1.184,81 €	1.330,31 €	1.305,25 €	1.250,50 €	1.341,67 €	1.469,88 €	1.547,07 €
Standardabweichung	3.169,42 €	3.222,13 €	5.130,02 €	6.938,72 €	9.189,78 €	5.671,80 €	5.790,54 €	4.991,97 €	6.113,29 €	5.791,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	41.825,08 €	41.454,45 €	84.230,54 €	178.825,96 €	239.257,43 €	115.796,81 €	120.854,73 €	69.664,83 €	124.917,87 €	98.601,39 €

Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	17,25 €	3,81 €	17,72 €	68,55 €	5,21 €	9,91 €	16,21 €	10,98 €	9,68 €	21,25 €
Standardabweichung	247,86 €	90,39 €	214,70 €	1.530,43 €	107,62 €	143,13 €	302,67 €	117,23 €	160,23 €	293,01 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.634,47 €	2.142,93 €	3.515,04 €	35.185,42 €	2.438,06 €	2.582,66 €	6.803,30 €	1.621,02 €	2.874,54 €	6.149,38 €

Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	15,11 €	13,18 €	12,02 €	1,87 €	17,09 €	12,88 €	17,50 €	2,97 €	19,62 €	11,46 €
Standardabweichung	207,89 €	172,36 €	159,35 €	53,51 €	240,61 €	170,10 €	200,53 €	49,91 €	228,72 €	134,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.633,67 €	2.933,08 €	2.995,58 €	1.531,35 €	5.098,26 €	2.854,34 €	2.928,47 €	1.005,17 €	4.060,66 €	2.287,53 €

Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	31	36	25	31	25	59	50	60	55	50
durchschnittliche Kosten	20,22 €	22,29 €	25,04 €	32,86 €	28,29 €	33,76 €	36,03 €	58,44 €	42,96 €	37,53 €
Standardabweichung	114,51 €	128,26 €	231,09 €	215,23 €	227,60 €	246,57 €	177,56 €	498,34 €	313,69 €	194,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.423,05 €	1.881,86 €	4.790,42 €	3.326,34 €	4.524,24 €	5.026,60 €	1.646,63 €	9.949,74 €	6.261,26 €	2.701,47 €

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	35	36	49	37	44	87	83	65	75	81
durchschnittliche Kosten	22,89 €	16,89 €	26,87 €	23,46 €	37,65 €	32,73 €	34,05 €	25,58 €	31,11 €	38,80 €
Standardabweichung	209,74 €	119,13 €	310,09 €	257,50 €	281,52 €	217,94 €	192,70 €	179,58 €	146,82 €	201,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.868,99 €	1.557,78 €	7.309,12 €	6.344,44 €	3.875,12 €	4.494,46 €	3.283,75 €	3.916,65 €	1.871,47 €	3.974,66 €

Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	546	559	524	506	497	552	558	532	527	510
durchschnittliche Kosten	493,51 €	476,26 €	499,97 €	471,06 €	441,48 €	491,98 €	491,71 €	507,24 €	529,71 €	467,68 €
Standardabweichung	426,49 €	424,92 €	498,08 €	443,14 €	418,71 €	437,44 €	484,67 €	516,07 €	814,27 €	553,68 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	211,09 €	189,82 €	197,87 €	176,03 €	160,68 €	207,84 €	177,26 €	170,08 €	171,87 €	146,36 €
Median	396,20 €	365,53 €	370,16 €	343,29 €	331,80 €	364,84 €	360,31 €	355,00 €	360,79 €	327,94 €
75%-Perzentil	652,68 €	617,66 €	654,03 €	661,06 €	586,61 €	643,42 €	641,62 €	635,66 €	667,27 €	614,27 €
Maximum	4.345,50 €	3.415,08 €	5.013,20 €	4.522,02 €	3.483,26 €	3.786,57 €	4.173,21 €	3.269,30 €	15.559,43 €	7.528,30 €

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	828	827	814	810	796	820	817	800	785	770
durchschnittliche Kosten	491,63 €	507,60 €	496,06 €	501,15 €	494,46 €	493,58 €	490,03 €	502,97 €	545,08 €	509,15 €
Standardabweichung	394,03 €	408,10 €	393,90 €	394,13 €	413,27 €	434,02 €	421,19 €	464,55 €	560,50 €	482,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	235,63 €	231,29 €	227,43 €	220,02 €	197,35 €	217,05 €	205,94 €	182,34 €	190,49 €	175,82 €
Median	403,14 €	415,09 €	399,53 €	400,02 €	396,61 €	374,73 €	381,86 €	369,33 €	390,55 €	371,43 €
75%-Perzentil	627,80 €	655,01 €	655,56 €	668,99 €	689,42 €	621,78 €	657,00 €	701,07 €	737,82 €	675,34 €
Maximum	4.284,54 €	3.371,66 €	2.611,77 €	2.934,29 €	2.854,69 €	4.379,08 €	3.457,07 €	3.403,65 €	7.274,44 €	3.476,39 €

Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	479	492	471	450	447	472	469	449	438	441
durchschnittliche Kosten	752,94 €	750,59 €	1.165,35 €	1.270,59 €	775,10 €	564,54 €	612,88 €	979,02 €	683,28 €	714,28 €
Standardabweichung	3.505,72 €	4.270,94 €	7.449,96 €	7.017,97 €	3.380,04 €	1.858,30 €	2.207,68 €	6.377,76 €	2.479,21 €	2.498,58 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,35 €	40,82 €	36,02 €	26,95 €	30,98 €	21,40 €	14,83 €	16,60 €	18,14 €	22,77 €
Median	140,33 €	122,61 €	133,07 €	123,64 €	120,98 €	96,99 €	89,93 €	94,60 €	100,97 €	108,89 €
75%-Perzentil	428,95 €	370,93 €	435,68 €	421,13 €	545,10 €	392,70 €	387,70 €	389,52 €	390,27 €	432,28 €
Maximum	53.329,26 €	76.672,41 €	123.039,00 €	94.552,54 €	63.117,07 €	25.778,01 €	25.137,12 €	120.136,05 €	34.015,08 €	30.841,53 €

Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	724	723	728	722	716	679	693	680	688	684
durchschnittliche Kosten	765,20 €	658,79 €	689,27 €	848,86 €	785,81 €	495,36 €	600,62 €	629,00 €	980,33 €	938,19 €
Standardabweichung	3.827,46 €	2.880,79 €	3.522,67 €	4.613,71 €	3.299,47 €	1.202,97 €	1.708,24 €	1.869,66 €	4.522,87 €	4.120,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	36,85 €	41,69 €	42,43 €	45,05 €	48,13 €	18,44 €	26,66 €	30,60 €	36,40 €	39,57 €
Median	164,30 €	181,92 €	166,21 €	179,73 €	175,17 €	116,13 €	134,36 €	131,02 €	169,20 €	173,59 €
75%-Perzentil	522,44 €	536,22 €	501,45 €	571,41 €	600,89 €	445,22 €	459,21 €	495,65 €	590,27 €	631,77 €
Maximum	88.190,43 €	74.008,09 €	84.084,91 €	109.464,11 €	83.178,41 €	15.450,00 €	22.553,23 €	30.300,41 €	67.476,24 €	78.197,94 €

Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	562	562	546	529	519	567	567	549	544	532
N mit Fall	142	116	116	124	88	138	123	121	129	83
durchschnittliche Kosten	96,44 €	95,77 €	88,86 €	107,90 €	49,51 €	92,28 €	112,97 €	137,13 €	112,17 €	75,98 €
Standardabweichung	327,48 €	360,20 €	324,05 €	380,88 €	171,63 €	470,89 €	487,28 €	667,94 €	455,21 €	311,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	34,71 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.710,57 €	4.657,56 €	3.350,67 €	3.311,17 €	2.105,00 €	9.714,08 €	7.440,94 €	10.978,63 €	4.686,85 €	3.097,26 €

Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	837	837	828	819	808	831	831	819	805	791
N mit Fall	213	224	176	213	205	177	222	167	199	184
durchschnittliche Kosten	110,79 €	125,32 €	102,85 €	118,45 €	129,89 €	78,43 €	108,60 €	101,18 €	138,89 €	132,53 €
Standardabweichung	368,42 €	401,08 €	397,20 €	428,59 €	462,08 €	262,75 €	356,09 €	419,09 €	585,91 €	627,78 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	35,90 €	89,88 €	0,00 €	61,93 €	16,46 €	0,00 €	69,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.140,01 €	4.237,06 €	4.725,22 €	6.220,47 €	5.815,83 €	2.913,00 €	4.503,00 €	6.377,16 €	10.806,67 €	13.044,48 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	2.104	2.112	2.089	2.105
durchschnittliche Kosten	2.663,26 €	2.892,10 €	2.629,14 €	3.110,49 €
Standardabweichung	6.759,88 €	7.982,69 €	6.123,54 €	9.402,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	295,22 €	275,35 €	276,49 €	262,22 €
Median	797,31 €	690,24 €	764,14 €	724,49 €
75%-Perzentil	2.225,81 €	2.282,69 €	2.315,01 €	2.496,13 €
Maximum	135.182,87 €	118.968,77 €	111.304,00 €	169.132,73 €

Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	576	540	579	542
durchschnittliche Kosten	1.339,36 €	1.452,46 €	1.408,11 €	1.683,09 €
Standardabweichung	4.285,21 €	4.896,71 €	5.086,65 €	7.366,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	725,03 €	450,00 €	734,87 €	592,58 €
Maximum	67.083,00 €	79.346,02 €	111.176,70 €	167.799,32 €

Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	<10	12	17	13
durchschnittliche Kosten	11,29 €	55,56 €	30,80 €	39,75 €
Standardabweichung	192,99 €	2.053,21 €	746,52 €	1.081,28 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.023,71 €	94.845,82 €	32.368,58 €	43.819,23 €

Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	117	138	210	202
durchschnittliche Kosten	20,66 €	24,43 €	28,82 €	47,66 €
Standardabweichung	145,49 €	197,13 €	171,82 €	318,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.058,52 €	5.842,45 €	5.026,60 €	9.204,10 €

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	2.093	2.105	2.072	2.094
durchschnittliche Kosten	501,74 €	464,18 €	522,65 €	501,37 €
Standardabweichung	517,10 €	462,08 €	613,81 €	594,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	184,13 €	170,43 €	185,53 €	168,28 €
Median	380,18 €	335,05 €	361,03 €	355,01 €
75%-Perzentil	660,38 €	618,37 €	668,94 €	648,53 €
Maximum	11.087,15 €	6.289,95 €	11.512,51 €	14.346,02 €

Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	1.808	1.824	1.792	1.757
durchschnittliche Kosten	709,57 €	821,46 €	557,58 €	752,86 €
Standardabweichung	4.490,27 €	5.222,07 €	1.927,36 €	3.900,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,26 €	29,19 €	23,33 €	16,28 €
Median	121,70 €	118,02 €	96,84 €	96,22 €
75%-Perzentil	401,29 €	371,77 €	355,23 €	361,89 €
Maximum	133.647,95 €	116.081,37 €	26.017,08 €	102.119,77 €

Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.149	2.149	2.149	2.149
N mit Fall	479	438	502	446
durchschnittliche Kosten	80,64 €	74,01 €	81,18 €	85,75 €
Standardabweichung	279,01 €	271,89 €	327,71 €	353,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.698,50 €	4.657,56 €	9.714,08 €	7.440,94 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	1.592	1.603	1.524	1.572	1.587	1.517
durchschnittliche Kosten	2.704,11 €	3.118,08 €	3.063,53 €	2.548,64 €	3.016,38 €	2.792,67 €
Standardabweichung	7.018,82 €	8.748,86 €	9.456,62 €	5.607,74 €	9.360,76 €	10.682,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	306,77 €	297,33 €	275,85 €	270,43 €	270,55 €	234,77 €
Median	816,11 €	732,67 €	715,58 €	759,31 €	755,71 €	683,80 €
75%-Perzentil	2.230,13 €	2.426,40 €	2.329,36 €	2.285,99 €	2.379,49 €	2.241,91 €
Maximum	135.182,87 €	118.968,77 €	174.852,09 €	88.009,61 €	169.132,73 €	334.608,48 €

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	449	419	355	436	402	344
durchschnittliche Kosten	1.358,22 €	1.522,80 €	1.424,13 €	1.350,36 €	1.659,02 €	1.324,14 €
Standardabweichung	4.251,81 €	5.156,10 €	6.223,94 €	4.407,54 €	7.760,15 €	8.671,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	750,16 €	670,40 €	0,00 €	725,43 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.393,28 €	79.346,02 €	166.978,32 €	69.984,10 €	167.799,32 €	303.794,52 €

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	<10	<10	10	11	10	16
durchschnittliche Kosten	12,34 €	68,49 €	15,45 €	33,05 €	38,02 €	42,97 €
Standardabweichung	209,32 €	2.359,72 €	220,03 €	849,15 €	1.111,33 €	1.139,74 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.023,71 €	94.845,82 €	5.676,60 €	32.368,58 €	43.819,23 €	44.753,41 €

Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	87	108	90	154	142	149
durchschnittliche Kosten	18,53 €	25,63 €	26,01 €	28,00 €	37,30 €	41,74 €
Standardabweichung	131,12 €	216,32 €	191,70 €	176,80 €	235,74 €	323,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.058,52 €	5.842,45 €	4.790,42 €	5.026,60 €	4.781,75 €	9.949,74 €

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	1.585	1.601	1.513	1.563	1.579	1.507
durchschnittliche Kosten	501,67 €	489,15 €	484,65 €	511,57 €	495,81 €	476,00 €
Standardabweichung	526,77 €	475,84 €	518,43 €	615,14 €	479,42 €	494,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	196,75 €	188,65 €	170,36 €	182,85 €	170,74 €	149,15 €
Median	382,02 €	355,43 €	354,38 €	362,66 €	373,35 €	335,92 €
75%-Perzentil	657,93 €	648,92 €	647,66 €	652,75 €	658,96 €	629,11 €
Maximum	11.087,15 €	6.289,95 €	8.758,17 €	11.512,51 €	4.173,21 €	5.854,46 €

Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	1.374	1.398	1.351	1.338	1.322	1.275
durchschnittliche Kosten	733,73 €	928,46 €	1.028,68 €	545,94 €	688,74 €	812,96 €
Standardabweichung	4.853,31 €	5.943,76 €	6.381,33 €	1.900,34 €	3.263,93 €	4.435,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	29,18 €	33,15 €	32,29 €	20,98 €	16,05 €	16,67 €
Median	124,77 €	121,90 €	122,27 €	96,14 €	97,85 €	93,31 €
75%-Perzentil	401,43 €	396,27 €	427,60 €	356,12 €	353,30 €	385,18 €
Maximum	133.647,95 €	116.081,37 €	123.039,00 €	26.017,08 €	69.993,30 €	120.136,05 €

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.624	1.624	1.578	1.616	1.616	1.574
N mit Fall	367	360	338	379	364	341
durchschnittliche Kosten	79,61 €	83,57 €	84,60 €	79,72 €	97,49 €	94,86 €
Standardabweichung	270,00 €	293,37 €	310,76 €	347,84 €	385,16 €	452,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.710,57 €	4.657,56 €	3.651,80 €	9.714,08 €	7.440,94 €	10.978,63 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	1.097	1.109	1.051	1.021	1.090	1.097	1.048	1.032
durchschnittliche Kosten	2.723,90 €	3.222,59 €	3.172,76 €	2.957,26 €	2.515,58 €	2.759,95 €	2.590,04 €	2.936,59 €
Standardabweichung	6.363,01 €	9.028,81 €	9.970,11 €	11.784,85 €	5.412,80 €	8.127,19 €	6.932,93 €	12.736,58 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	333,53 €	319,92 €	303,03 €	260,78 €	278,72 €	283,73 €	263,72 €	236,89 €
Median	836,56 €	766,11 €	795,76 €	687,39 €	777,11 €	762,57 €	723,19 €	654,23 €
75%-Perzentil	2.214,58 €	2.548,26 €	2.562,01 €	1.957,94 €	2.288,17 €	2.318,18 €	2.293,19 €	2.254,40 €
Maximum	69.652,02 €	118.968,77 €	174.852,09 €	199.622,30 €	72.575,79 €	169.132,73 €	126.396,10 €	374.305,28 €

Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	904	902	884	881	900	897	881	862
durchschnittliche Kosten	2.390,96 €	2.325,12 €	2.427,82 €	2.632,63 €	2.393,99 €	2.422,89 €	2.670,59 €	3.179,59 €
Standardabweichung	5.701,28 €	4.618,03 €	6.347,34 €	8.349,77 €	6.172,10 €	6.228,07 €	6.042,66 €	8.254,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	364,27 €	365,84 €	339,00 €	352,45 €	295,21 €	329,66 €	294,10 €	308,24 €
Median	810,60 €	880,55 €	758,99 €	849,89 €	757,78 €	789,35 €	817,26 €	862,86 €
75%-Perzentil	2.041,23 €	2.214,32 €	2.175,17 €	2.114,83 €	2.085,81 €	2.205,91 €	2.331,25 €	2.738,10 €
Maximum	96.652,70 €	76.760,17 €	88.313,18 €	180.817,47 €	118.757,33 €	120.886,73 €	70.367,81 €	127.598,85 €

Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	307	299	256	195	304	269	242	215
durchschnittliche Kosten	1.428,98 €	1.598,49 €	1.475,17 €	1.464,98 €	1.343,11 €	1.528,74 €	1.104,96 €	1.548,17 €
Standardabweichung	4.602,82 €	5.229,98 €	6.820,13 €	8.848,17 €	4.536,19 €	7.471,76 €	4.134,94 €	11.449,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	750,61 €	702,76 €	0,00 €	0,00 €	716,93 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.393,28 €	79.346,02 €	166.978,32 €	169.904,72 €	69.984,10 €	167.799,32 €	69.808,54 €	350.075,08 €

Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	185	188	180	180	208	187	205	202
durchschnittliche Kosten	1.011,93 €	1.025,06 €	1.119,29 €	1.180,81 €	1.251,50 €	1.169,48 €	1.397,76 €	1.433,13 €
Standardabweichung	3.470,34 €	3.138,37 €	4.958,31 €	6.716,47 €	5.460,30 €	5.547,66 €	5.158,94 €	6.000,57 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	45.489,18 €	41.454,45 €	84.230,54 €	178.825,96 €	115.796,81 €	120.854,73 €	69.664,83 €	124.917,87 €

Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	11	<10
durchschnittliche Kosten	10,91 €	89,47 €	16,76 €	35,12 €	7,96 €	13,94 €	15,56 €	7,45 €
Standardabweichung	191,05 €	2.836,96 €	201,25 €	1.080,39 €	125,76 €	257,50 €	170,71 €	127,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.634,47 €	94.845,82 €	3.515,04 €	35.185,42 €	2.582,66 €	6.803,30 €	2.509,76 €	2.874,54 €

Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	16,95 €	12,11 €	16,22 €	1,72 €	11,77 €	16,00 €	2,71 €	17,93 €
Standardabweichung	213,80 €	165,24 €	217,31 €	51,30 €	162,67 €	191,79 €	47,69 €	218,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.633,67 €	2.933,08 €	4.644,32 €	1.531,35 €	2.854,34 €	2.928,47 €	1.005,17 €	4.060,66 €

Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	64	78	60	49	102	93	104	102
durchschnittliche Kosten	22,05 €	24,96 €	24,91 €	20,54 €	25,93 €	30,28 €	43,46 €	36,53 €
Standardabweichung	151,74 €	208,33 €	200,22 €	156,84 €	186,23 €	169,37 €	371,69 €	252,15 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.058,52 €	5.842,45 €	4.790,42 €	3.326,34 €	5.026,60 €	2.800,03 €	9.949,74 €	6.261,26 €

Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	39	41	53	41	90	89	71	79
durchschnittliche Kosten	21,61 €	18,03 €	25,58 €	22,78 €	31,78 €	35,43 €	26,46 €	32,07 €
Standardabweichung	201,28 €	121,06 €	297,77 €	247,82 €	212,76 €	194,22 €	178,84 €	164,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.868,99 €	1.557,78 €	7.309,12 €	6.344,44 €	4.494,46 €	3.283,75 €	3.916,65 €	2.526,19 €

Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	1.091	1.109	1.045	1.016	1.085	1.095	1.044	1.027
durchschnittliche Kosten	513,38 €	499,94 €	508,26 €	459,00 €	511,78 €	490,61 €	494,52 €	504,88 €
Standardabweichung	557,02 €	489,88 €	551,57 €	459,78 €	579,55 €	476,45 €	511,90 €	690,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	204,80 €	196,62 €	197,52 €	169,65 €	191,70 €	172,99 €	163,69 €	154,87 €
Median	396,77 €	368,79 €	371,43 €	330,62 €	360,75 €	369,91 €	352,70 €	338,78 €
75%-Perzentil	669,33 €	654,79 €	665,12 €	645,68 €	655,08 €	648,53 €	637,50 €	633,86 €
Maximum	11.087,15 €	6.289,95 €	8.758,17 €	6.570,85 €	8.603,42 €	4.173,21 €	5.854,46 €	15.559,43 €

Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	900	900	883	881	897	895	877	856
durchschnittliche Kosten	486,26 €	502,77 €	494,16 €	494,67 €	499,15 €	491,94 €	509,41 €	539,90 €
Standardabweichung	394,09 €	406,02 €	395,04 €	392,04 €	448,97 €	427,51 €	483,01 €	554,71 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	228,18 €	226,45 €	222,01 €	214,53 €	213,38 €	203,20 €	178,37 €	180,62 €
Median	397,17 €	412,30 €	398,55 €	393,90 €	374,73 €	376,64 €	371,57 €	380,45 €
75%-Perzentil	623,69 €	655,92 €	665,86 €	664,66 €	639,76 €	659,91 €	706,55 €	737,23 €
Maximum	4.284,54 €	3.371,66 €	2.611,77 €	2.934,29 €	4.379,08 €	3.457,07 €	3.403,65 €	7.274,44 €

Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	958	972	940	897	928	921	881	862
durchschnittliche Kosten	665,24 €	923,20 €	1.047,29 €	890,90 €	542,92 €	598,83 €	816,65 €	754,02 €
Standardabweichung	3.168,46 €	5.858,87 €	6.424,33 €	5.079,27 €	1.821,19 €	2.177,63 €	4.922,44 €	3.347,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,97 €	37,85 €	35,22 €	27,04 €	20,77 €	15,87 €	17,24 €	18,18 €
Median	135,35 €	126,21 €	127,29 €	123,88 €	97,81 €	102,10 €	93,14 €	98,80 €
75%-Perzentil	406,58 €	373,29 €	428,60 €	412,90 €	381,09 €	375,76 €	387,89 €	389,74 €
Maximum	57.719,77 €	116.081,37 €	123.039,00 €	94.552,54 €	26.017,08 €	33.498,29 €	120.136,05 €	59.963,68 €

Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	788	788	788	783	739	760	742	753
durchschnittliche Kosten	737,42 €	640,60 €	668,47 €	816,71 €	522,24 €	605,92 €	635,82 €	1.025,73 €
Standardabweichung	3.677,81 €	2.774,62 €	3.389,38 €	4.434,12 €	1.498,06 €	1.778,33 €	1.961,54 €	4.751,90 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	36,43 €	41,59 €	40,57 €	44,45 €	16,01 €	26,47 €	29,18 €	35,85 €
Median	160,23 €	171,97 €	163,64 €	175,62 €	111,83 €	130,85 €	127,74 €	165,26 €
75%-Perzentil	516,00 €	521,45 €	495,66 €	564,46 €	446,95 €	455,75 €	494,41 €	592,91 €
Maximum	88.190,43 €	74.008,09 €	84.084,91 €	109.464,11 €	25.090,62 €	22.553,23 €	30.300,41 €	67.476,24 €

Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.119	1.119	1.086	1.062	1.117	1.117	1.088	1.070
N mit Fall	263	243	254	208	268	250	259	215
durchschnittliche Kosten	83,33 €	86,53 €	100,35 €	86,70 €	83,89 €	97,56 €	114,89 €	85,53 €
Standardabweichung	281,11 €	312,74 €	341,68 €	344,06 €	378,81 €	405,44 €	527,13 €	358,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.710,57 €	4.657,56 €	3.597,65 €	5.137,64 €	9.714,08 €	7.440,94 €	10.978,63 €	4.686,85 €

Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	911	911	900	891	909	909	897	881
N mit Fall	228	239	187	225	191	232	182	209
durchschnittliche Kosten	116,79 €	126,54 €	104,10 €	115,95 €	77,54 €	104,12 €	98,43 €	130,83 €
Standardabweichung	483,83 €	447,03 €	431,74 €	438,90 €	263,04 €	348,03 €	407,43 €	564,16 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	7,35 €	88,20 €	0,00 €	35,06 €	0,00 €	53,40 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	9.977,99 €	6.855,68 €	6.117,04 €	6.220,47 €	2.913,00 €	4.503,00 €	6.377,16 €	10.806,67 €

14.4.5 Zusatztabelle

Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017		
	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	40	400	0,007	54	333	0,000	28	425	0,670	40	409	0,009	28	396	0,458
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	31	357	0,154	32	336	0,025	50	379	0,000	37	288	0,000	20	238	0,370
vs+PIA	171	3.765	0,007	138	3.513	0,000	161	3.299	0,033	152	3.219	0,005	166	3.123	0,359
vs+HT															
TK+PIA	64	1.138	0,857	76	998	0,037	59	1.167	0,479	93	1.453	0,650	70	1.440	0,355
TK+HT															
HT+PIA															
vs	682	10.985	0,154	692	9.760	0,000	660	9.016	0,000	660	8.738	0,000	595	7.216	0,000
TK	67	820	0,038	69	769	0,003	92	775	0,000	94	826	0,000	59	656	0,016
PIA	943	16.980	0,154	974	18.649	0,000	962	18.771	0,000	995	19.196	0,000	1.033	19.789	0,000
HT															
Gesamtergebnis	1.998	34.445	0,000	2.035	34.358	0,000	2.012	33.832	0,000	2.071	34.129	0,000	1.971	32.858	0,000

Tabelle 255: Mittlere Fallverweildauer in Allg. Psychiatrie und Psychosomatik (jeweils vollstationär) je Jahr und häufigsten Diagnosegruppen

			Jahr				mittlere VWD 2013 - 2016	Gesamtzahl Behandlungsfälle
			2013	2014	2015	2016		
mittlere VWD Modellklinik			16	17	18	20	18	6.050
Behandelnde Fachabteilung	Allg. Psychiatrie (FAB 2900)	mittlere VWD FAB 2900	16	17	15	17	16	5.526
		F0	7	10	15	12	10	123
		F1	9	11	12	14	11	2.823
		F2	20	21	23	25	22	599
		F3	28	27	19	20	24	1.355
		F4	22	19	13	14	18	470
		F6	12	17	12	8	12	156
	Psychosomatik (FAB 3100)	mittlere VWD FAB 3100			37	41	39	524
		F1			78	22	33	6
		F2			33	47	43	22
		F3			36	40	38	411
		F4			36	43	40	72
		F5			45	45	45	13
		F6						
mittlere VWD Kontrollkliniken			25	24	24	27	25	94.751
Behandelnde Fachabteilung	Allg. Psychiatrie (FAB 2900)	mittlere VWD FAB 2900	25	24	24	27	25	93.272
		F0	24	23	22	27	24	3.134
		F1	11	11	12	14	12	29.352
		F2	34	33	32	37	34	17.686
		F3	34	32	33	34	33	30.393
		F4	23	21	21	25	22	6.195
		F6	22	22	24	25	23	6.512
	Psychosomatik (FAB 3100)	mittlere VWD FAB 3100	49	41	34	42	41	1.479
		F1			10		10	3
		F2	71	39	15	37	40	21
		F3	51	42	37	41	43	946
		F4	44	39	32	42	39	334
		F5						
		F6	45	36	27	48	39	175

(Die Zahl der Behandlungsfälle ist nicht gleich auf die einzelnen Jahre verteilt. Waren es in der Modellklinik 2013 noch 1.233 Behandlungsfälle, so sank die Zahl auf 1.033 Fälle im Jahr 2016. In den Kontrollkliniken war ein Absinken von 22.938 Fällen auf 17.166 Fälle zu verzeichnen.)

14.4.6 Zusatzabbildung Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)

