Abschlussbericht

imland Klinik Rendsburg GmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 16.04.2020

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**, B.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 Arnold[1], Dr. rer. pol. Franziska Claus, M.Sc.[2], Dipl.-Math. Nils Kossack[2], Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.[1], Dr. rer. medic. Thomas Petzold[1], Dipl.-Volksw. Ines Weinhold[2], Dr. med. Jessika Weiß[3].

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

[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung 21
2. Hintergrund 32
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes 32
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten 32
5. Methoden 34
6. Aufbereitung der Sekundärdaten 35
6.1 Patientenmatching 37
7. Darstellung Modellvorhaben imland Klinik Rendsburg GmbH 40
8. Ergebnisse: Effektivität 42
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe 43
8.2 Ergebnisse Outcomes 50
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer 52
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 52
U1 56
U2 68
U3 73
U4 80
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen 91
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 91
U1 93
U2 105
U3 109
U4 115
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik 124
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 124
U1 126
U2 146
U3 153
U4 161
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 281
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung 291
9.1 Patientenmix 291
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 291
U1 294
U2 297
U3 299
U4 300
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 stationsersetzender psychiatrischer Leistungen 333
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 333
U1 333
U2 335
U3 336
U4 337

10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen 338
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 338
U1 340
U2 344
U3 345
U4 347
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen 349
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 349
U1 351
U2 355
U3 356
U4 358
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 360
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 360
U1 361
U2 364
U3 365
U4 366
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung 368
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 368
U1 370
U2 374
U3 375
U4 377
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung 379
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 379
U1 381
U2 385
U3 386
U4 388
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung 390
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 390

U1 391
U2 394
U3 395
U4 396
11. Ergebnisse: Effizienz 398
U2 400
U4 401
12. Diskussion 403
12.1 Hauptergebnisse 403
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) 421
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch) 425
13. Literatur 427
14. Anhang 430
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4 430
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose 441
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität 450
14.4 Ergebnisse Kosten 501
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) 501
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2) 507
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3) 509
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) 512
14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix 518
14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten 519

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 <u>unabhängiger Variablen</u> (UV). Sie betrachten die Wirkung der UV isoliert, d.h. unter Nichtbeachtung von anderen UVs. Dabei liefert der <u>Gruppenhaupteffekt</u> Informationen über Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe kumuliert über <u>alle</u> 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 Dreistelller (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 ausschließlichem 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 Streuungsbreite, 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
BPflV	- 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) ... 59
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U2) ... 69
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3) ... 75
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4) ... 83
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) ... 96
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2) ... 106
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) ... 111
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) ... 118
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1) ... 139
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2) ... 150
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3) ... 157
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) ... 286
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten ... 295
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten ... 296
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten ... 298
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten ... 299
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten ... 301
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten ... 302
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten ... 313
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten ... 314
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten ... 317
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten ... 318

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 320
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten 321
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 324
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 325
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 328
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 329
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 331
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 332
Abbildung 54: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 333
Abbildung 55: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 334
Abbildung 56: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 335
Abbildung 57: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 336
Abbildung 58: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 337
Abbildung 59: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 337
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 340
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 341
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 344
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 345
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 347
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 348
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 351
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten..... 352
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten 355
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 356
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 358
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten..... 359
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 361
Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 362
Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 364
Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 365
Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 366
Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten 367
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 370
Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 371
Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 374
Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 375
Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten..... 377
Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten..... 378
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 381
Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 382
Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 385
Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 386
Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten..... 388
Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten..... 389
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 391
Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 392
Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 394
Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 395

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 396
Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten 397
Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tag, U2 und U4..... 402
Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage..... 519

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching 38
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken 38
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching 39
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1 44
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1 46
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) 56
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) 67
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2) 68
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) 73
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) 79
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4) 80
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) 93
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) 104
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2) 105
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) 109
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) 114
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) 115
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1) 126
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) 145
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2) 146
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung,(U3) 153
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) 160
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4) 161
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) 281
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2) 282
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2) 283
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2) 285
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) 290
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten 294
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten 295
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten 297
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten 299
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten 300
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten 301
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 304
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 305
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten 306
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten 306
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 307
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 308
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten 309
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten 309
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 313
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 314
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 315
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 316
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 317
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 318
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 319
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 320

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 321
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 324
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 325
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 326
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 327
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 328
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 329
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 330
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 331
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 332
Tabelle 95: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 333
Tabelle 96: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 334
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 335
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 335
Tabelle 99: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 335
Tabelle 100: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 336
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 336
Tabelle 102: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten..... 337
Tabelle 103: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten..... 337
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 340
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 341
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 342
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 343
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 344
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 345
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 346
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 347
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten..... 348
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 351
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten 352
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 353
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten..... 354
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten 355
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 356
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 357
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 358
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten 359
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 361
Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ... 362
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 363
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 363
Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 364

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 365
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 365
Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 366
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ... 367
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 370
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 371
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 372
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 373
Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 374
Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 375
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 376
Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 377
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 378
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 381
Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 382
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 383
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 384
Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 385
Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 386
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 387
Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 388
Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 389
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 391
Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 392
Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ... 393
Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 393
Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 394
Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 395
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ... 395
Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 396
Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten..... 397
Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten 400
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten 400
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung..... 401
Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung 401
Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2 430
Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2 430

Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3 ... 433
Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3 ... 433
Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4 ... 436
Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4 ... 437
Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) ... 441
Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) ... 445
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1) ... 451
Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1) ... 453
Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1) ... 455
Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1) ... 457
Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1 ... 459
Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2 ... 460
Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3 ... 461
Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4 ... 462
Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1 ... 463
Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2 ... 464
Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3 ... 465
Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4 ... 466
Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1) ... 467
Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1) ... 467
Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1) ... 468
Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1) ... 469
Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1) ... 470
Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1) ... 472
Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1) ... 474
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1) ... 474
Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1) ... 475
Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1) ... 477
Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1) ... 479
Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1) ... 480
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1) ... 481
Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1) ... 482
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1) ... 483
Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2) ... 484
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2) ... 485
Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2) ... 486
Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3) ... 487
Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3) ... 489
Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1 ... 491
Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2 ... 492
Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3) ... 493
Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3) ... 494
Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3) ... 495
Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3) ... 496
Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3) ... 497
Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3) ... 498
Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3) ... 499
Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3) ... 500

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 501
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 501
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 502
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 502
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 503
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 503
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 504
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten..... 504
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 504
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 504
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 505
Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 505
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 505
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 506
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 507
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 507
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 507
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 507
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 508
Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 508
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 508
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 509
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 509
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 509
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 509
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 510
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 510
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 511
Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten 512
Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 512
Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 513
Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten..... 513
Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 514
Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 514
Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten 515
Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten..... 515
Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten..... 515
Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten..... 515
Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 516
Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 516
Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 516
Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 517
Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting..... 518

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

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

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

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

c) sorgen für eine schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen, für die Entwicklung von psychischen und somatischen Komorbiditäten, für Erkrankungsprogression und für eine erhöhte Mortalität.

d) erhöhen die Leitlinienadhärenz insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).

e) stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.

f) führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.

g) führen zur Herstellung von Leistungstransparenz durch eine patientenbezogene Abrechnung.

h) führen zu einer Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.

i) führen 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.

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 imland Klinik Rendsburg GmbH. 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 imland Klinik Rendsburg GmbH mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach §64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu vier Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet.

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

(F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und 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, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der bis zu zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

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

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

dreijähriger Nachbeobachtungszeit dar. Es fanden deskriptive Beschreibungen von U1 bis U4 und zusätzlich Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 statt. Bei den Difference-in-Difference-Modellierungen können Signifikanzaussagen abgeleitet werden.

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

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

Das Ziel der gesundheitsökonomischen Analyse bestand zum einen in der Darstellung von Unterschieden in den psychiatrischen Versorgungskosten aus Krankenkassenperspektive, wobei sowohl die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten als auch die Kosten für die psychiatrische Versorgung in den verschiedenen Sektoren differenziert berücksichtigt wurden. Wesentliche Einflussfaktoren auf die psychiatrischen Versorgungskosten wurden im Rahmen einer Regressionsanalyse identifiziert. Des Weiteren wurden die nach Sektor differenzierten somatischen Versorgungskosten analysiert. Zum anderen wurde die Kosten-Effektivität hinsichtlich der primären Outcomeparameter - vollstationäre Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeitsdauer - im Vergleich zur Regelversorgung untersucht. Für die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) wurden zunächst die Differenzen in den psychiatrischen Versorgungkosten 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 imland Klinik Rendsburg GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 3.062 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG (siehe Kapitel 6.1 und 8.1) zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Effektivität

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 52 ff.) war in der IG bei den klinikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall größer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Dies widerspricht der oben gestellten Hypothese einer Verringerung der Anzahl vollstationärer Aufenthalte. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zwischen IG und KG vergleichbar. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** bei den klinikneuen Patienten stieg in allen Untersuchungen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stärker als in der KG. Diese Effekte waren bei U1 und U3 statistisch signifikant. Auch in den weiteren Jahren (U1, U3 und U4) waren die Anteile in der IG größer als in der KG. Diese höheren Anteile waren auch bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) waren hier im Modellvorhaben höhere teilstationäre Anteile im Vergleich zur Regelversorgung zu beobachten. Dieser Unterschied blieb jeweils über die Zeit bestehen und vergrößerte sich sogar weiter.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer Patienten war in allen untersuchten Kohorten (U1 bis U4) in allen Zeitintervallen in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Der zeitliche Verlauf mit niedrigen Ausgangsniveaus, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Rückgang im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall war für alle untersuchten Kohorten und in beiden Gruppen ersichtlich. Der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG stets geringer als in der KG. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) statistisch signifikant. Da bereits im Präzeitraum (Jahr vor Referenzfall) die Anzahl vollstationärer Tage in der IG in jeder Untersuchung leicht geringer als in der KG war, waren mutmaßlich die geringeren vollstationäre Tage in den Jahren nach Referenzfall in U1 nicht statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine geringere Anzahl vollstationärer Tage in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben imland Klinik Rendsburg GmbH hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Die weiteren Jahre verliefen in der Höhe der vollstationären Tage klinikbekannter Patienten parallel mit stets geringeren vollstationären Tagen in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der Regelversorgung. Dies war in allen

Kohorten für alle Zeitintervalle ab dem Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Die Jahre vor Referenzfall (Präzeitraum) waren jedoch, im Gegensatz zu den vollstationären Tagen, zwischen IG und KG vergleichbar. Der größere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U1 und U3 statistisch signifikant. Dieser Unterschied war in U1 im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen statistisch signifikant. Hier schienen die, wie oben beschrieben, weniger vollstationären Behandlungstage durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen worden zu sein. Die klinikbekannten Patienten der IG starteten trotz Vorläufervertrag auf einem zwischen IG und KG vergleichbaren Niveau, stiegen aber in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker an als in der KG. Dieser stärkere Anstieg war in U1 statistisch signifikant. Die höhere Anzahl teilstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG blieb in den folgenden Jahren bestehen.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 91 ff.) ist zu erkennen, dass die PIA bei den klinikneuen Patienten in der Modellklinik geringer in Anspruch genommen wurde im Vergleich zur Regelversorgung. Dies traf für alle untersuchten Kohorten in allen Zeitintervallen zu und war bei allen inferenzstatistischen Berechnungen in der Modellklinik (U1 & U3, alle Zeitintervalle) statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der IG waren im Modellvorhaben somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und nicht durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Vielmehr musste das teilstationäre Angebot die geringeren PIA-Kontakte ebenfalls auffangen. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich jedoch in der IG leicht höhere Anzahlen an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG. Diese Unterschiede waren für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) statistisch nicht signifikant. Ein wesentlicher Unterschied der Einbindung der PIA bei den klinikneuen Patienten im Vergleich zu den klinikbekannten Patienten ist hier im Modellvorhaben ersichtlich.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer im Bereich der Psychiatrie waren im Modellvorhaben bei den klinikneuen Patienten stets größer im Vergleich zur Regelversorgung. So nahm die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik zum Jahr nach Referenzfall stärker zu und blieb auf einem höheren Niveau im Vergleich zur Regelversorgung. Diese stärkere Zunahme bzw. das höhere Niveau waren in allen Kohorten ersichtlich. Die in der IG stärkere Zunahme vom Jahr vor Referenzfall zum ersten bzw. zweiten Jahr nach Referenzfall war in allen inferenzstatistischen Untersuchungen (U1 & U3) statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik geringer im Vergleich zur Regelversorgung (U1 & U4). Ab dem Jahr nach Referenzfall waren die Kontakte in der Modellklinik jedoch leicht höher. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall (U1) waren jedoch nicht ersichtlich.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 124 ff.) war diese für klinikneue und klinikbekannte Patienten für alle Nachbeobachtungszeiten in der Modellklinik größer verglichen mit Patienten der Regelversorgung. Dieser Effekt war für einzelne Jahresscheiben und Kohorten statistisch signifikant, besonders in U3. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, dass im Modellvorhaben eine erhöhte Behandlungskontinuität im Vergleich zur Regelversorgung sichergestellt werden konnte. Die erhöhte Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des

Krankenhauses im psychiatrischen Bereich (siehe oben) schien sich somit positiv auf eine erhöhte Behandlungskontinuität ausgewirkt zu haben.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 180 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der klinikneuen Patienten mit Kontaktabbruch zum psychiatrischen Versorgungssystem (ambulant oder stationär) als auch die Dauer des Kontaktabbruchs zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar.

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 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 klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Dieser Effekt war in U3 statistisch signifikant. Die klinikneuen Patienten der IG wiesen in jeder Kohorte (U1 bis U4) zu jedem Zeitintervall mehr AU-Tage als klinikneue Patienten der KG auf. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall. Daher waren in U1 keine statistisch signifikanten Ergebnisse erkennbar. Bei den klinikbekannten Patienten waren auf der anderen Seite stets geringere AU-Tage in allen untersuchten Zeitintervallen der betrachteten Kohorten (U1 & U4) in der IG verglichen mit der KG ersichtlich. Da diese geringeren Anzahlen an AU-Tagen jedoch auch bereits zum Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) bestanden, waren hier keine statistisch signifikanten Ergebnisse zu beobachten.

Sowohl der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 224 ff.) als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer Erkrankten“ zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 228 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den klinikbekannten Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 238ff.) zeigte sich eine signifikant geringere 4-Jahres-Mortalität der klinikneuen Patienten der Modellklinik mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) im Vergleich zur Regelversorgung. Weitere signifikante Unterschiede in der Mortalität waren nicht ersichtlich. Über die Gründe dieser leicht geringeren Mortalität in der

Modellklinik kann dieser Bericht keinen Aufschluss geben. Die Ursachen für die Mortalität können mit den vorhandenen Daten nicht abgebildet werden. Es ist möglich, dass das Modellvorhaben hier u.a. durch die oben festgestellte kontinuierlichere Betreuung der Patienten einen positiven Einfluss auf die Sterblichkeit genommen hat.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 251 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Dies traf für alle Kohorten zu (U1 bis U4). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der Modellklinik sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten aller Kohorten (U1 bis U4) größer als in der KG. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression schienen sich also für die Entwicklung einer schweren depressiven Episode und einer rezidivierenden depressiven Störung das Modellvorhaben eher negativ auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben. Zu beachten ist hier jedoch, dass weitere Faktoren, wie u.a. Kodierpraxis, Einfluss auf diese Entwicklung genommen haben können, die an dieser Stelle nicht weiter betrachtet werden können.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 279 ff.) war in der Modellklinik zum einen der Anteil an klinikneuen Patienten mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen größer als in der Regelversorgung. Weiterhin war der Anteil an Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und antipsychotischer Medikation in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Dies weist darauf hin, dass entsprechend zwei der untersuchten Qualitätsindikatoren die Modellklinik eine leitlinien-nähere Versorgung im Vergleich zur Kontrollgruppe aufweisen konnte. Bei den klinikneuen Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 303) stets geringer in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Diese geringere Inanspruchnahme war für den Referenzfall, das erste sowie vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch bei den klinikbekannten Patienten wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war für das erste bis vierte Jahre nach Referenzfall statistisch signifikant. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nicht bestätigt werden. Vielmehr wurde die aufsuchende Behandlung weniger stark in Anspruch genommen. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden.

Kosten

Für die **gesamten psychiatrischen Versorgungskosten** ließen sich für die klinikneuen Patienten mit frühem Einschluss in die Studie (erstes bis zweites Modelljahr; U1 und U4) nahezu identische Verläufe und Kostenhöhen zwischen IG und KG feststellen. Von einem relativ geringen Niveau im Präzeitraum ausgehend, erfolgte im Zuge des Referenzfalls und dem ersten Nachbeobachtungsjahr ein signifikanter, ca. das 6,5-fache betragender Kostenanstieg sowohl in der IG als auch in der KG, wobei

sich keine Unterschiede in den Kostenunterschieden sowie den Kostenanstiegen zwischen IG und KG ergaben. Ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr betrugen die patientenindividuellen Kosten ungefähr des Doppelte der Kosten des Präzeitraums und unterschieden sich nicht zwischen IG und KG. Bei der Betrachtung aller in den ersten vier Modelljahren eingeschlossenen klinikneuen Patienten (U2) ergab sich hingegen ein signifikant höherer Kostenanstieg der IG vom Prä- zum Postzeitraum, der vor allem darauf zurückzuführen ist, dass hier auch Patienten aus dem dritten und vierten Modelljahr eingeschlossen wurden und für diese Gruppe die höheren Tagessätze der stationären Versorgung in der Modellklinik sich auf die Höhe der Kosten auswirkte.

Dieser im Zeitverlauf greifende höhere Tagessatz wird auch bei der Kostenbetrachtung der klinikbekannten Patienten ersichtlich. Hier lagen die Kosten im Präzeitraum deutlich über den Kosten der klinikneuen Patienten, was vor allem auf im Präzeitraum stattgefunden habende Krankenhausbehandlungen zurückzuführen ist. Die Kosten der IG lagen dabei auch unter den Kosten der KG; hier zeigte sich die Wirkung des Vorläufervertrags, der bereits vor 2013 zu einer Reduktion der sich hauptsächlich auf die Gesamtkosten auswirkenden vollstationären Behandlungstage geführt hatte. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen leicht an, wobei die Höhe der Anstiege von IG und KG gleich hoch war. Daran anschließend fielen die Kosten der KG sukzessive bis einschließlich dem vierten Jahr ab, wohingegen sich in der IG ein Abfallen der Kosten zum zweiten Jahr und trotz einer geringeren Zahl stationärer Behandlungstage ein Trend zu einem auf die höheren Tagesätze der Modellklinik zurückzuführenden Kostenanstieg im dritten und vierten Jahr zeigte.

Der Unterschiedliche Einsatz der Behandlungssettings spiegelte sich – sieht man von der Preisverzerrung in den späteren Modelljahren ab – auch in den Kosten wider. So führte die Verkürzung der Verweildauer in der IG (zwar mehr Patienten mit vollstationärer Behandlung, diese dafür aber kürzer als in der KG) ebenfalls zu geringeren Kosten für die vollstationäre Versorgung. Umgekehrt dazu waren durch den verstärkten Einsatz tagesklinischer Behandlungen auch höhere Kosten hierfür in der IG zu verzeichnen. Auch der geringere Einsatz der PIA in der IG bedeutete geringere Versorgungskosten.

Kosten-Effektivität

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 293,87 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 293,87 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 133,19 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 133,19 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtungentwickelte ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 1.294,09 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen Krankenhaustag wurden 1.294,09 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit

Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 11,80 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 11,80 € 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 imland Klinik Rendsburg GmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht verringert, jedoch aber die Dauer vollstationärer Tage. Die Anzahl und Dauer teilstationärer Tage konnte jedoch erhöht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen sind eine Verringerung der PIA-Kontakte und einer Erhöhung der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik erkennbar. Klinikneue Patienten wiesen stets mehr und klinikbekannte Patienten stets weniger AU-Tage in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung auf (inkl. Jahr vor Referenzfall). Weiterhin stieg die Anzahl an AU-Tagen bei klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben stärker als in der Regelversorgung. Die aufsuchende Behandlung in der PIA wurde im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Eine Reihe messbarer medizinischer

Outcomes zeigten hypothesenkonforme Ergebnisse. So konnte das Modellvorhaben in allen Untersuchungen eine erhöhte Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur Regelversorgung nachweisen. Im Modellvorhaben in der imland Klinik Rendsburg GmbH wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Die 4-Jahres-Mortalität war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Bei den Outcomes der Depression war der Anteil der Personen mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Weiterhin war beim Outcome Schizophrenie der Anteil mit antipsychotischer Medikation im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Jedoch wurde in Bezug zur Erkrankungsprogression festgestellt, dass das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode und einer rezidivierenden depressiven Störung im Modellvorhaben höher als in der Regelversorgung war. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigen sich positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen. Besonders konnten eine Verlagerung der Behandlung in den teilstationären Bereich sowie eine Stärkung ambulanter Strukturen außerhalb des Krankenhauses festgestellt werden. Daher konnte auch eine erhöhte Behandlungskontinuität gewährleistet werden. Eine teilweise Verringerung der Mortalität und einer teilweisen Erhöhung der Leitlinienadhärenz stehen einer teilweisen Verschlechterung der Erkrankungsprogression gegenüber.

Hinsichtlich der Kosten lässt sich festhalten, dass sich auf patientenindividueller Ebene keine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben zeigt. Gleich hohe Kosten im vollstationären Bereich und geringere Kosten in der PIA wurden durch höhere Kosten im tagesklinischen Bereich, der vertragsärztlichen Versorgung und der Psychopharmakaversorgung ausgeglichen.

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 (IG)) mit der Regelversorgung, d.h. kein Vertrag nach §64b SGB V (Kontrollgruppe (KG)), verglichen.

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

Verträge gemäß §64b SGB V:

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

   - <u>Outcomes</u>: Stationäre Behandlungsdauer (voll- und teilstationär) und ambulante Leistungen

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

   - <u>Outcomes</u>: 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 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.

- 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 Dezember 2018.

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

- actimonda krankenkasse
- AOK NordWest
- BKK Bertelsmann AG
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Continentale BKK
- 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
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- 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 Achenbach Buschhütten
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK DürkoppAdler
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)
- BKK Melitta Plus
- BKK Mobil Oil
- BKK VDN
- DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
- SIEMAG BKK.

Durch die Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER zum 01.01.2017 konnten nicht alle für EVA64 relevanten Daten der Deutschen BKK übernommen werden; Leistungsdaten eines nennenswerten Anteils von Versicherten der ehemaligen Deutschen BKK sind unvollständig. Da das Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Verzerrung nicht quantifizierbar war, wurden die ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK zu Gunsten einer höheren Datenqualität bei den Analysen vollständig ausgeschlossen.

6.1 Patientenmatching

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

Von den 3.680 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden Patienten der IG verblieben nach Selektion 3.092 Patienten, die in das Matching einflossen. Hierfür konnte für 3.062 (83 %) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1 und Tabelle 3).

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

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

Der Anteil vollstationärer Referenzfälle war über alle Kohorten (Kohorte 1 bis 4 gesamt) bei klinikneuen Patienten in der IG größer als in der KG. Dieser Effekt über alle Kohorten wurde von den klinikneuen Patienten von Kohorte 1 und Kohorte 3 getrieben. Entsprechend war der Anteil teilstationärer Referenzfälle bei den klinikneuen Patienten der IG über alle Kohorten (Kohorte 1 – 4 gesamt) signifikant geringer als in der KG. Hier wurde der Effekt hauptsächlich durch Kohorte 1 und Kohorte 3 getrieben. Der Anteil an Referenzfällen in der Psychosomatik war über alle Kohorten (Kohorte 1 – 4 gesamt) bei den klinikneuen Patienten der IG signifikant geringer als in der KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

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

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	3.680	62.232	3.092 (84%)	52.367 (84%)	3.062 (83% ; 99%)	3.062 (5% ; 6%)
	Kohorte 1	1.390	19.733	1.187 (85%)	16.117 (82%)	1.174 (84% ; 99%)	1.174 (6% ; 7%)
	Kohorte 2	834	21.151	692 (83%)	18.598 (88%)	691 (83% ; 100%)	691 (3% ; 4%)
	Kohorte 3	725	10.992	607 (84%)	9.132 (83%)	600 (83% ; 99%)	600 (5% ; 7%)
	Kohorte 4	731	10.356	606 (83%)	8.520 (82%)	597 (82% ; 99%)	597 (5% ; 7%)
Klinikneu	Gesamt	2.941	39.732	2.445 (83%)	32.337 (81%)	2.425 (82% ; 99%)	2.425 (6% ; 7%)
	Kohorte 1	780	9.969	648 (83%)	7.887 (79%)	643 (82% ; 99%)	643 (6% ; 8%)
	Kohorte 2	754	9.956	625 (83%)	8.148 (82%)	624 (83% ; 100%)	624 (6% ; 8%)
	Kohorte 3	701	9.921	585 (83%)	8.159 (82%)	579 (83% ; 99%)	579 (6% ; 7%)
	Kohorte 4	706	9.886	587 (83%)	8.143 (82%)	579 (82% ; 99%)	579 (6% ; 7%)
Klinikbekannt	Gesamt	739	22.500	647 (88%)	20.030 (89%)	637 (86% ; 98%)	637 (3% ; 3%)
	Kohorte 1	610	9.764	539 (88%)	8.230 (84%)	531 (87% ; 99%)	531 (5% ; 6%)
	Kohorte 2	80	11.195	67 (84%)	10.450 (93%)	67 (84% ; 100%)	67 (1% ; 1%)
	Kohorte 3	24	1.071	22 (92%)	973 (91%)	21 (88% ; 95%)	21 (2% ; 2%)
	Kohorte 4	25	470	19 (76%)	377 (80%)	18 (72% ; 95%)	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 Kontroll-patienten
1	22,0	722
2	23,5	322
3	25,8	423
4	27,5	881
5	28,7	570
6	29,7	27
7	35,1	29
8	35,6	42
9	35,6	40
10	55,2	6

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	3.062	3.062		1.174	1.174		691	691		600	600		597	597	
	klinikneu	2.425	2.425		643	643		624	624		579	579		579	579	
	klinikbekannt	637	637		531	531		67	67		21	21		18	18	
mittleres Alter	gesamt	49,5	48,6	0,397	50,3	48,8	0,309	49,3	48,7	1,000	48,8	47,6	1,000	49,0	49,3	1,000
	klinikneu	49,2	48,3	0,376	49,5	47,9	0,833	49,1	48,6	1,000	49,0	47,6	1,000	49,3	49,1	0,000
	klinikbekannt	50,6	49,9	1,000	51,2	49,9	1,000	50,9	49,8	1,000	45,3	46,1	1,000	38,4	53,0	0,366
Anteil Frauen	gesamt	56,5%	54,1%	0,450	54,5%	49,8%	0,257	57,6%	55,3%	1,000	59,5%	58,8%	1,000	56,1%	56,4%	1,000
	klinikneu	56,9%	55,8%	1,000	53,5%	50,9%	1,000	58,0%	55,8%	1,000	60,1%	60,1%	1,000	56,5%	56,8%	1,000
	klinikbekannt	54,8%	47,9%	0,159	55,7%	48,6%	0,207	53,7%	50,7%	1,000	42,9%	23,8%	1,000	44,4%	44,4%	1,000
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	20,8%	20,8%	1,000	45,2%	45,2%	1,000	9,7%	9,7%	1,000	3,5%	3,5%	1,000	3,0%	3,0%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	klinikbekannt	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	42,4%	44,6%	0,478	43,1%	46,3%	0,748	39,7%	41,8%	1,000	40,2%	42,8%	1,000	46,4%	46,4%	1,000
	klinikneu	39,8%	42,1%	0,433	32,5%	36,7%	0,892	40,5%	42,3%	1,000	40,6%	43,4%	1,000	46,1%	46,5%	1,000
	klinikbekannt	52,4%	54,5%	1,000	55,9%	58,0%	1,000	31,3%	37,3%	1,000	28,6%	28,6%	1,000	55,6%	44,4%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	54,4%	49,1%	0,000	54,3%	49,5%	0,228	56,7%	52,2%	1,000	55,7%	47,5%	0,061	50,8%	46,2%	1,000
	klinikneu	57,9%	51,0%	0,000	66,9%	58,0%	0,011	56,6%	51,9%	0,893	56,3%	47,0%	0,016	50,9%	46,3%	1,000
	klinikbekannt	41,3%	41,8%	1,000	39,2%	39,2%	1,000	58,2%	55,2%	1,000	38,1%	61,9%	1,000	44,4%	44,4%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	3,1%	5,2%	0,001	2,6%	4,1%	0,402	3,6%	5,1%	1,000	4,0%	7,8%	0,071	2,8%	4,9%	0,981
	klinikneu	2,3%	5,6%	0,000	0,6%	5,1%	0,000	2,9%	5,0%	0,731	2,9%	7,8%	0,004	2,9%	4,7%	1,000
	klinikbekannt	6,3%	3,6%	0,348	4,9%	2,8%	0,890	10,4%	6,0%	1,000	33,3%	9,5%	1,000	0,0%	11,1%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,1%	0,000	0,0%	0,1%	1,000	0,0%	0,9%	0,449	0,2%	1,8%	0,081	0,0%	2,5%	0,003
	klinikneu	0,0%	1,3%	0,000	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,8%	0,731	0,2%	1,9%	0,072	0,0%	2,6%	0,003
	klinikbekannt	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	1,5%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	13,3%	13,7%	1,000	25,9%	26,0%	1,000	5,4%	6,4%	1,000	6,7%	6,8%	1,000	4,5%	4,7%	1,000
	klinikneu	3,7%	4,9%	0,280	4,5%	6,1%	1,000	3,2%	4,6%	1,000	4,1%	5,0%	1,000	2,8%	3,6%	1,000
	klinikbekannt	50,1%	47,1%	1,000	51,8%	50,1%	1,000	25,4%	22,4%	1,000	76,2%	57,1%	1,000	61,1%	38,9%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,5%	2,3%	1,000	5,3%	4,7%	1,000	0,3%	0,3%	1,000	1,0%	1,2%	1,000	1,2%	1,0%	1,000
	klinikneu	0,4%	0,9%	0,214	0,8%	1,6%	1,000	0,2%	0,0%	1,000	0,2%	1,0%	0,906	0,3%	1,0%	1,000
	klinikbekannt	10,7%	7,5%	0,514	10,7%	8,5%	1,000	1,5%	3,0%	1,000	23,8%	4,8%	1,000	27,8%	0,0%	0,431
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	11,9%	12,3%	1,000	26,5%	27,3%	1,000	2,5%	2,3%	1,000	2,8%	4,0%	1,000	3,0%	2,7%	1,000
	klinikneu	1,8%	2,1%	1,000	1,2%	2,5%	0,895	1,6%	1,6%	1,000	2,1%	2,6%	1,000	2,4%	1,7%	1,000
	klinikbekannt	50,1%	51,0%	1,000	57,1%	57,3%	1,000	10,4%	9,0%	1,000	23,8%	42,9%	1,000	22,2%	33,3%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	51,3%	52,7%	1,000	52,2%	56,0%	0,525	52,0%	52,0%	1,000	49,8%	49,5%	1,000	50,1%	50,3%	1,000
	klinikneu	49,9%	50,9%	1,000	49,8%	53,3%	1,000	51,1%	50,2%	1,000	49,6%	49,7%	1,000	49,1%	50,3%	1,000
	klinikbekannt	56,5%	59,3%	1,000	55,2%	59,1%	1,000	59,7%	68,7%	1,000	57,1%	42,9%	1,000	83,3%	50,0%	0,540

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

7. Darstellung Modellvorhaben imland Klinik Rendsburg GmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in der imland Klinik Rendsburg GmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An der imland Klinik Rendsburg GmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 99 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 32 in der Tagesklinik und 11 in der Psychosomatik vorgesehen.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, nach §24 BPflV von 2006 bis 2015, an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen und Psychiatrische Institutsambulanz. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für eine vereinbarte Kopfzahl (Korridor +- 6%). Die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Es werden jedoch keine Fachabteilungen ausgeschlossen.

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie folgende Schwerpunkte innerhalb des Modellprojekts verfolgt:

- Versorgungshaus für den Kreis
- Mutter-Kind-Behandlungseinheit mit Spezialambulanz
- Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern
- Behandlung schwerer, chronischer Depressionen, einschließlich CBASP und EKT
- CRA für Suchtpatienten

Laut der Befragung wies die Klinik im Jahr 2016 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment (nicht Bestandteil des Modellvertrags nach §64b SGB V), Krisenmanagement / Notfallbehandlung und sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen.

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 der imland Kliniken zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen wird.

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (2) wird den imland Kliniken nur über Quartalspauschale abgerechnet. Dies gilt sowohl für den Zeitraum vor 2013 (Regionales Psychiatriebudget nach § 24 BPflV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach § 64b SGB V. Zum 01.01.2017 wurde die Abrechnung der PIA-Leistung von Quartals- auf Kontaktpauschalen (Entgeltschlüssel 36010062 bis 36010065) umgestellt.

Im stationären Bereich erfolgte vor 2013 sowie bis Ende 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPflV. 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.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wird im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum ausschließlich nach Pflegesätzen abgerechnet.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

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

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

Über 75 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und über 70 % der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von:

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
Schizophrenie (F20)
Depressive Episode (F32)
Andere Angststörungen (F41)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
Somatoforme Störungen (F45)
Leichte Intelligenzminderung (F70) (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)	**624**	**619**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	75,3 %	76,3 %
• Zwei Diagnosen	21,5 %	20,0 %
• Drei Diagnosen	2,7 %	2,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	18	18
2. F32 & F45	7	8
3. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F20	7	8

[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)	**518**	**513**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	73,2 %	75,2 %
• Zwei Diagnosen	24,3 %	22,2 %
• Drei Diagnosen	2,3 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F20	10	12
2. F20 & F70	7	8
3. F10 & F32	7	7

[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	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	470	472	624	619
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,3 %	4,4 %	4,5 %	4,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,8 %	23,7 %	27,1 %	27,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	11,5 %	11,9 %	12,0 %	12,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,9 %	31,6 %	35,4 %	35,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,7 %	14,8 %	19,4 %	19,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,3 %	1,1 %	3,7 %	4,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	8,9 %	10,0 %	14,9 %	16,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,6 %	2,2 %	1,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,6 %	0,4 %	2,7 %	2,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,9 %	0,8 %	2,7 %	2,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %
Alter[1]				
• Mittelwert	50,7	50,4	50,0	48,2
• Median	50	50	50	48
• (Interquartilsabstand)	(37 - 63)	(35 - 64)	(36 - 63)	(34 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	51,3 %	48,7 %	53,4 %	50,4 %
• Männer	48,7 %	51,3 %	46,6 %	49,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	67,7 %	61,2 %	67,9 %	63,7 %
• PIA	32,3 %	38,8 %	32,1 %	36,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,3 %	0,4 %	2,6 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,9 %	5,9 %	9,5 %	6,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	8,5 %	6,1 %	8,3 %	6,3 %
• Abitur/Fachabitur	3,2 %	5,3 %	3,4 %	4,8 %

• Abschluss unbekannt	8,1 %	9,3 %	9,1 %	10,2 %
• Fehlende Angabe	68,9 %	72,9 %	67,1 %	71,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,2 %	3,0 %	6,6 %	3,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,3 %	14,2 %	18,6 %	15,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	0,6 %	1,0 %	0,8 %
• Bachelor	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,3 %	1,7 %	1,4 %	1,3 %
• Promotion	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	4,3 %	7,0 %	5,3 %	7,3 %
• Fehlende Angabe	68,9 %	72,9 %	67,1 %	71,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,9 %	12,3 %	10,3 %	11,0 %
• Nein	76,6 %	73,7 %	77,1 %	74,3 %
• Fehlende Angabe	12,6 %	14,0 %	12,7 %	14,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	27,4 %	29,7 %	28,7 %	31,2 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	20,4 %	15,9 %	22,0 %	18,3 %
• Weder A noch B	52,1 %	54,4 %	49,4 %	50,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	52,1 %	52,8 %	51,6 %	55,4 %
• Familienversicherter	5,1 %	3,4 %	5,3 %	3,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	39,1 %	37,9 %	38,6 %	35,9 %
• Fehlende Angabe	3,6 %	5,9 %	4,5 %	5,2 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	379	386	518	513
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,5 %	0,8 %	1,0 %	1,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,8 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	25,3 %	25,6 %	29,7 %	29,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	36,1 %	35,2 %	35,1 %	36,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	26,4 %	26,7 %	31,1 %	30,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,2 %	4,1 %	7,5 %	7,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	2,4 %	1,8 %	7,7 %	6,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,2 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,9 %	3,1 %	6,2 %	6,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,8 %	1,6 %	4,4 %	4,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,0	51,2	51,5	50,5
• Median	51	52	51	51
• (Interquartilsabstand)	(43 - 61)	(41 - 61)	(42 - 60)	(41 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,9 %	45,3 %	55,8 %	48,5 %
• Männer	45,1 %	54,7 %	44,2 %	51,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	45,9 %	41,7 %	43,8 %	42,3 %
• PIA	54,1 %	58,3 %	56,2 %	57,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,9 %	1,0 %	3,5 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,3 %	2,6 %	4,6 %	2,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	4,5 %	4,4 %	3,7 %	4,7 %
• Abitur/Fachabitur	2,9 %	4,1 %	2,9 %	3,3 %
• Abschluss unbekannt	4,7 %	5,7 %	5,2 %	6,2 %
• Fehlende Angabe	79,7 %	82,1 %	80,1 %	82,3 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,0 %	3,9 %	5,6 %	3,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	9,8 %	6,7 %	9,1 %	7,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,4 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,1 %	1,6 %	0,8 %	1,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,2 %	5,2 %	4,2 %	5,5 %
• Fehlende Angabe	79,7 %	82,1 %	80,1 %	82,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	12,7 %	15,3 %	11,0 %	17,0 %
• Nein	74,9 %	69,9 %	75,3 %	69,0 %
• Fehlende Angabe	12,4 %	14,8 %	13,7 %	14,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	28,8 %	37,6 %	30,5 %	35,3 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	47,0 %	38,1 %	48,8 %	43,3 %
• Weder A noch B	24,3 %	24,4 %	20,7 %	21,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	41,2 %	45,1 %	42,3 %	43,5 %
• Familienversicherter	4,0 %	4,1 %	4,1 %	3,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	48,8 %	47,4 %	48,5 %	49,5 %
• Fehlende Angabe	6,1 %	3,4 %	5,2 %	3,3 %

[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 darstellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 42). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung verzeichnete der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den klinikneuen Patienten in der IG einen statistisch signifikant größeren Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (DiD = +1,7). Der Verlauf des Anteils war bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Die Patienten der IG wiesen jedoch stets leicht geringere Anteile im Vergleich zur KG auf. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten der IG stärker im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur KG. Dieser stärkere Anstieg war im ersten und dritten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant (DiD = +4,1 bzw. DiD = +4,3). Zu allen Zeitpunkten nach Referenzfall wiesen die klinikneuen Patienten der IG größere Anteile im Vergleich zur KG auf (1. Jahr: +15,6; 2. Jahr: +1,3; 3. Jahr: +2,3, 4. Jahr: +0,6 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war der Anteil mit einem teilstationären Aufenthalt bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG größer im Vergleich zur KG (+2,4 %-Punkte). Zu allen untersuchten Zeitintervallen waren die Anteile in der IG größer als in der KG (1. Jahr: +7,3; 2. Jahr: +3,6; 3. Jahr: +4,9, 4. Jahr: +4,2 %-Punkte). Der Unterschied zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war, trotz des bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) bestehenden Unterschieds, für das dritte und vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD = +3,2 bzw. DiD = +2,5).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten zwischen IG und KG ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 2,2; KG: 2,7 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 19,2; KG: 21,7 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,0; 4,0 und 3,0 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,7; 5,0 und 3,7 vollstationäre Tage im 2., 3. und

4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG zwar numerisch geringer (-2,5 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war aber statistisch nicht signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Auch in den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Auch 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 2,7 vollstationäre Behandlungstage weniger anfielen als in der KG. Bei den älteren Patienten fielen in der IG 0,8 vollstationäre Tage mehr 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 F45 (somatoforme Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte 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, schizophrene und wahnhafte Störung), F01 (Vaskuläre Demenz) und F70-79 (Intelligenzstörung) aufwiesen (wobei hier die zweit- und drittgenannte 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 klinikbekannten Patienten zeichneten sich bereits unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 15,7 vollstationäre Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 20,9 vollstationäre Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl der Tage war in der IG stets geringer als in der KG (prä: -5,2; 1. Jahr: -5,5; 2. Jahr: -6,2; 3. Jahr: -3,5; 4. Jahr: -3,0 vollstationäre Tage). Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Dies lässt sich jedoch auf den bereits vorhandenen Unterschied im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) zurückführen.

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 (jünger: -1,3, älter: -5,3 vollstationäre Tage). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) auf (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol),l F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F30-39 (affektive Störungen) 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** klinikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +4,3 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch signifikant (DiD = +1,2 teilstationäre Tage). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe, wobei die IG stets leicht mehr teilstationäre Tage aufwies. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U2: Bei den klinikneuen 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: +60,3 %-Punkte; KG: +50,4 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG stärker als in der KG (IG: +34,7 %; KG: +17,0 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage im Vergleich zur KG (IG: +15,4; KG: +17,9 vollstationäre Tage) vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen im gleichen Zeitraum in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +10,5; KG: +7,0 teilstationäre Tage).

U3: Bei den klinikneuen 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 mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Der Peak war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = +2,1). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in IG und KG an und sank im zweiten Jahr nach Referenzfall in beiden Gruppen wieder, dabei war der Anstieg sowohl zum ersten als auch zum zweiten Jahr im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = +5,1 bzw. +3,6).

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 = -2,5 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG auf ein vergleichbares Niveau. 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 im Vergleich zum Jahr davor war statistisch signifikant (DiD = +4,1 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 klinikneuen Patienten stärker anstieg als in der KG (IG: +62,8; KG: +54,1 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten waren die Verläufe des Anteils zwischen IG und KG vergleichbar. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker im Vergleich zur KG. Auch im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall wiesen die Patienten der IG größere Anteile an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt verglichen mit Patienten der KG. Bei den klinikbekannten Patienten wies die IG bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) einen höheren Anteil im Vergleich zu Patienten der KG auf. Dieser Unterschied blieb in den folgenden Jahren bestehen und war im ersten Jahr nach Referenzfall am stärksten ausgeprägt (prä: +1,8; 1.Jahr: +7,8; 2.Jahr: +3,3; 3.Jahr: 5,0 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein zwischen IG und KG vergleichbares 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: +16,1 vollstationäre Tage; KG: +18,9 vollstationäre Tage). Die restlichen Jahre waren im Niveau vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe zwischen IG und KG, wobei die IG stets geringere vollstationäre Tage aufwies als die KG (prä: -4,6; 1.Jahr: -4,3; 2.Jahr: -5,2; 3.Jahr: -2,9 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG höher als in der KG (IG: -10,5; KG: -5,4 teilstationäre Tage). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG mit gleichem Ausgangsniveau (Präzeitraum), leicht größerem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und vergleichbarem Niveau im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall.

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)	**624**	**624**	**605**	**590**	**579**	**619**	**619**	**596**	**578**	**562**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	8,5 %	73,6 %	13,7 %	12,7 %	10,9 %	8,6 %	64,8 %	14,6 %	12,8 %	12,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	1,0 %	30,3 %	4,0 %	3,7 %	2,6 %	1,5 %	14,7 %	2,7 %	1,4 %	2,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,0 %	88,3 %	15,2 %	14,1 %	11,4 %	9,9 %	73,5 %	15,6 %	13,3 %	14,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	5,3 %	1,8 %	1,0 %	1,2 %	1,8 %	3,1 %	1,7 %	1,7 %	1,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,1 %	12,5 %	12,2 %	9,8 %	11,4 %	12,6 %	13,9 %	11,9 %	9,9 %	11,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,2	19,2	4,0	4,0	3,0	2,7	21,7	4,7	5,0	3,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,3	9,5	0,9	0,9	0,6	0,3	5,2	0,7	0,5	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,5	28,7	4,9	4,9	3,6	3,0	26,9	5,3	5,5	4,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,4	0,3	0,2	0,5	0,4	0,8	0,2	0,4	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	2,2	1,3	1,0	1,3	1,7	2,1	1,7	1,4	1,7

[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)	**518**	**518**	**501**	**490**	**478**	**513**	**513**	**505**	**491**	**480**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	46,7 %	50,2 %	27,3 %	23,7 %	22,8 %	48,3 %	50,9 %	31,9 %	24,8 %	27,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	10,4 %	14,9 %	5,4 %	6,5 %	6,1 %	8,0 %	7,6 %	1,8 %	1,6 %	1,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	49,2 %	56,9 %	28,3 %	25,5 %	25,3 %	51,7 %	54,6 %	32,3 %	25,9 %	28,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	8,1 %	6,0 %	2,8 %	1,8 %	2,3 %	7,4 %	4,1 %	2,8 %	2,4 %	2,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,5 %	14,5 %	15,6 %	14,1 %	15,1 %	16,0 %	15,8 %	17,6 %	16,9 %	16,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	15,7	18,2	8,4	8,3	8,6	20,9	23,7	14,6	11,8	11,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	2,9	4,1	1,1	1,3	1,6	2,7	2,6	0,4	0,4	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	18,6	22,3	9,5	9,5	10,1	23,7	26,3	15,0	12,2	12,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,8	1,2	0,6	0,5	0,3	2,2	1,0	0,7	0,7	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	2,5	1,8	1,6	2,0	2,2	2,3	2,1	2,9	2,1

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

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

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

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

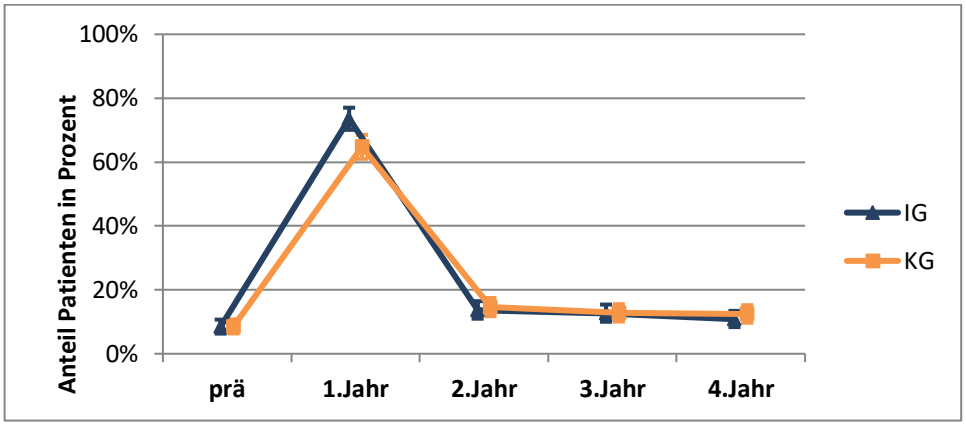
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

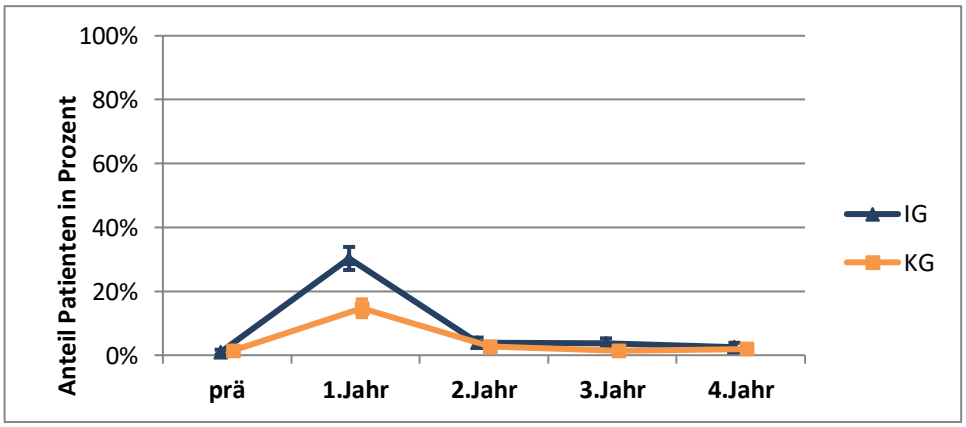
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

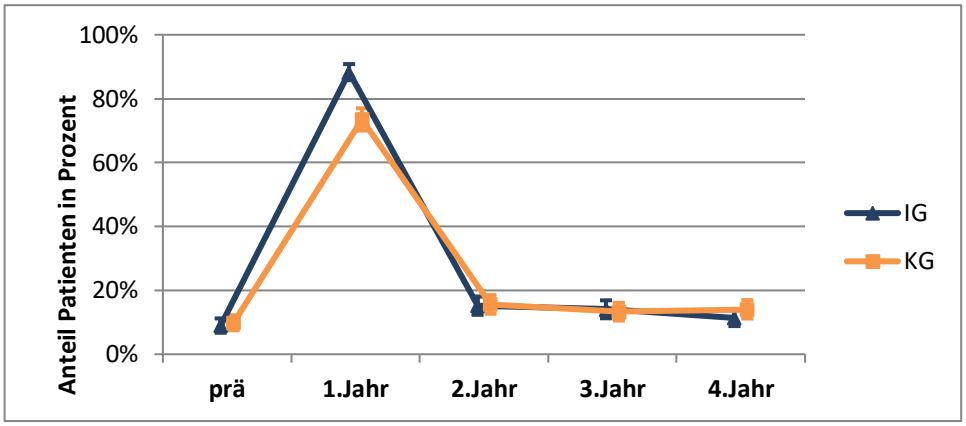
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



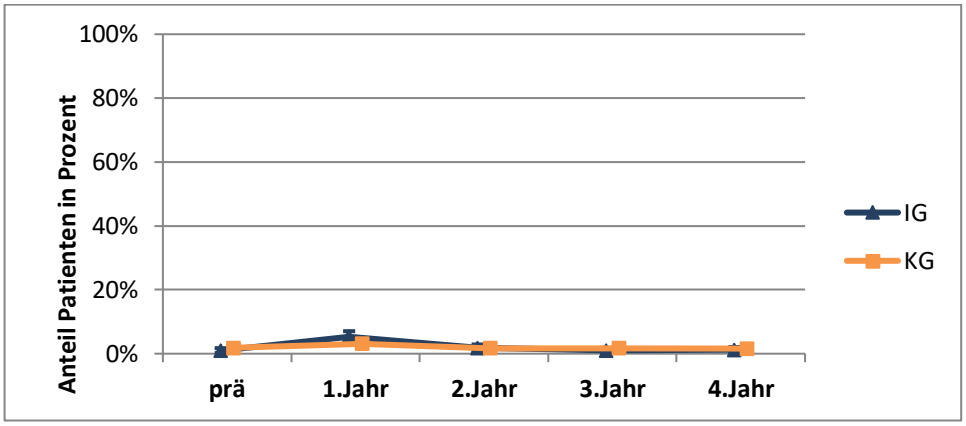
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



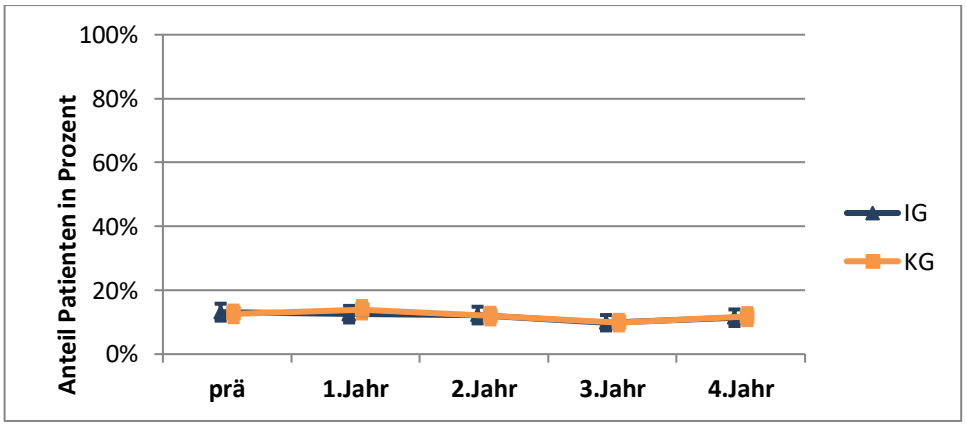
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

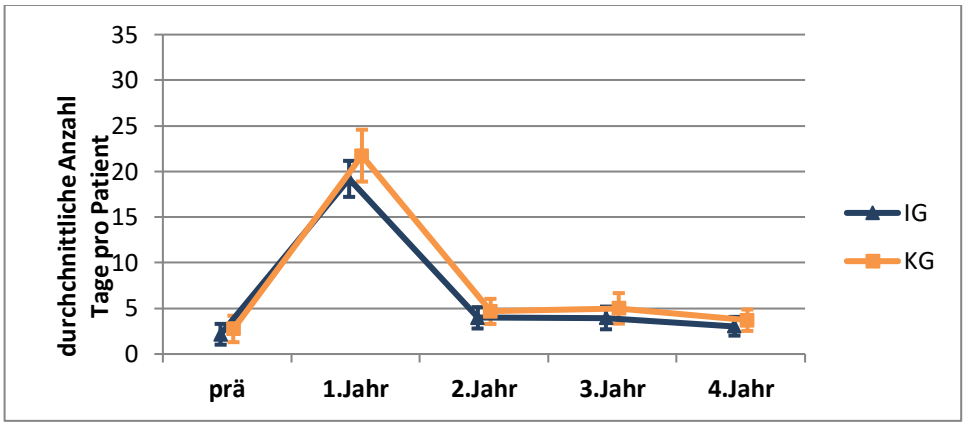


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

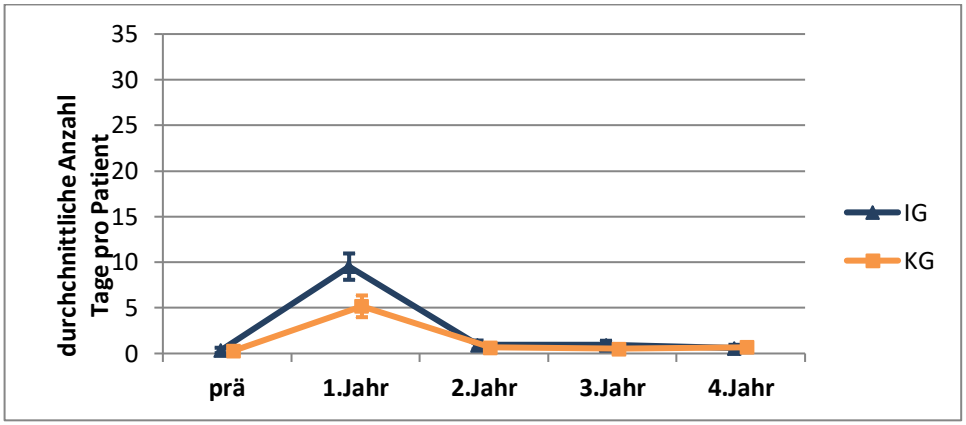


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

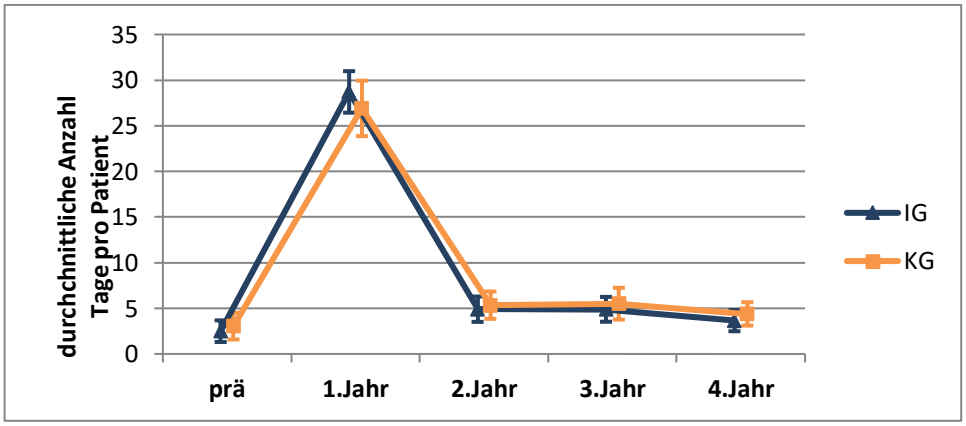
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



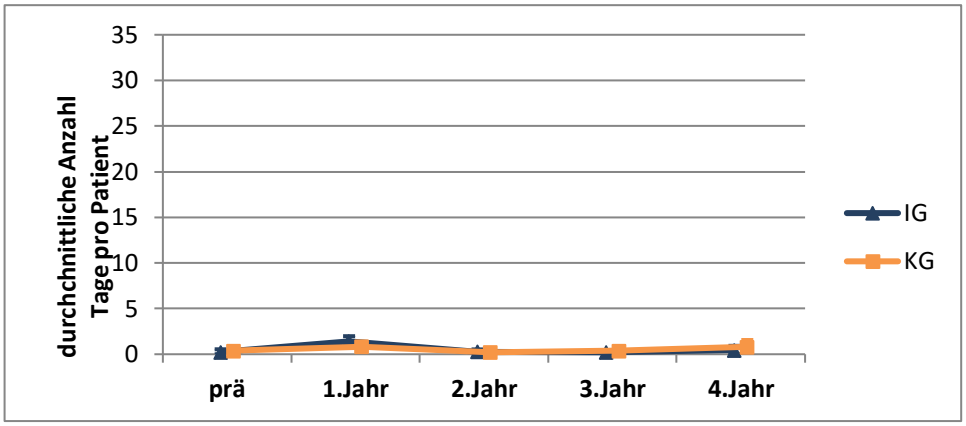
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



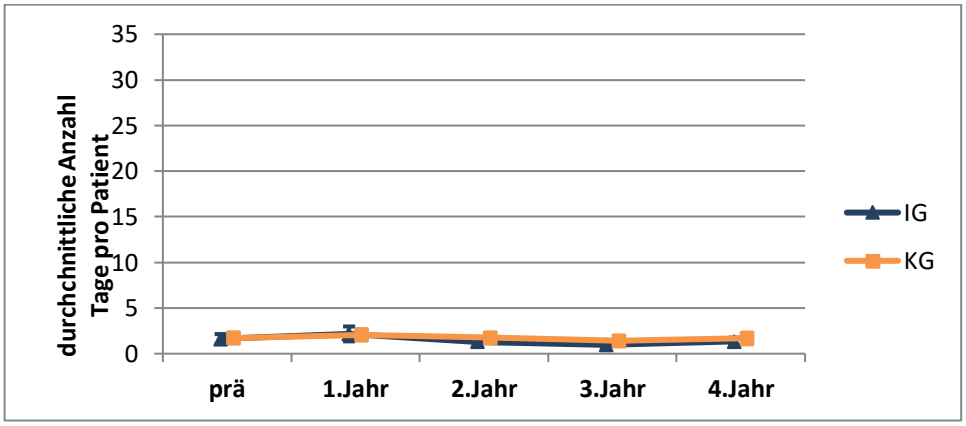
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



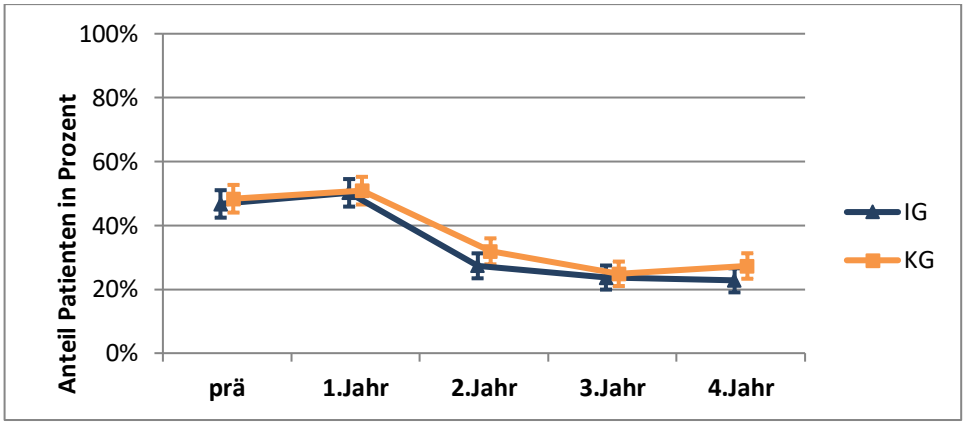
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

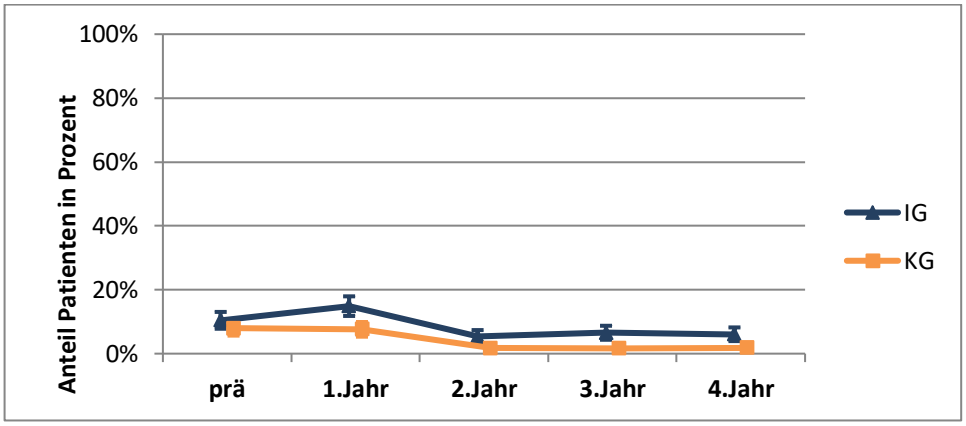
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

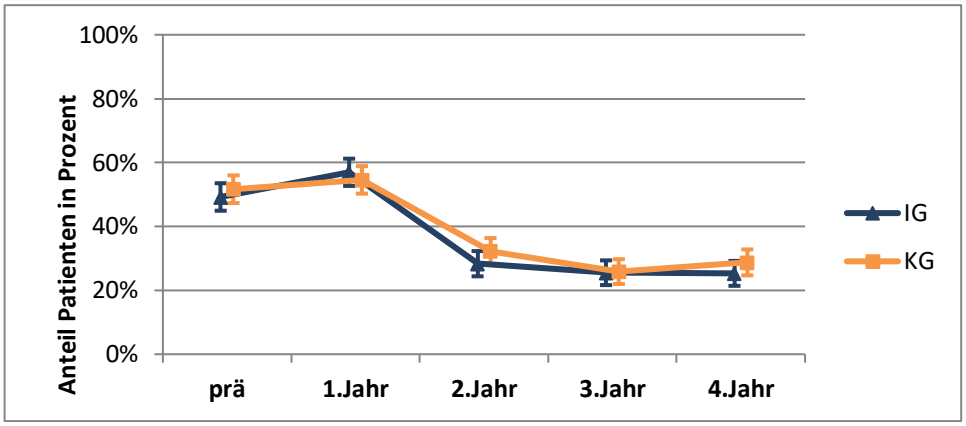
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



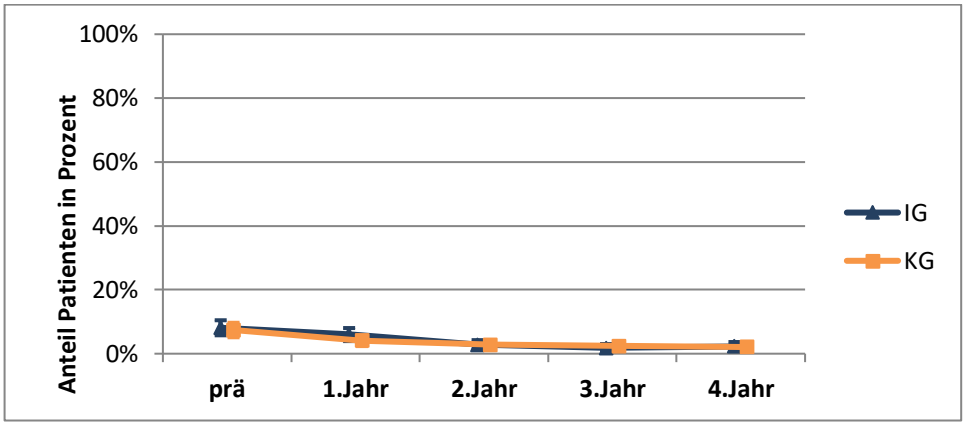
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



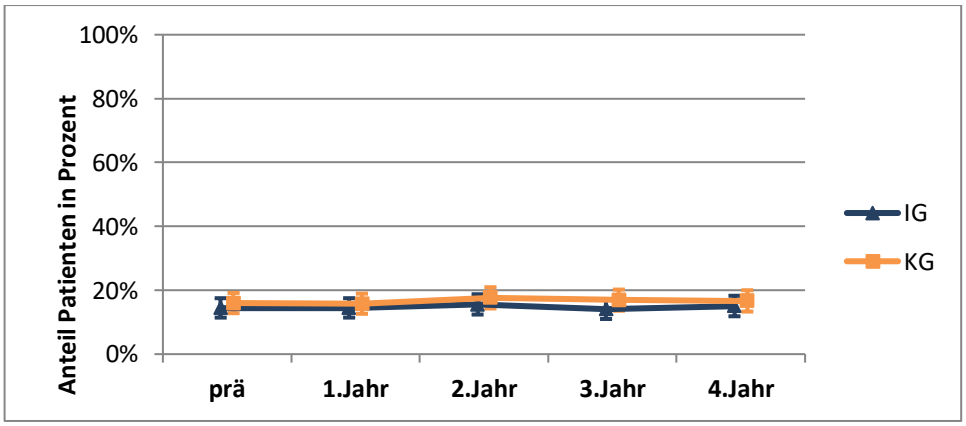
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

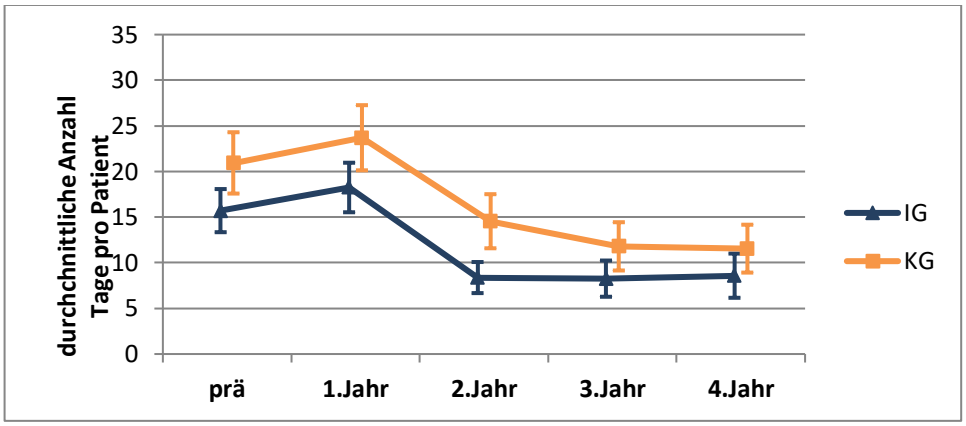


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

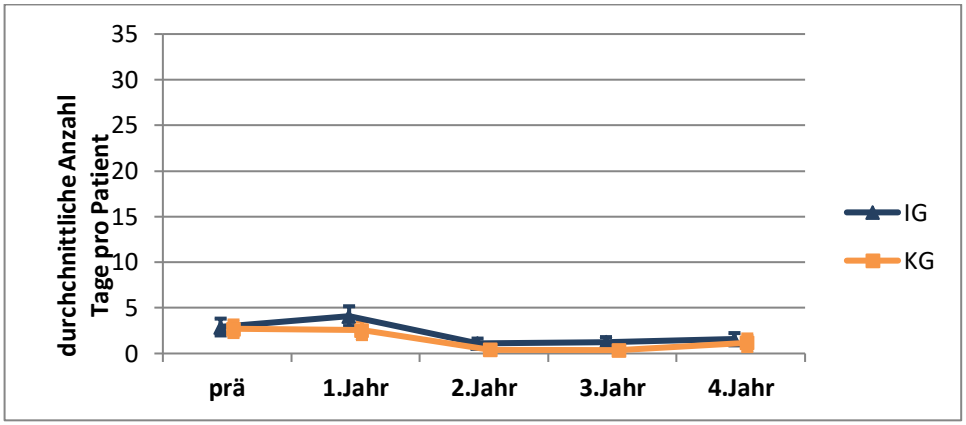


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

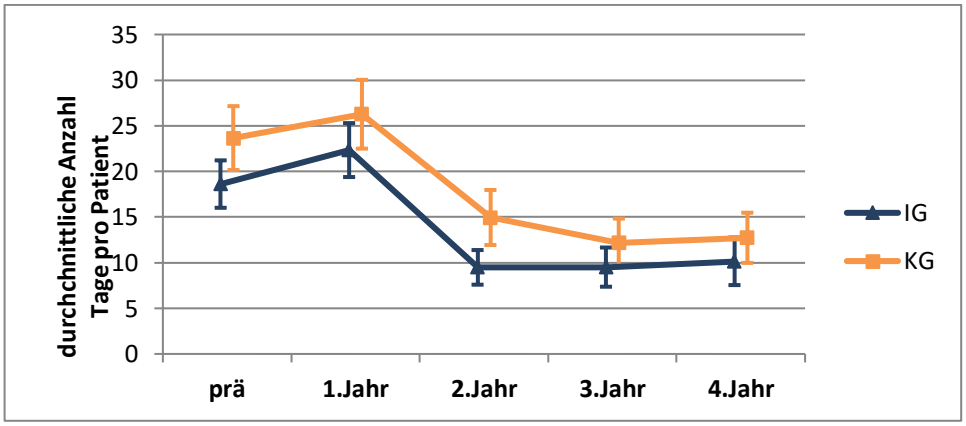
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



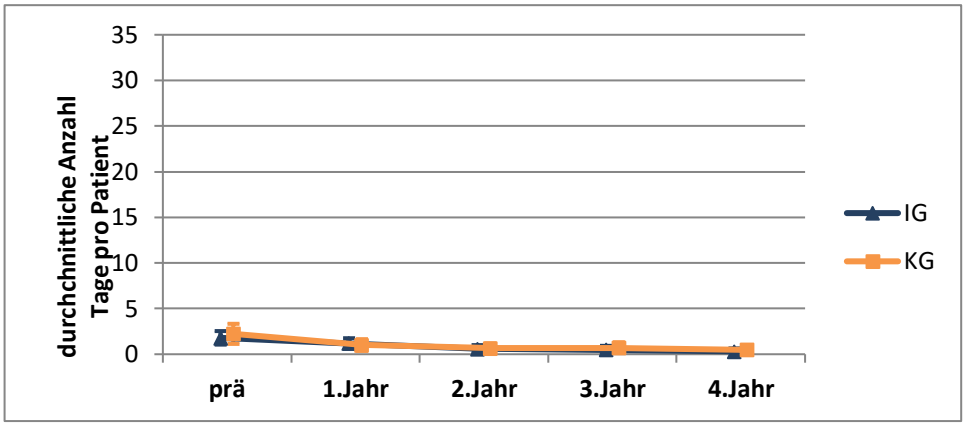
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

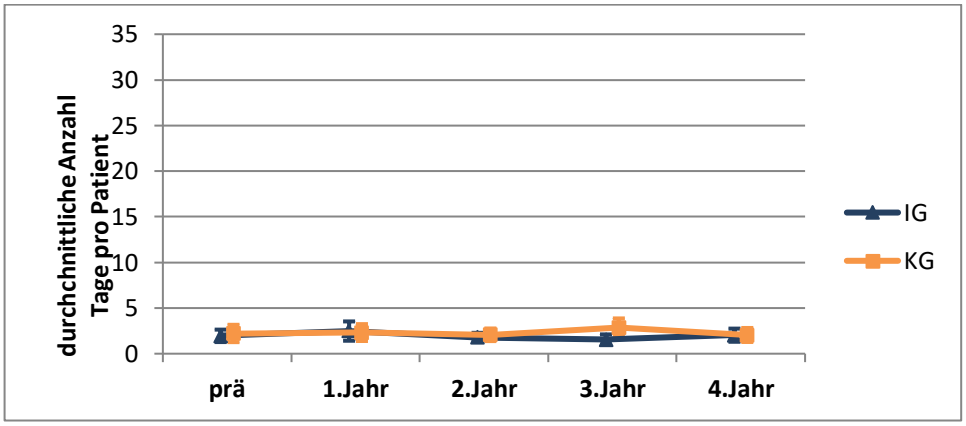


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,72* 1,04…2,85	4,11* 1,40…12,13	-1,96 -5,01…1,09	4,31*** 2,96…5,67
DID Jahr 2	0,94 0,55…1,60	2,31 0,68…7,87	-0,07 -3,12…2,98	0,22 -1,13…1,57
DID Jahr 3	1,01 0,59…1,75	4,29* 1,14…16,17	-0,35 -3,40…2,70	0,38 -0,98…1,73
DID Jahr 4	0,88 0,50…1,53	2,08 0,56…7,68	0,04 -3,01…3,09	-0,09 -1,44…1,26
DID Jahr 1-4	—	—	-0,58 -3,12…1,96	1,21* 0,09…2,33

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,05 0,71…1,56	1,64 0,89…3,01	-0,22 -5,25…4,80	1,33 -0,15…2,82
DID Jahr 2	0,82 0,54…1,23	2,34 0,96…5,68	-0,99 -6,01…4,03	0,49 -1,00…1,97
DID Jahr 3	1,01 0,66…1,54	3,18* 1,29…7,87	1,75 -3,27…6,78	0,64 -0,84…2,13
DID Jahr 4	0,81 0,53…1,25	2,53* 1,04…6,11	2,35 -2,68…7,37	0,15 -1,34…1,63
DID Jahr 1-4	—	—	0,72 -3,29…4,74	0,65 -0,53…1,83

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)	**2.425**	**2.425**	**2.425**	**2.425**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,1 %	67,5 %	8,1 %	58,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	35,1 %	0,8 %	17,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,3 %	82,4 %	8,7 %	69,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,1 %	3,8 %	1,4 %	2,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,0 %	13,5 %	12,9 %	13,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	1,8	17,1	2,1	20,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	10,7	0,3	7,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,0	27,8	2,4	27,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,0	0,2	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	2,0	1,6	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

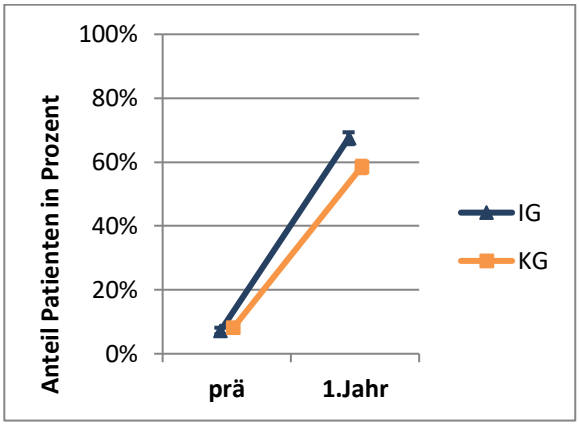
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

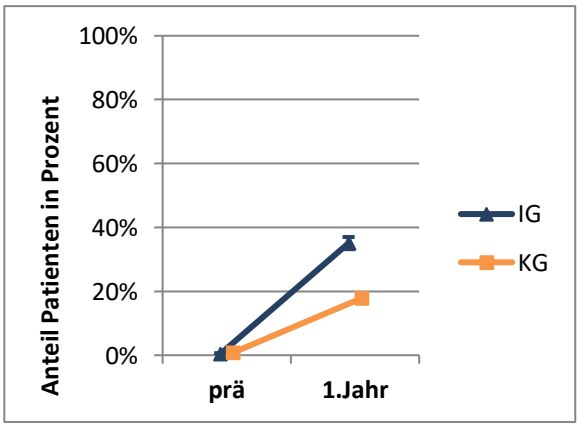
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

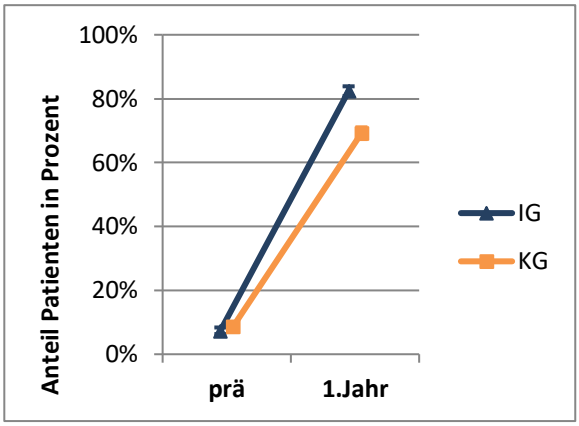
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



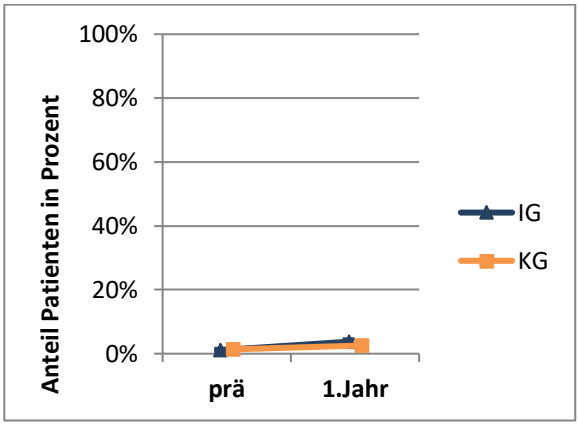
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



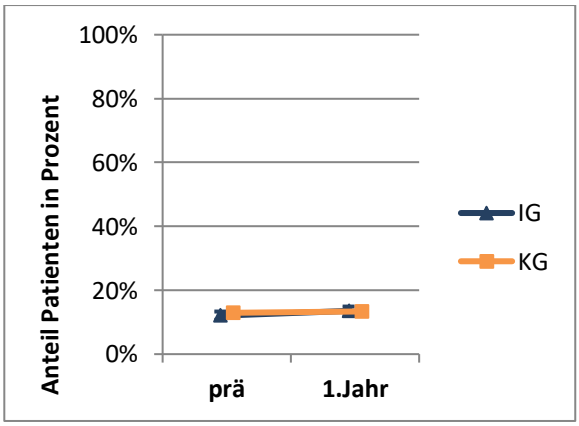
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

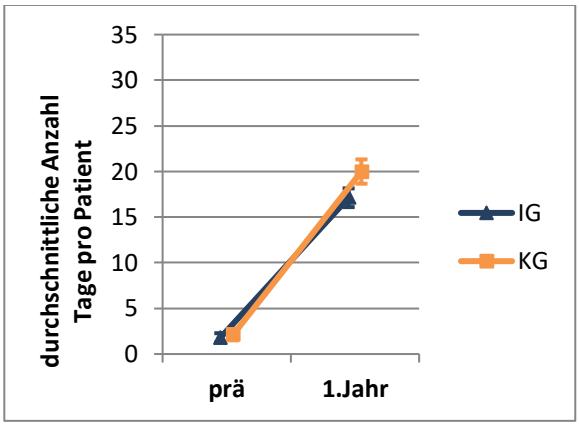


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

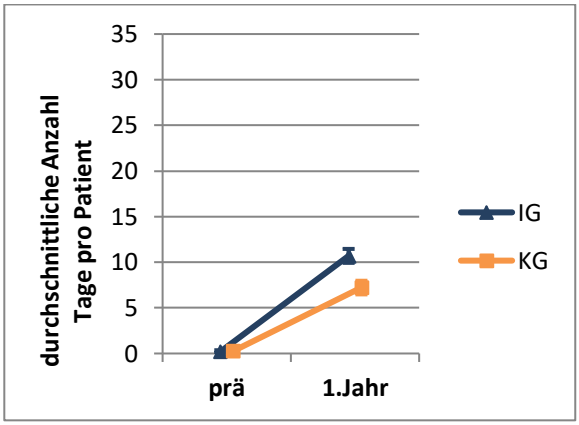


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

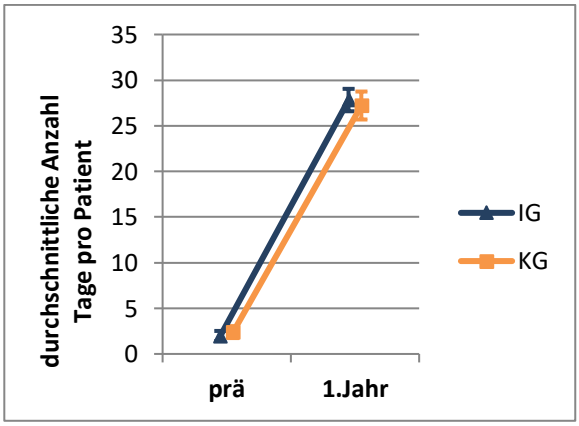
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



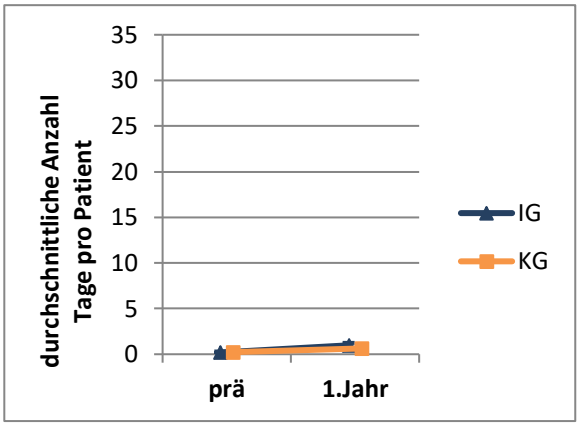
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



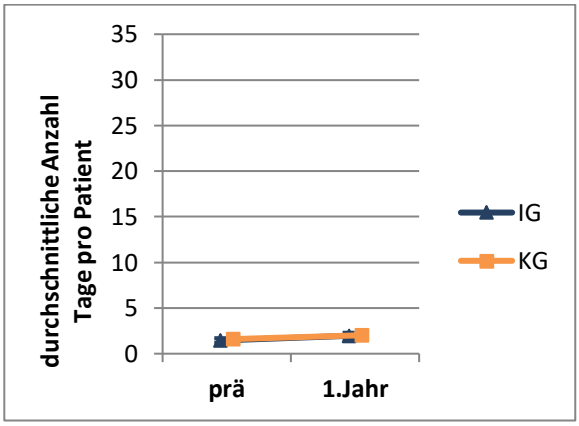
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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)	**1.826**	**1.826**	**1.757**	**1.815**	**1.815**	**1.763**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,3 %	68,8 %	13,4 %	8,4 %	59,5 %	12,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	35,7 %	4,7 %	0,8 %	17,5 %	2,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,6 %	84,7 %	15,4 %	9,0 %	69,9 %	14,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,3 %	3,5 %	1,6 %	1,3 %	3,0 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,4 %	13,1 %	11,0 %	13,1 %	13,7 %	10,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,0	17,4	4,2	2,4	20,3	4,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,1	10,7	1,3	0,2	6,7	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,1	28,1	5,5	2,6	26,9	5,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,0	0,3	0,3	0,8	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	2,1	1,3	1,6	2,1	1,4

[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

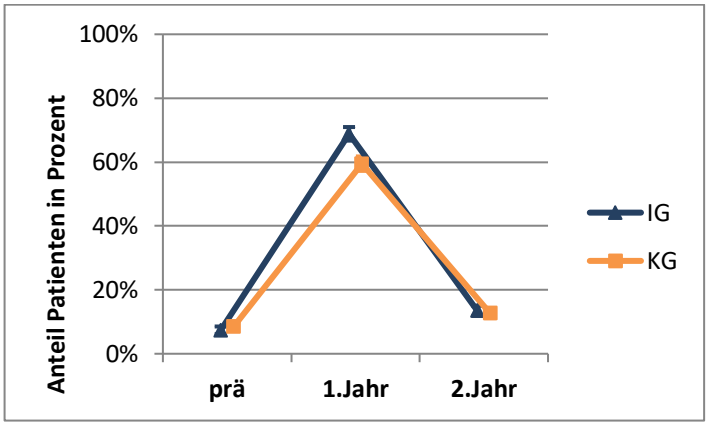
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

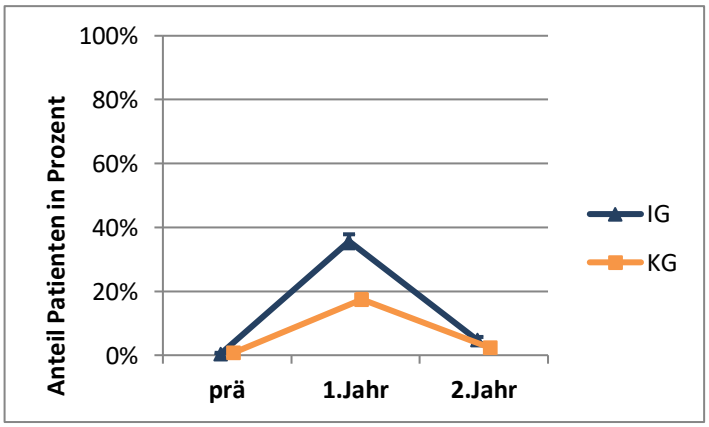
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

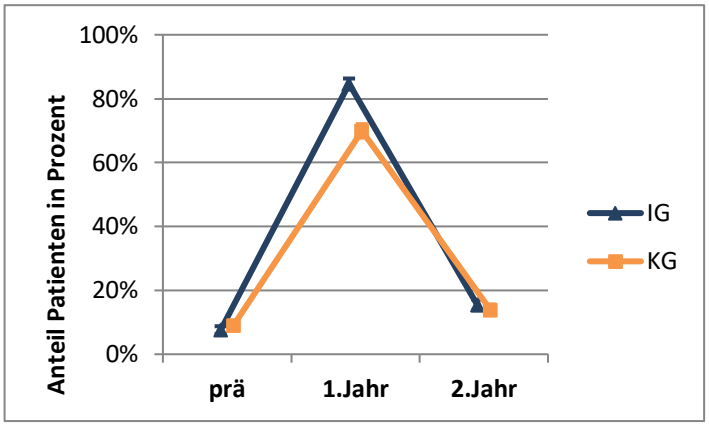
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



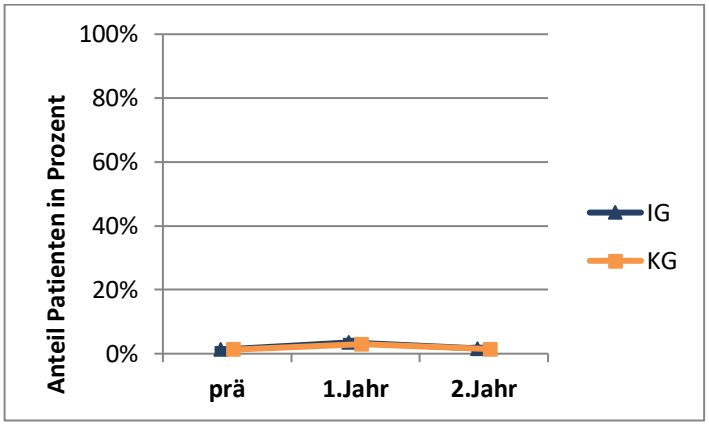
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



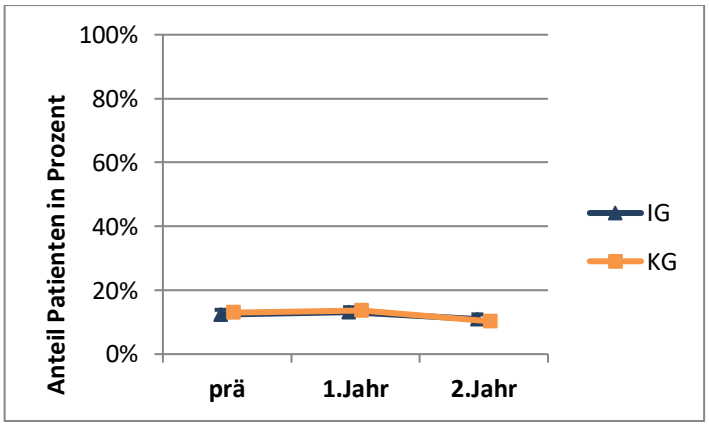
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

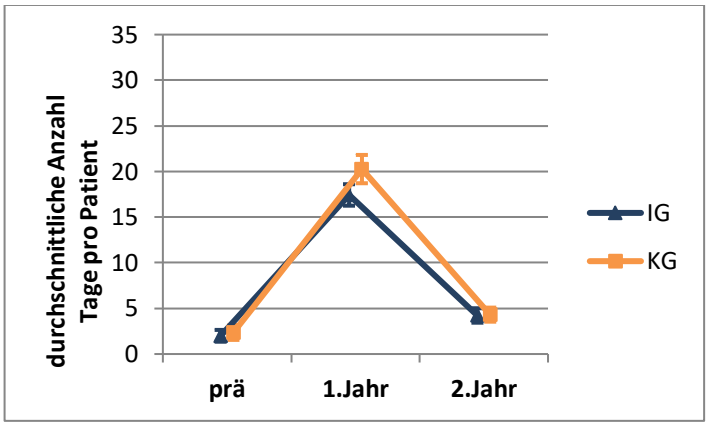


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

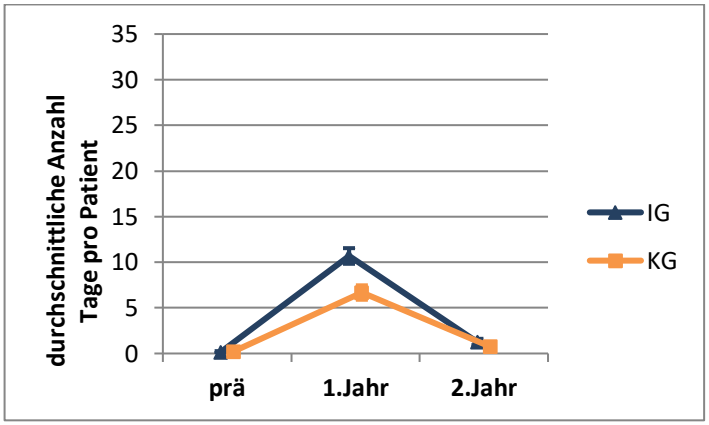


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

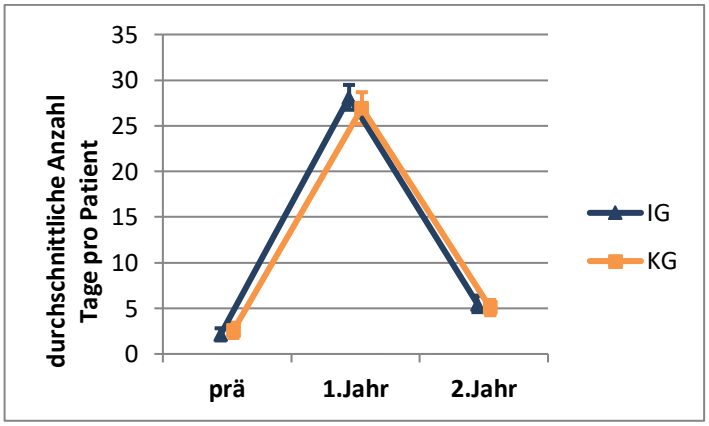
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



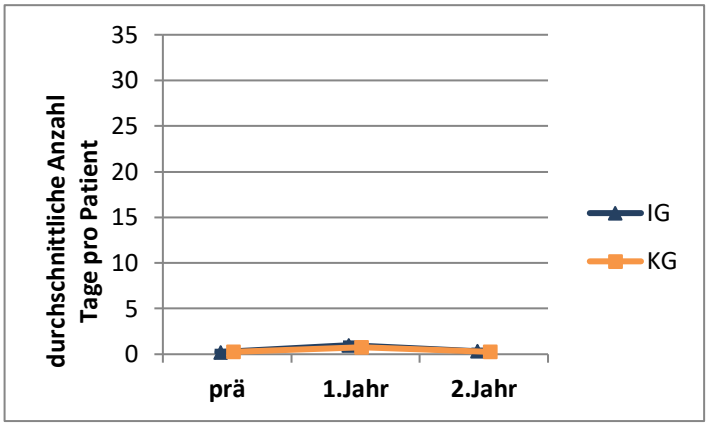
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

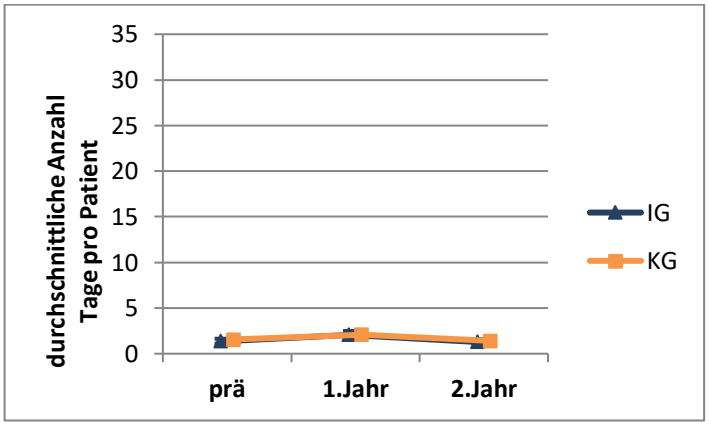


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	2,09*** 1,54…2,84	5,06*** 2,08…12,30	-2,47* -4,39…-0,54	4,08*** 3,07…5,09
DID Jahr 2	1,24 0,90…1,72	3,59** 1,39…9,30	0,24 -1,68…2,17	0,55 -0,46…1,56
Gruppe	0,80 0,62…1,02	0,56 0,23…1,33	-0,76 -2,12…0,60	-0,14 -0,86…0,57

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

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

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

Tabelle 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)	**1.244**	**1.244**	**1.202**	**1.180**	**1.239**	**1.239**	**1.202**	**1.174**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,3 %	70,1 %	14,0 %	12,7 %	8,2 %	62,2 %	13,6 %	11,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,6 %	34,8 %	4,9 %	3,9 %	0,7 %	15,3 %	2,2 %	1,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,6 %	85,9 %	15,7 %	14,3 %	8,8 %	71,0 %	14,5 %	12,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,4 %	3,4 %	1,5 %	0,9 %	1,4 %	3,1 %	1,5 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,4 %	13,5 %	12,1 %	10,7 %	13,5 %	14,5 %	10,1 %	9,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	1,8	18,0	4,5	4,2	2,2	21,2	4,5	4,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	10,7	1,2	1,0	0,1	5,5	0,6	0,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,0	28,7	5,7	5,3	2,4	26,7	5,1	5,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,9	0,3	0,1	0,3	0,8	0,3	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	2,2	1,4	1,4	1,6	2,0	1,3	1,4

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

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

berücksichtigt.

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**590**	**590**	**573**	**560**	**587**	**587**	**577**	**559**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	42,4 %	52,4 %	27,6 %	23,8 %	44,1 %	51,8 %	30,5 %	23,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	9,2 %	16,1 %	5,1 %	6,8 %	7,3 %	8,3 %	1,7 %	1,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	44,6 %	59,7 %	28,4 %	25,7 %	47,4 %	56,2 %	31,0 %	24,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	9,5 %	6,1 %	3,1 %	2,3 %	8,7 %	4,6 %	3,3 %	2,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,1 %	15,6 %	15,4 %	13,6 %	16,9 %	14,5 %	16,3 %	16,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	14,0	18,5	8,4	7,9	18,6	22,8	13,6	10,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	2,5	4,3	1,0	1,3	2,5	2,8	0,4	0,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	16,6	22,8	9,4	9,2	21,1	25,6	14,0	11,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,1	1,2	0,7	0,6	2,4	1,3	0,8	0,9
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	2,6	1,8	1,6	2,2	2,1	1,9	2,6

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

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

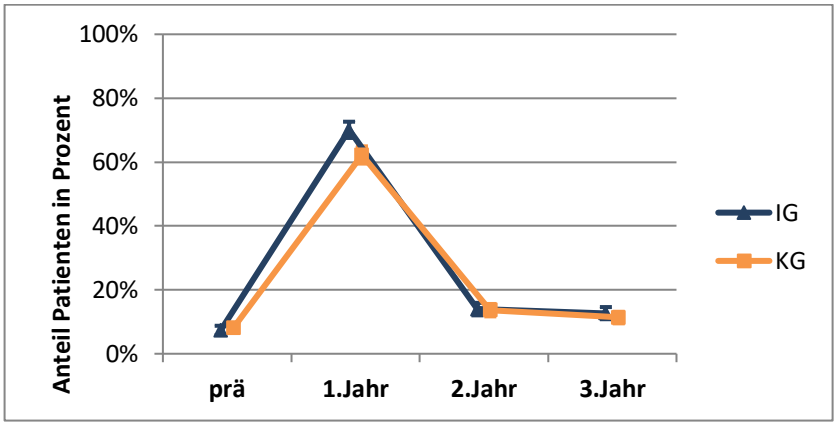
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

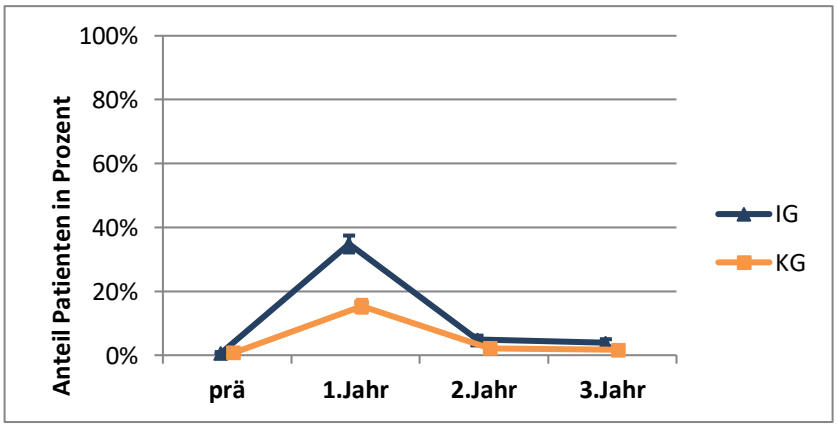
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

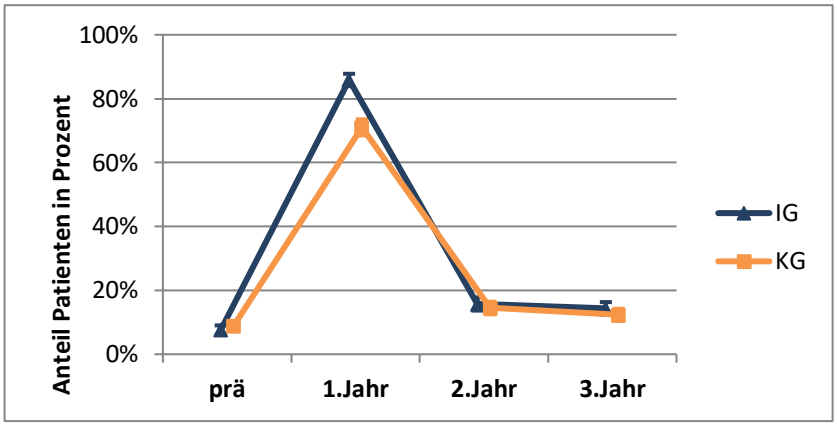
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



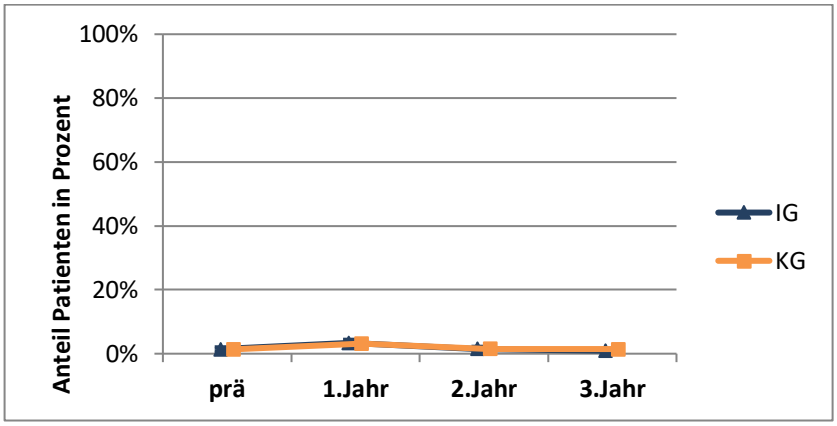
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



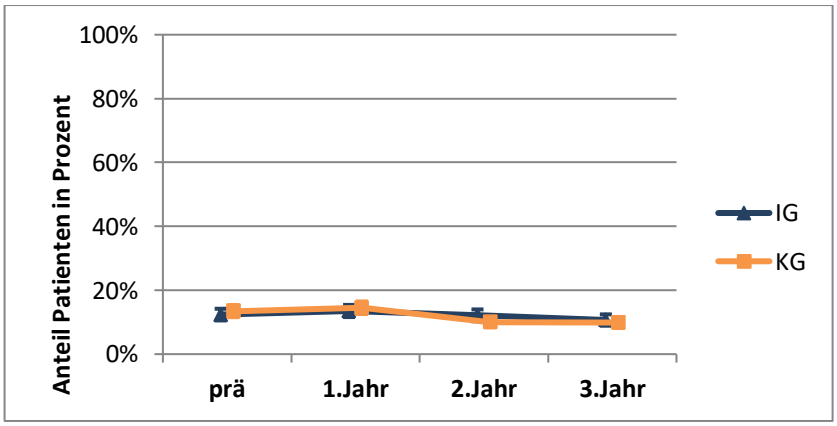
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

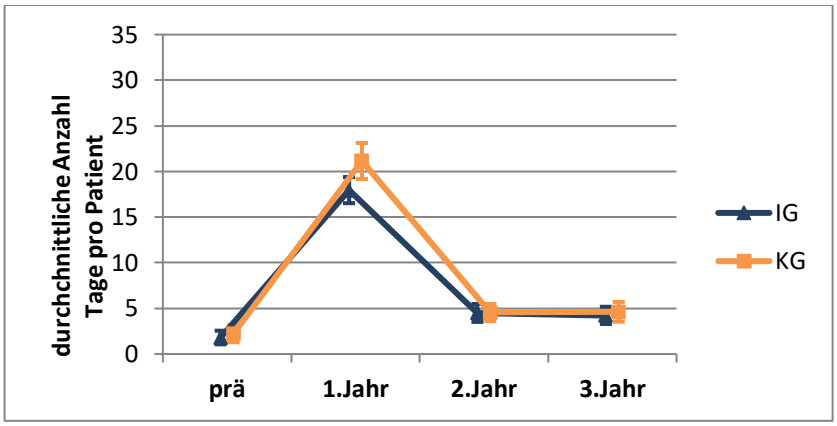


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

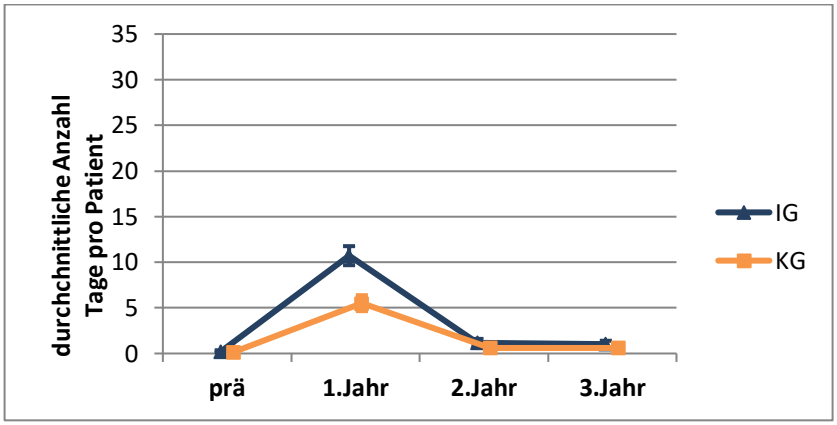


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

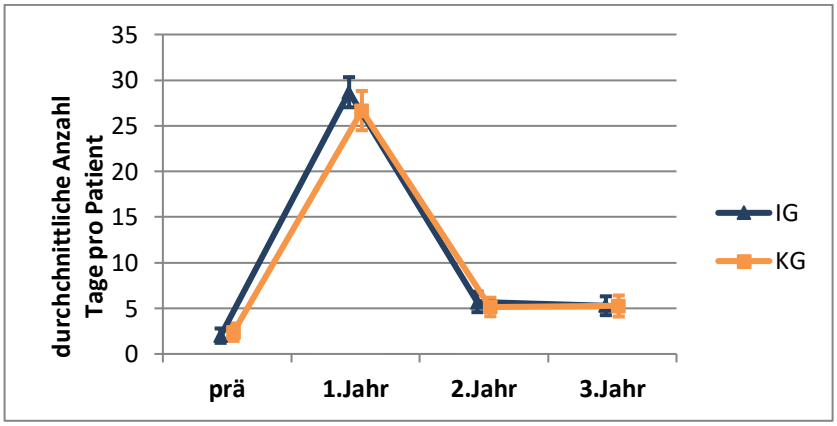
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



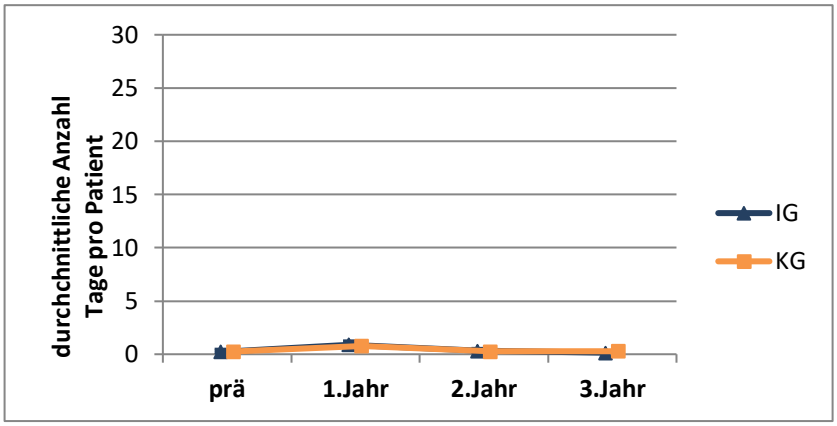
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



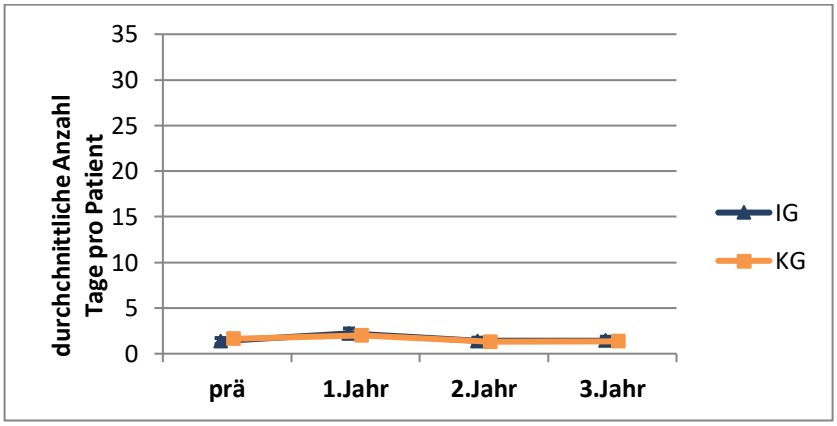
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



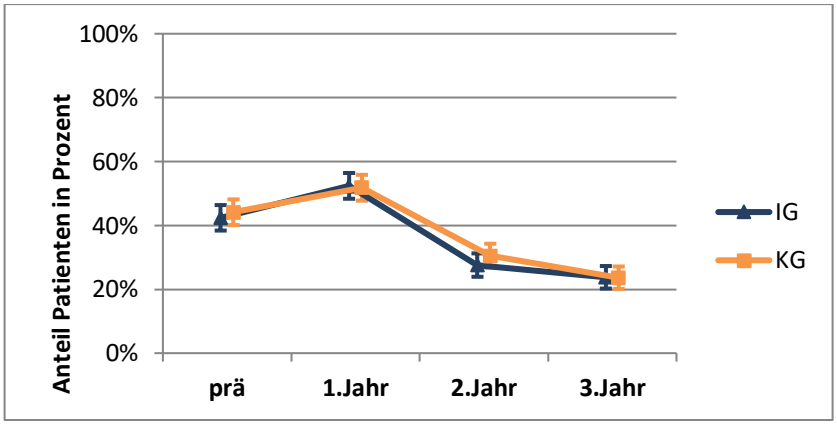
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

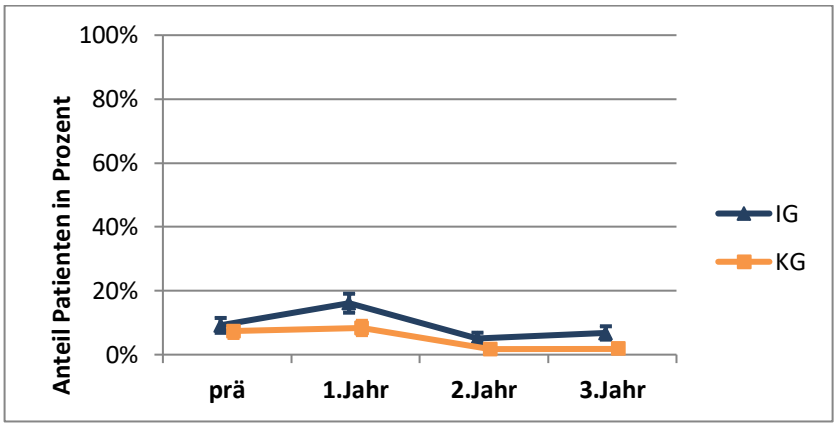
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

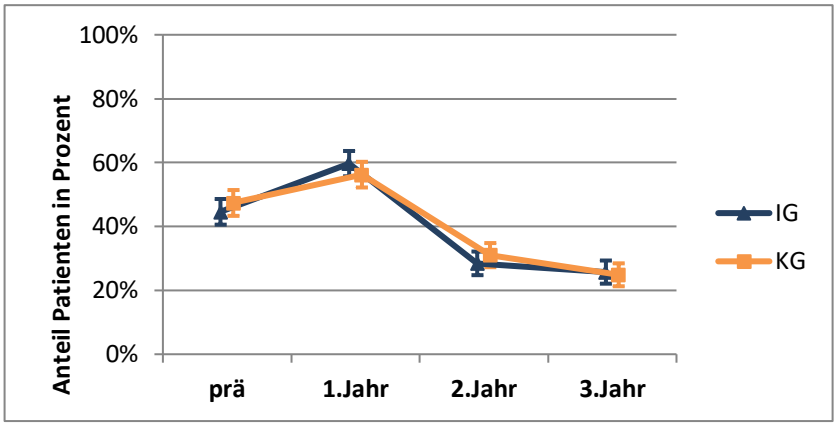
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



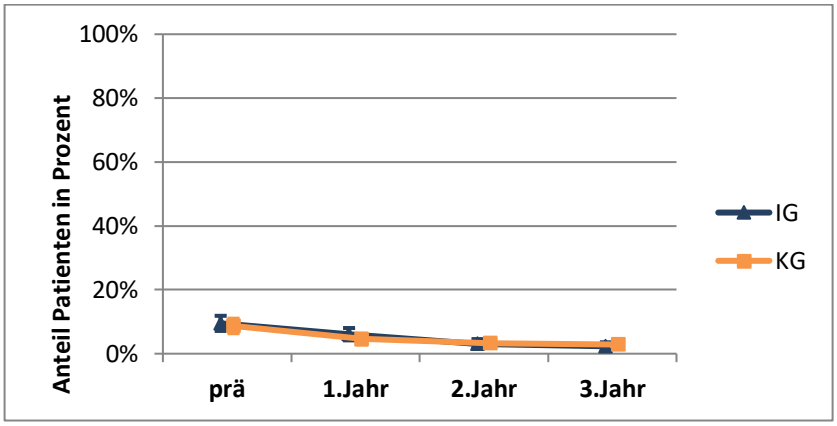
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



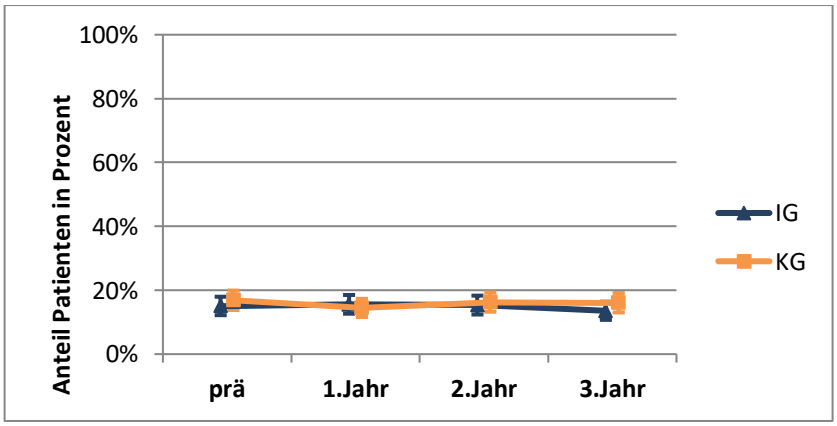
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

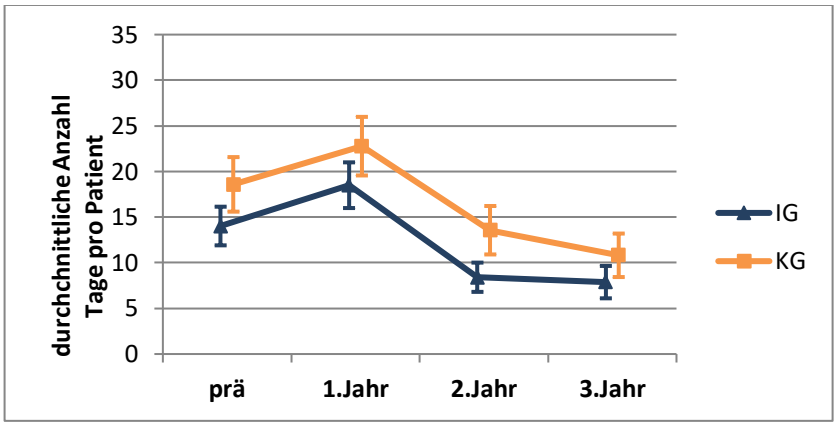


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

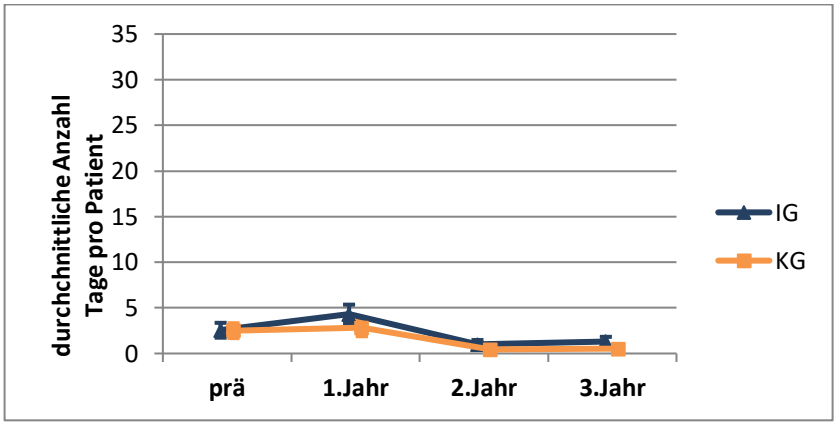


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

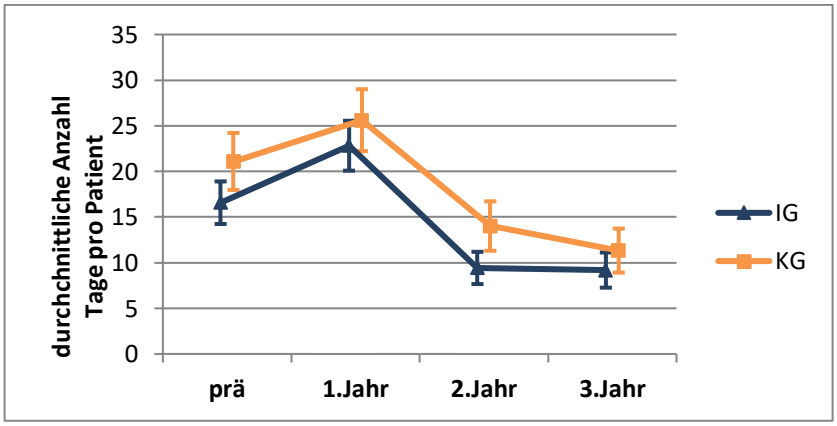
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



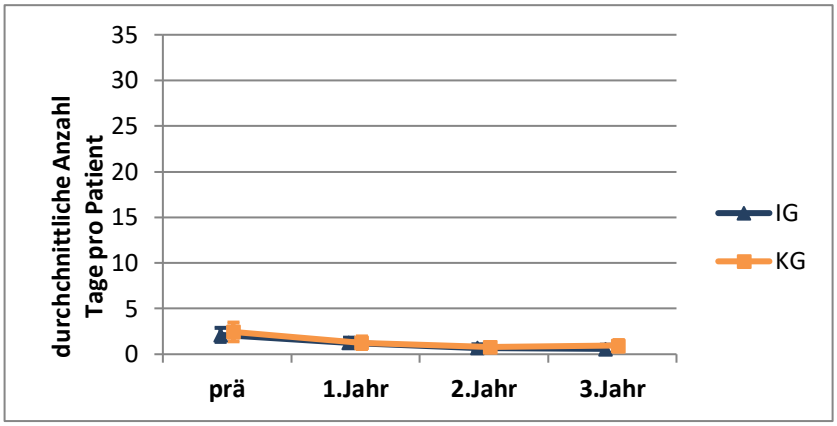
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



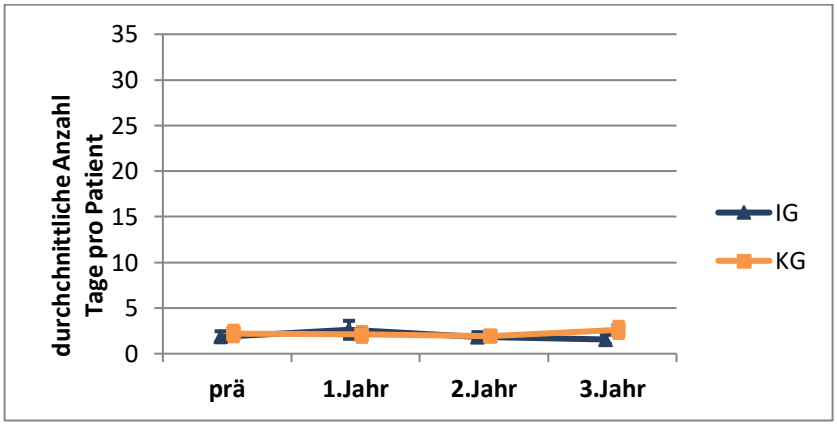
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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 klinikneuen Patienten über die Beobachtungszeit stets geringere durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Dabei war dieser Gruppenunterschied in allen vier Jahren statistisch signifikant (Gruppenschätzer: 1. Jahr = -1,7; 2. Jahr: -1,59; 3. Jahr: -1,26; 4. Jahr: -1,26 PIA-Kontakte). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in der IG stets eine leicht höhere Anzahl an PIA-Kontakten im Vergleich zu Patienten der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren jedoch nicht ersichtlich.

Bei der Betrachtung der **Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten waren in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets eine leicht höhere Anzahl an Kontakten im Vergleich zur KG ersichtlich (prä: +0,0; 1. Jahr: +1,3; 2. Jahr: +1,7; 3. Jahr: +1,0; 4. Jahr: +0,6 Kontakte). Diese Unterschiede waren für die ersten beiden Jahre nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD = +1,3 bzw. +1,6 Kontakte). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich hier zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe mit leicht höherer Inanspruchnahme in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall (prä: -0,1; 1. Jahr: +0,4; 2. Jahr: +0,8; 3. Jahr: +1,0; 4. Jahr: +0,5 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein leicht 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: +3,6 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärker als in der KG an (IG: +2,0 Kontakte; KG: +1,1 Kontakte). Die Anzahl der Kontakte war in der IG stets höher im Vergleich zur KG.

U3: Bei den klinikneuen 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 ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war in beiden Jahren statistisch signifikant (beide DiD = -1,2 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U1 und 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. Die größere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall war in beiden Jahren statistisch signifikant (beide DiD = 1,1 Kontakte).

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 klinikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG weniger stark als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG stets geringer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe. Hier wurde jedoch die PIA in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stärker in Anspruch genommen im Vergleich zur KG (prä: -0,3; 1. Jahr: +1,5; 2. Jahr: +1,2; 3. Jahr: +0,3 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten war, analog zu U1 bis U3, in der IG stets größer als in der KG (prä: +0,4; 1. Jahr: +1,5; 2. Jahr: +1,6; 3. Jahr: +1,0 Kontakte). Bei den klinikbekannten Patienten stiegen die Kontakte in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und blieben auf dem erhöhten Niveau in den folgenden zwei Jahren. Bei der KG war die Anzahl der Kontakte im Jahr vor Referenzfall größer als in der IG. Diese sank jedoch über den Zeitverlauf kontinuierlich, ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall unter dem Wert der IG (IG vs. KG: prä: -0,9; 1. Jahr: +0,0; 2. Jahr: +0,2; 3. Jahr: +0,6 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)	**624**	**624**	**605**	**590**	**579**	**619**	**619**	**596**	**578**	**562**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**0**	**624**	**605**	**590**	**579**	**0**	**619**	**596**	**578**	**562**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**610**	**616**	**587**	**573**	**558**	**595**	**606**	**567**	**556**	**533**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	2,0	0,9	1,0	1,3	–*	3,7	2,5	2,3	2,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,2	4,3	4,1	3,6	3,0	2,2	2,9	2,4	2,6	2,4
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	13,4	17,5	14,8	14,2	12,0	10,4	13,7	12,0	11,8	10,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	–*	0,0	0,0	0,0	0,0	–*	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,6	0,8	0,8	0,7	0,9	0,7	0,5	0,6	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	0,3	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	6,5	6,7	6,8	7,9	8,4	4,7	7,7	7,5	6,0	6,0

[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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**					**KG**				
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle Patienten (n)	**518**	**518**	**501**	**490**	**478**	**513**	**513**	**505**	**491**	**480**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**0**	**518**	**501**	**490**	**478**	**0**	**513**	**505**	**491**	**480**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**510**	**512**	**491**	**479**	**463**	**498**	**500**	**488**	**476**	**451**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	7,2	7,2	5,2	5,2	–*	5,8	5,9	4,7	5,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,6	2,9	2,9	2,8	2,3	2,7	2,6	2,1	1,9	1,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	17,3	17,6	18,0	17,5	17,6	14,3	13,4	14,2	14,1	13,5

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

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

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

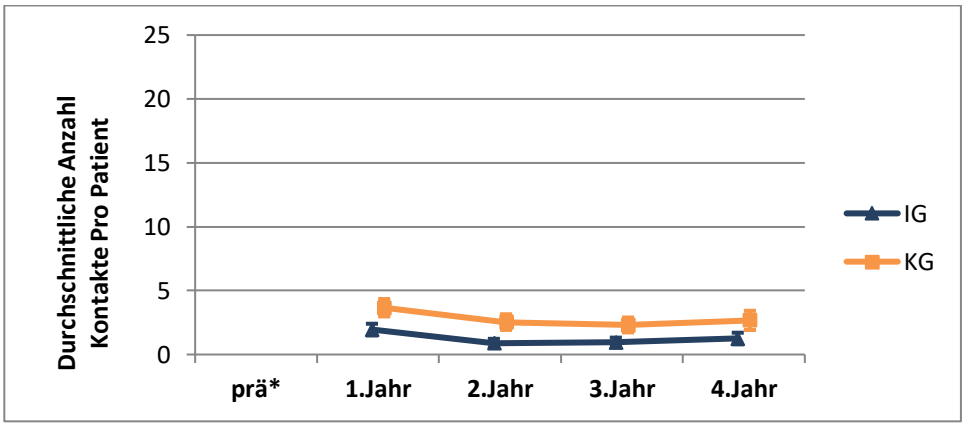
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

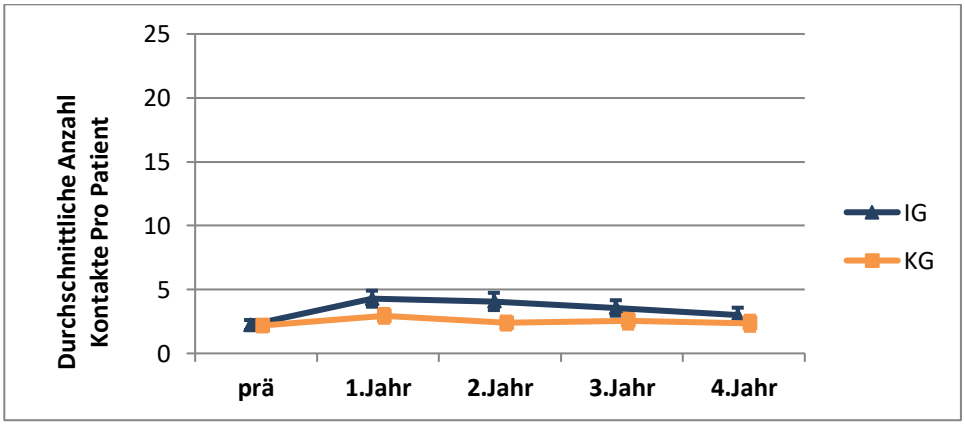
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

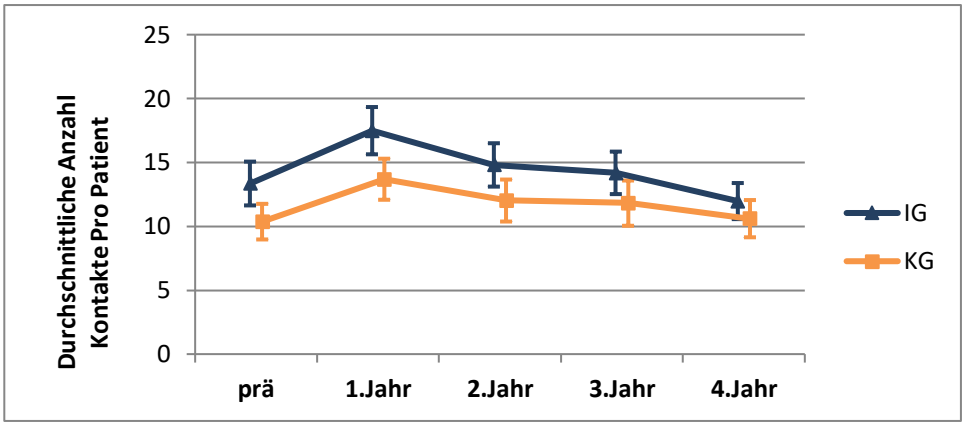


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

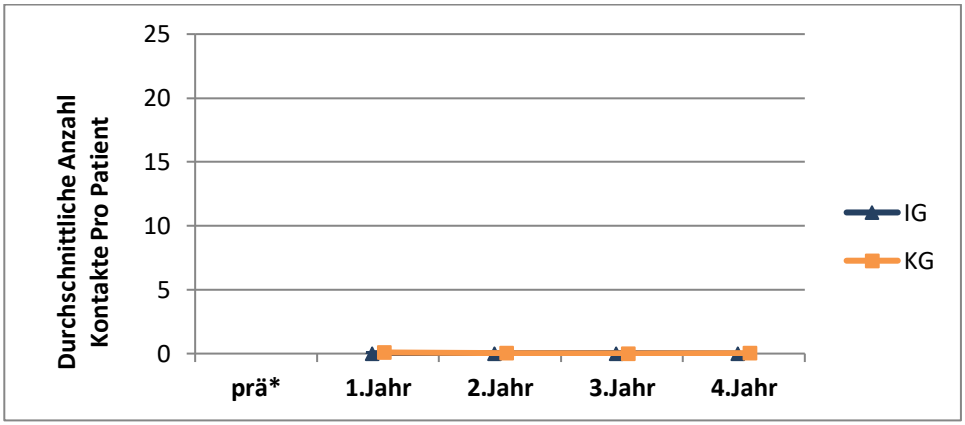


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



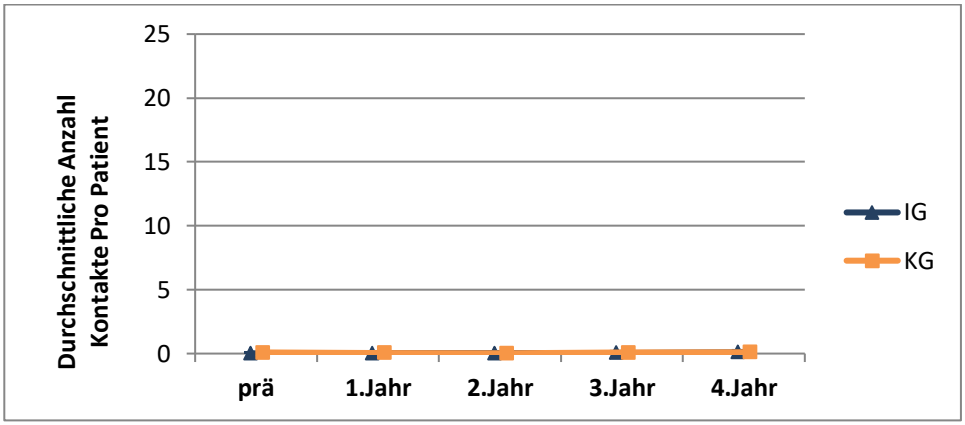
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

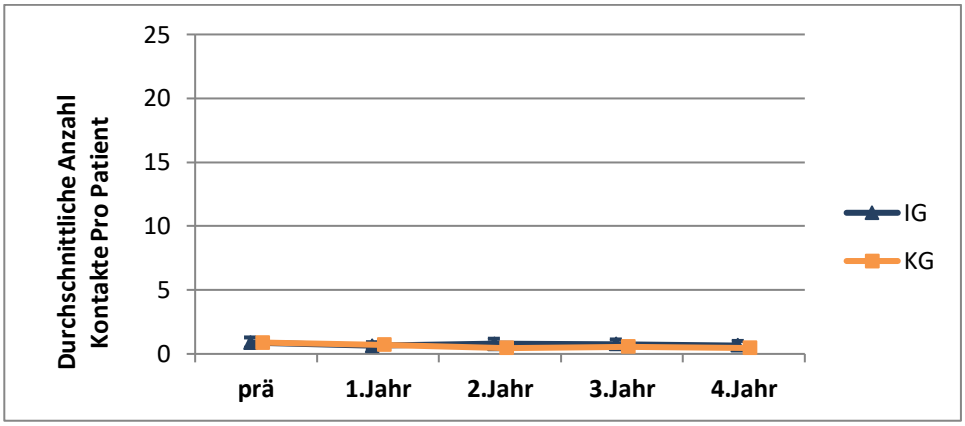


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

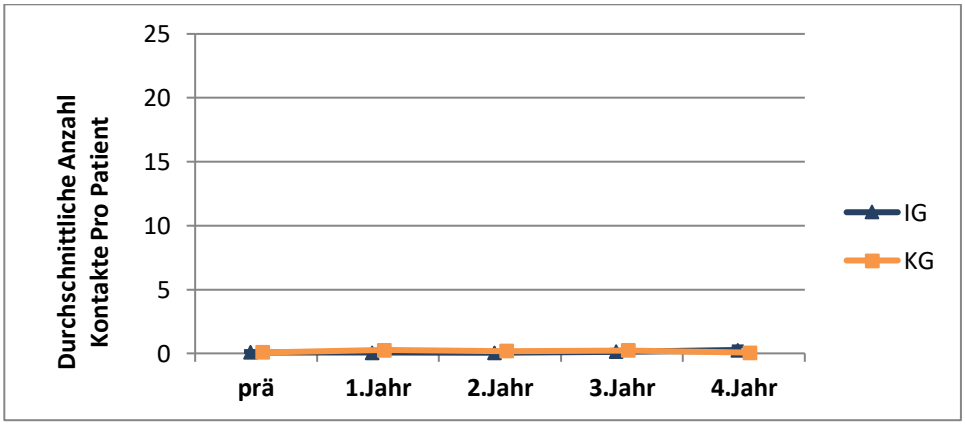


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

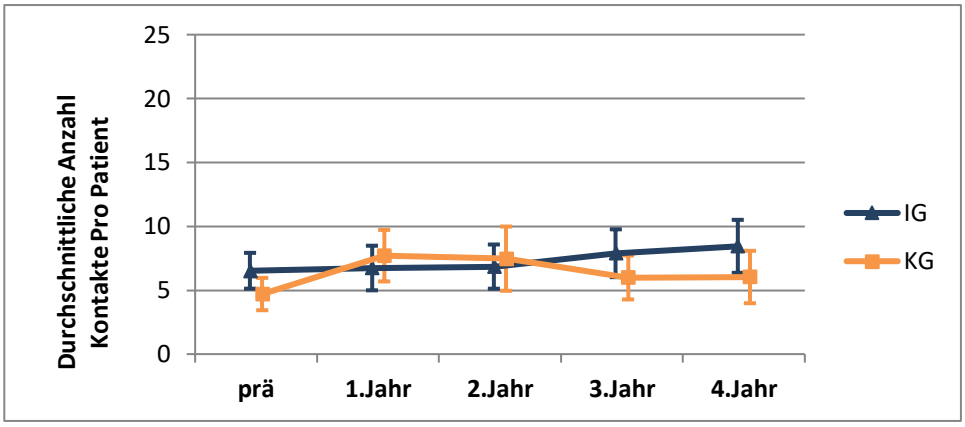


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



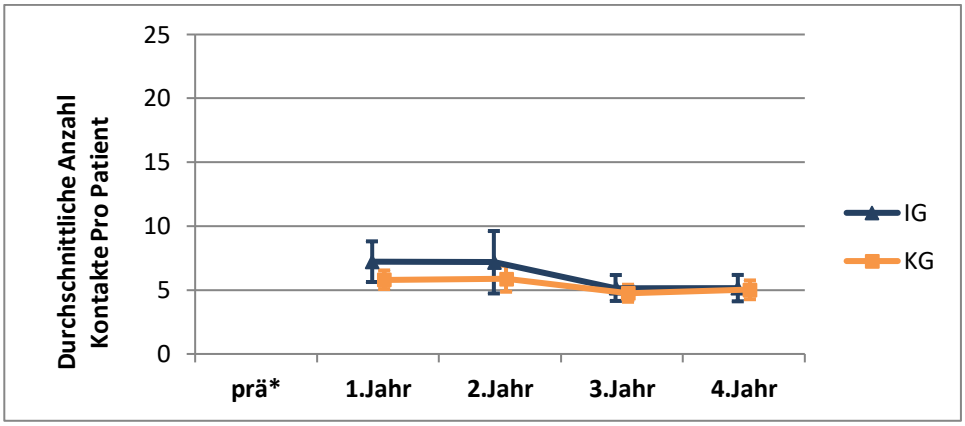
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

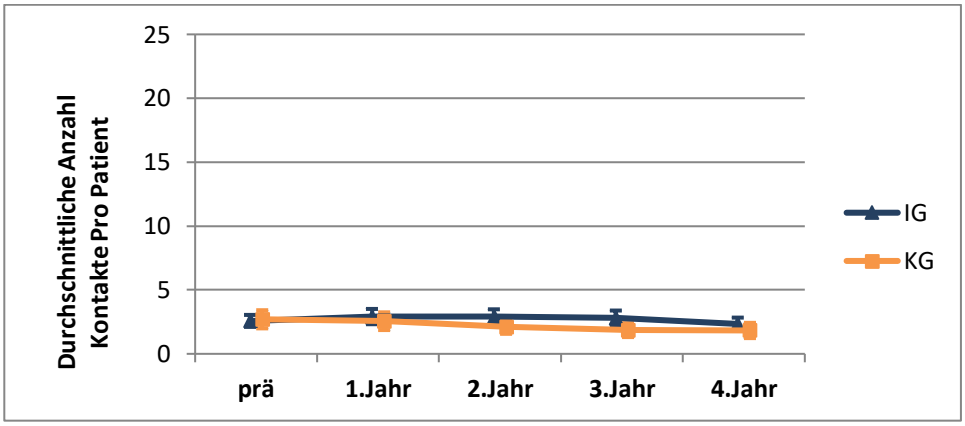
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

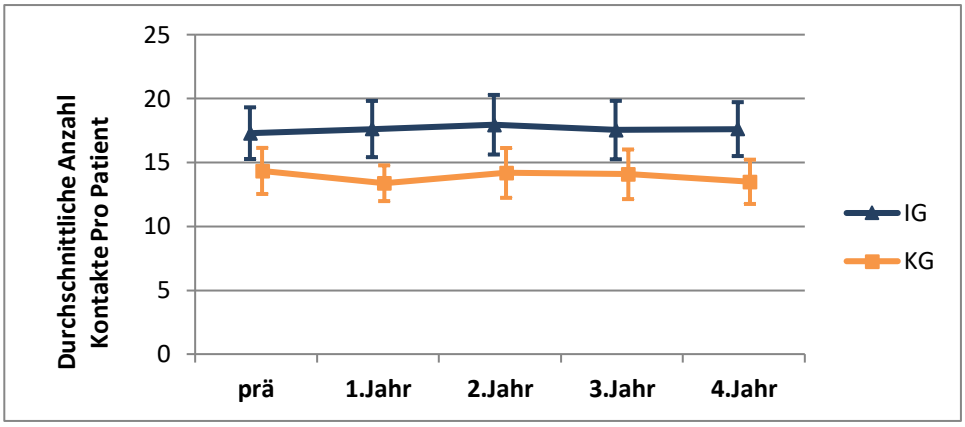


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

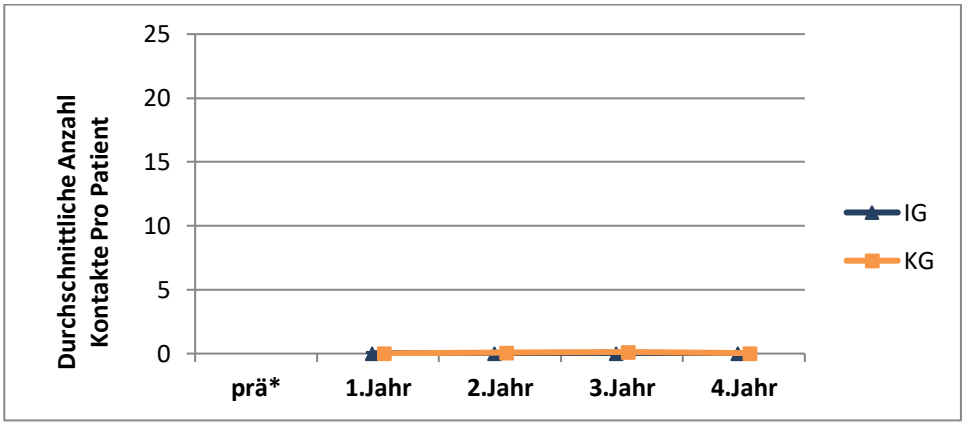


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



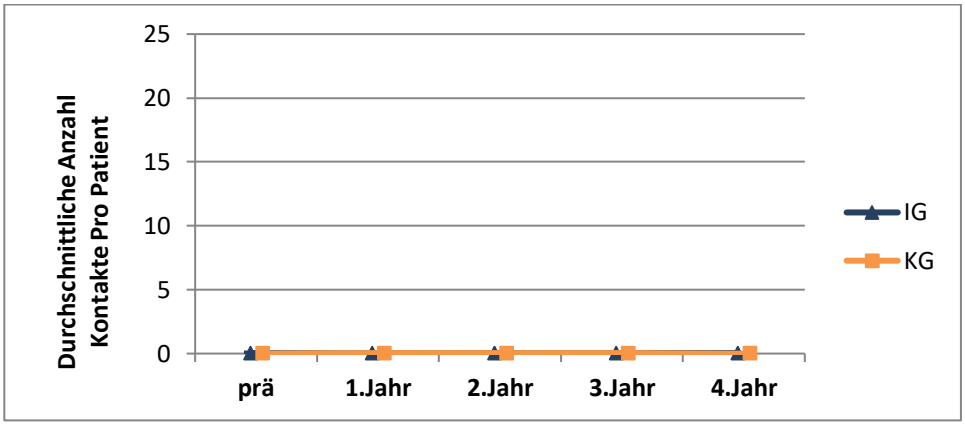
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

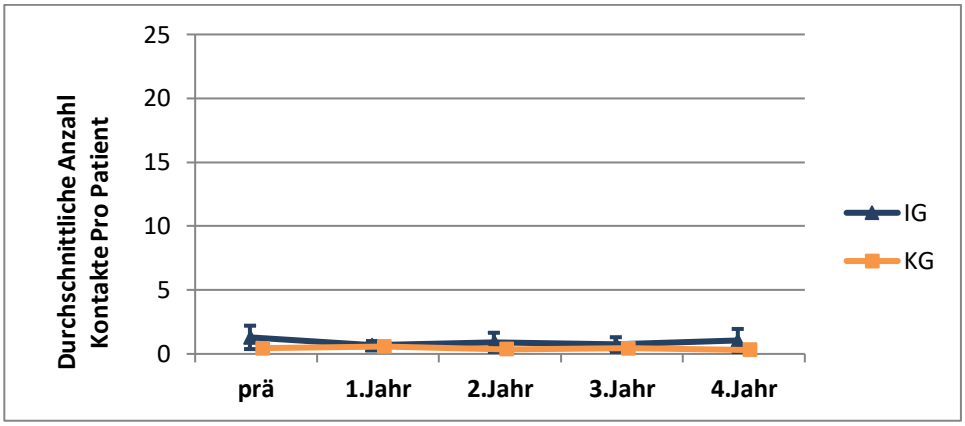


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

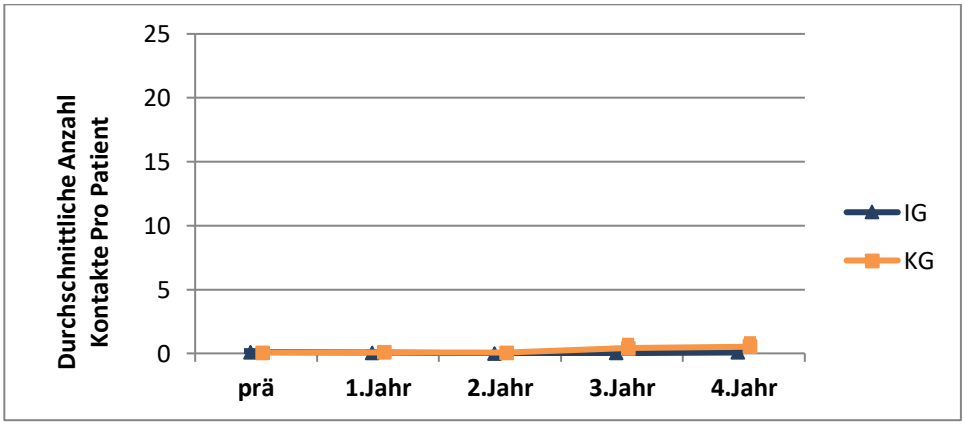


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

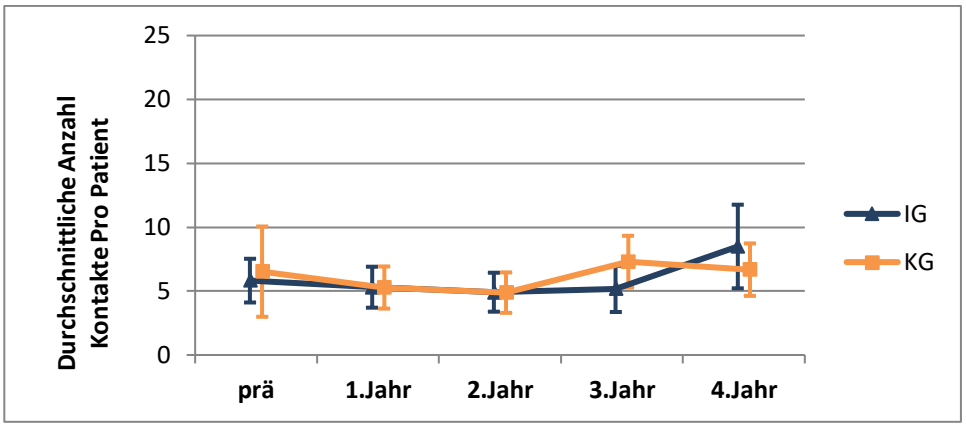

Durchschnittliche Anzahl Kontakte Pro Patient
25
20
15
10
5
0
prä
1.Jahr
2.Jahr
3.Jahr
4.Jahr
IG
KG

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	-1,71*** -2,64…-0,78	1,31* 0,24…2,38	0,82 -2,17…3,80
DID Jahr 2	-1,59** -2,52…-0,66	1,62** 0,56…2,69	-0,20 -3,19…2,79
DID Jahr 3	-1,26** -2,19…-0,33	0,94 -0,13…2,00	-0,61 -3,59…2,38
DID Jahr 4	-1,26** -2,19…-0,34	0,59 -0,48…1,65	-1,49 -4,48…1,49

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	1,41 -0,79…3,61	0,49 -0,61…1,58	1,28 -2,47…5,04
DID Jahr 2	1,15 -1,05…3,35	0,86 -0,24…1,96	0,45 -3,31…4,21
DID Jahr 3	0,34 -1,86…2,54	1,00 -0,09…2,10	0,16 -3,60…3,92
DID Jahr 4	0,06 -2,14…2,26	0,58 -0,52…1,68	0,75 -3,01…4,50

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)	**2.425**	**2.425**	**2.425**	**2.425**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**1.782**	**2.425**	**1.782**	**2.425**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**2.363**	**2.395**	**2.349**	**2.376**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,5	0,1	3,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,8	4,8	2,4	3,5
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	12,3	15,5	10,0	12,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,6	1,0	0,7
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)	6,0	7,2	7,5	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 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

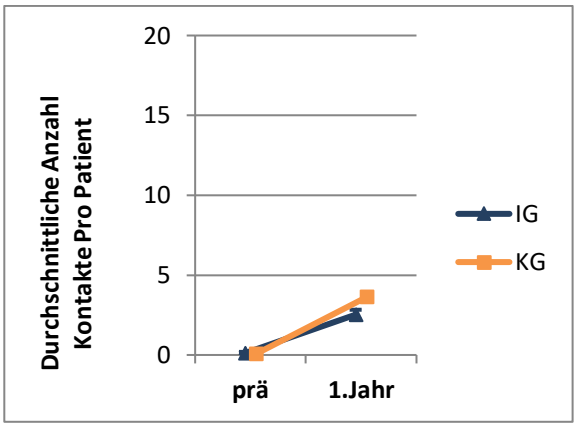
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

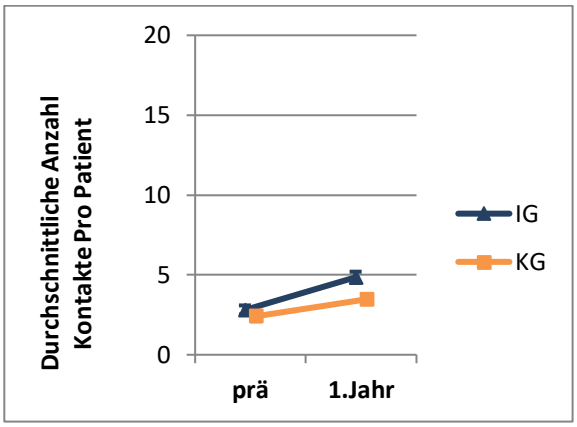
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

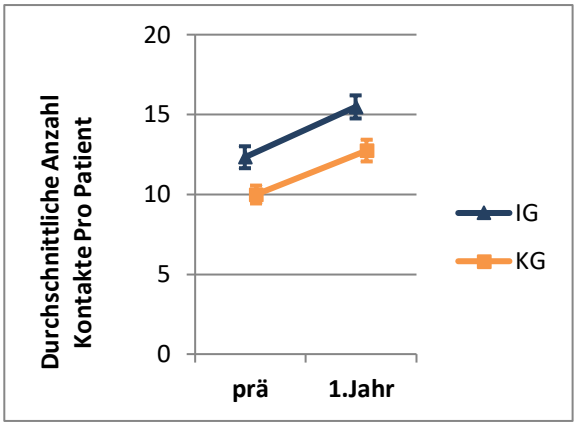
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

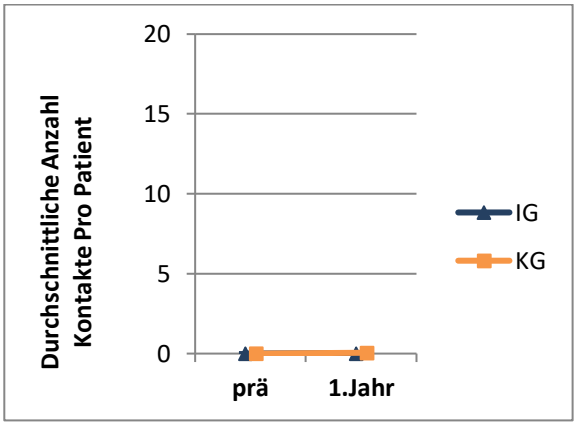


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

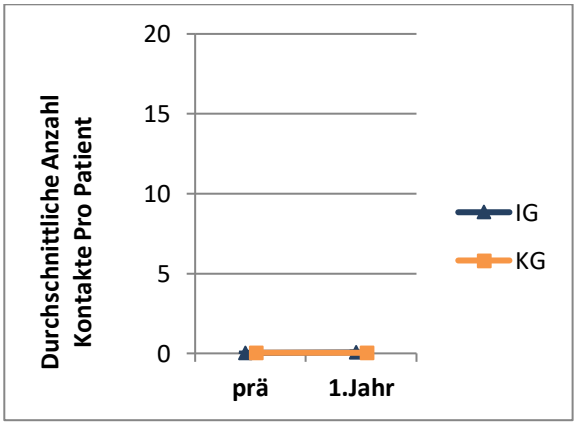


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

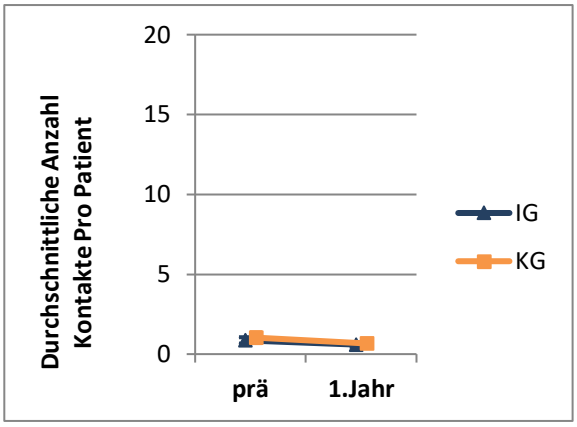
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

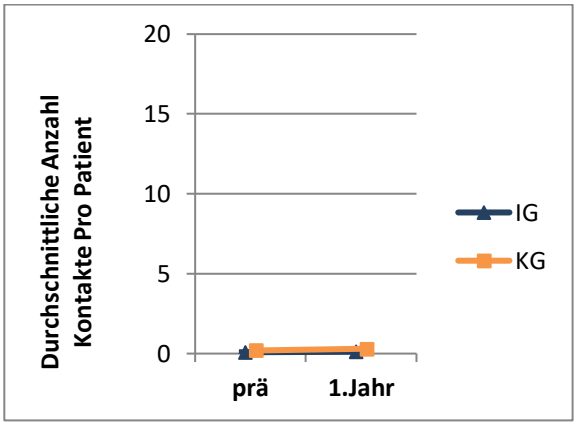


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

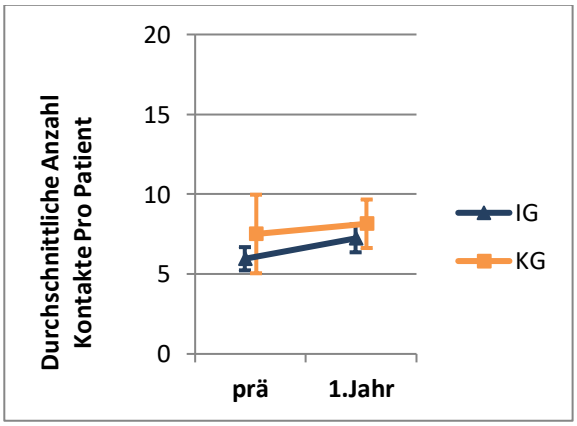


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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)	**1.826**	**1.826**	**1.757**	**1.815**	**1.815**	**1.763**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**1.188**	**1.826**	**1.757**	**1.178**	**1.815**	**1.763**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**1.781**	**1.806**	**1.702**	**1.757**	**1.778**	**1.694**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,2	1,0	0,0	3,5	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,7	4,9	4,4	2,3	3,4	2,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	12,5	15,8	13,3	9,9	13,1	11,4
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
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,6	0,6	1,1	0,7	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	6,0	7,1	7,5	5,9	7,7	9,2

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

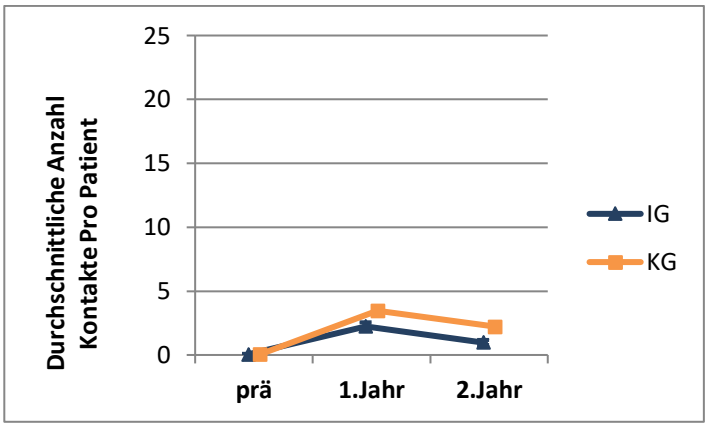
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

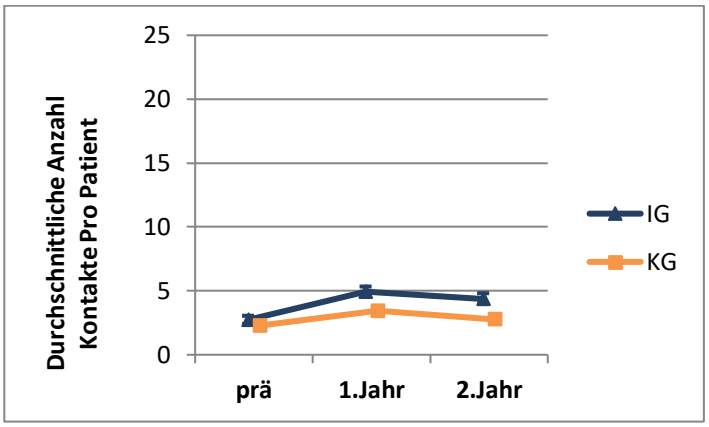
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

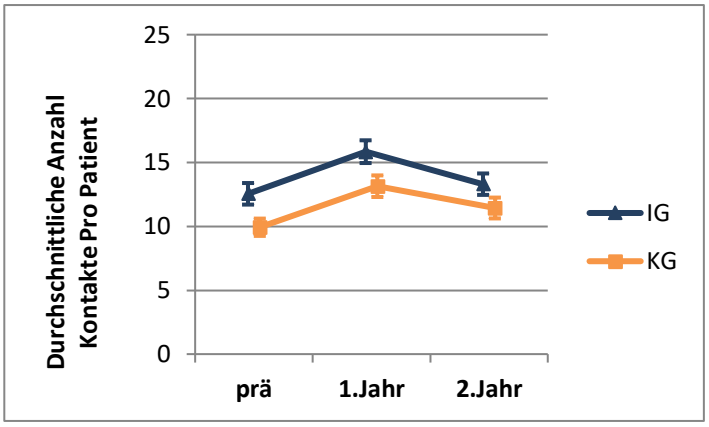
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

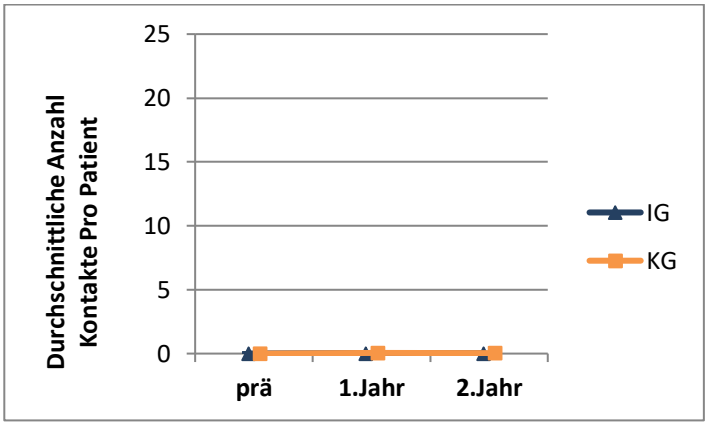


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

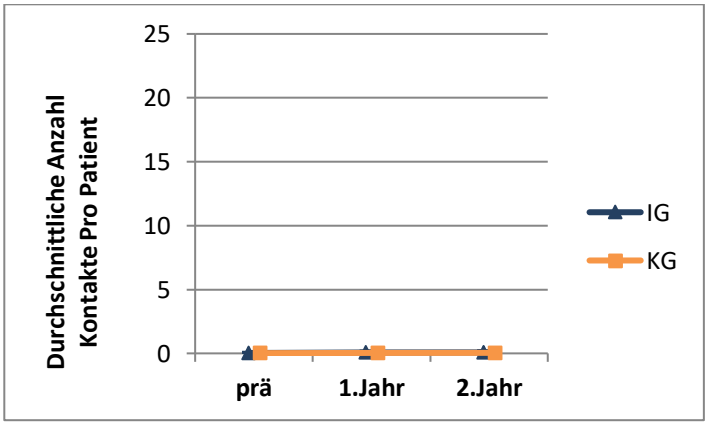


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

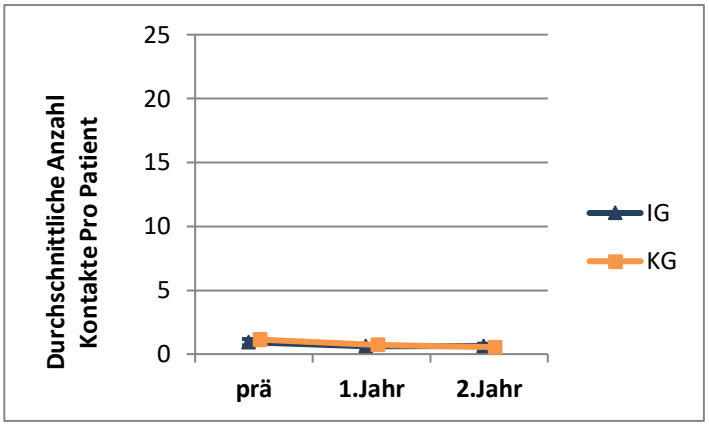
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

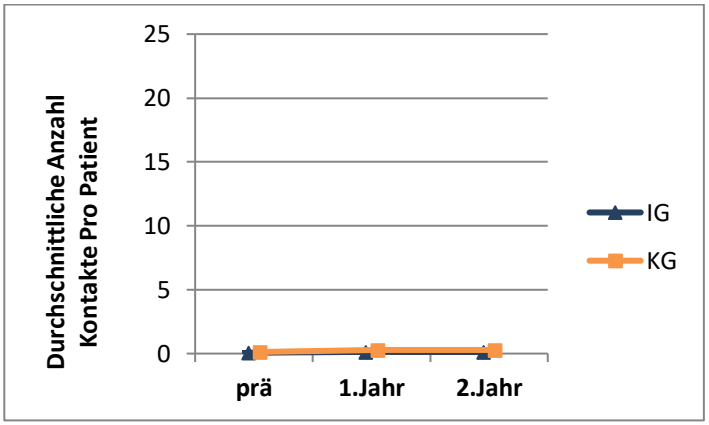


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

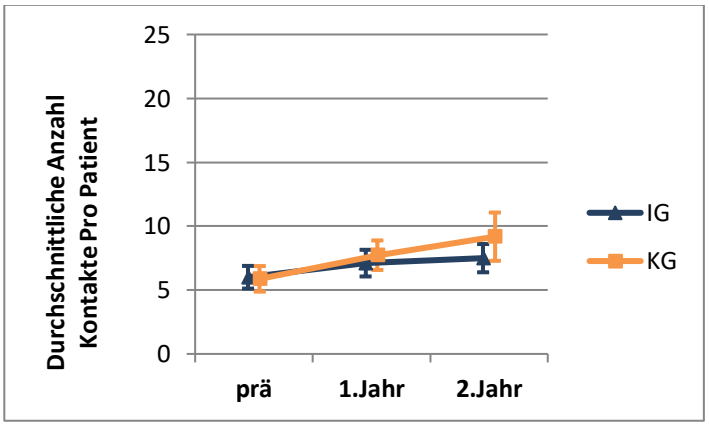


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	-1,23*** -1,72…-0,74	1,05** 0,36…1,73	0,09 -1,41…1,59
DID Jahr 2	-1,21*** -1,70…-0,72	1,08** 0,39…1,76	-0,92 -2,42…0,58

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)	**1.244**	**1.244**	**1.202**	**1.180**	**1.239**	**1.239**	**1.202**	**1.174**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**612**	**1.244**	**1.202**	**1.180**	**609**	**1.239**	**1.202**	**1.174**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**1.213**	**1.230**	**1.166**	**1.136**	**1.196**	**1.214**	**1.152**	**1.123**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,0	1,0	0,9	0,0	3,6	2,4	2,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,5	4,7	4,4	3,5	2,1	3,3	2,8	2,5
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	12,9	15,9	13,8	12,7	10,1	13,3	11,8	10,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	1,0	0,6	0,6	0,6	1,1	0,7	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	6,3	6,5	6,9	8,3	5,6	7,6	8,6	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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**590**	**590**	**573**	**560**	**587**	**587**	**577**	**559**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**65**	**590**	**573**	**560**	**66**	**587**	**577**	**559**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**581**	**584**	**562**	**548**	**571**	**573**	**558**	**543**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	7,1	6,7	4,9	0,3	5,6	5,5	4,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,7	3,1	3,1	3,0	3,6	3,1	2,9	2,4
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	18,0	18,2	18,1	17,7	14,5	13,8	14,1	14,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

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

[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

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

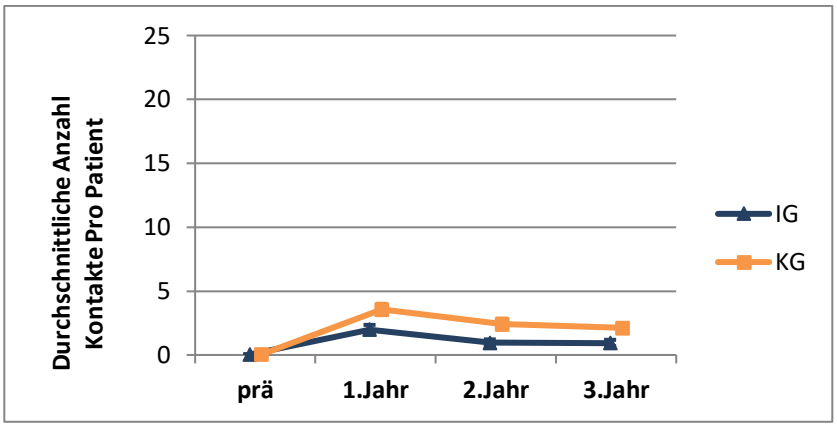
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

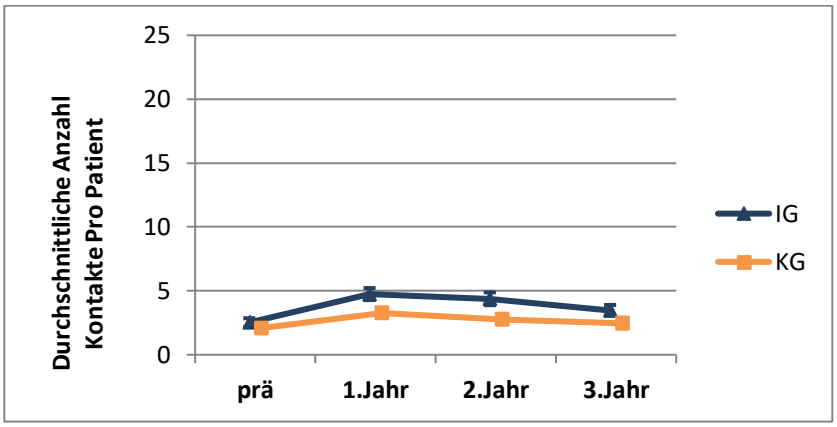
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

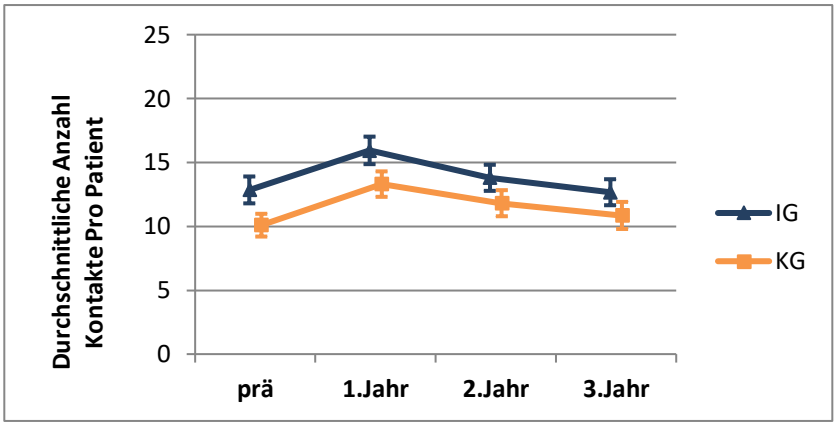
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

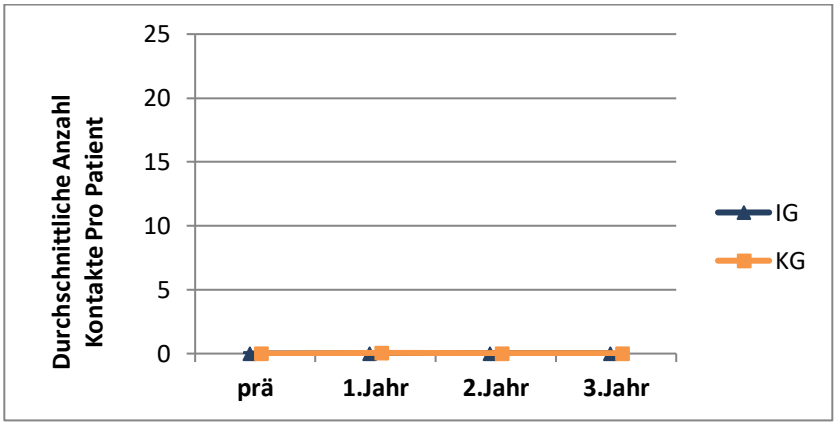


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

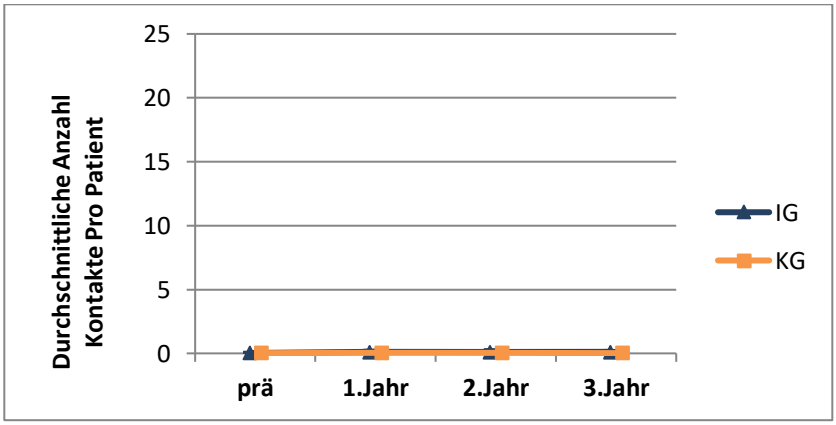


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

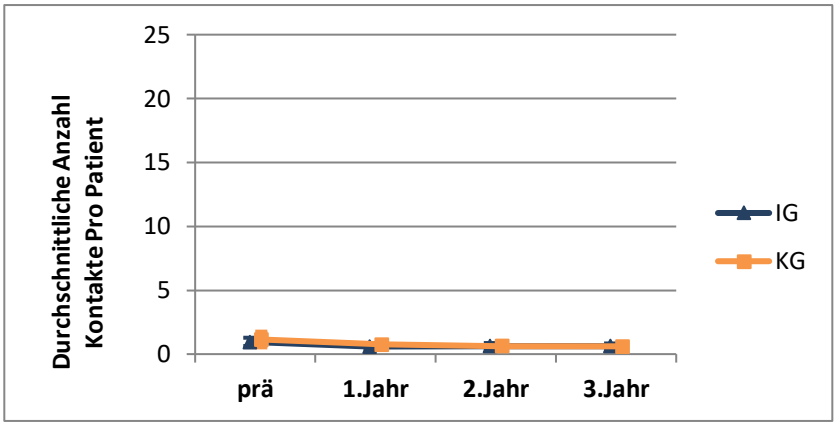
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

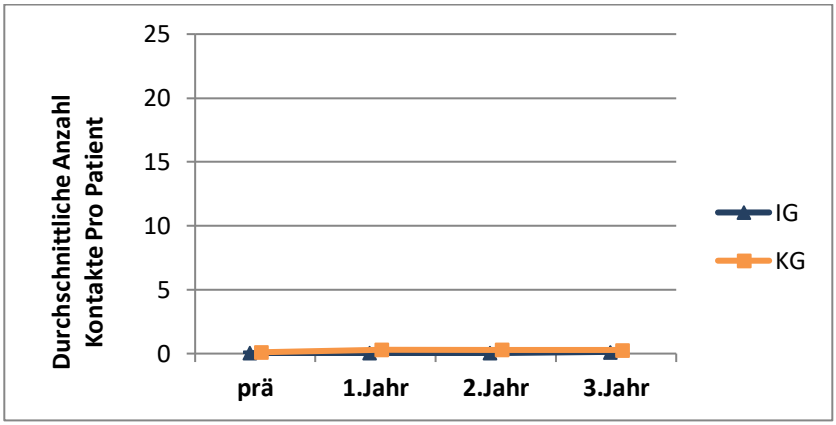


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

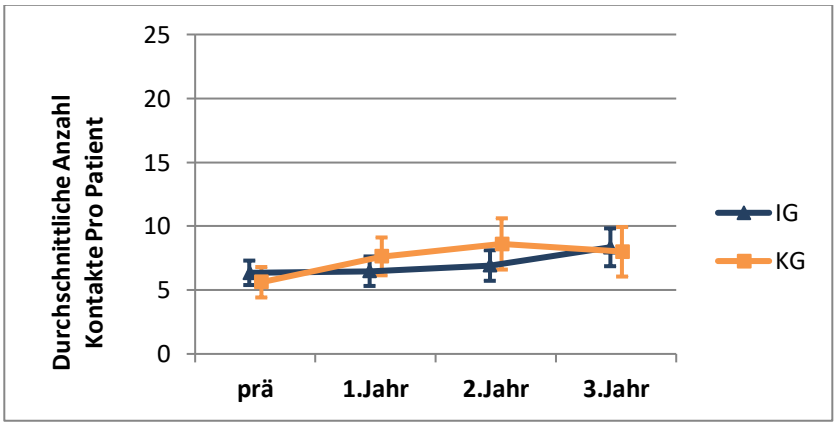


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



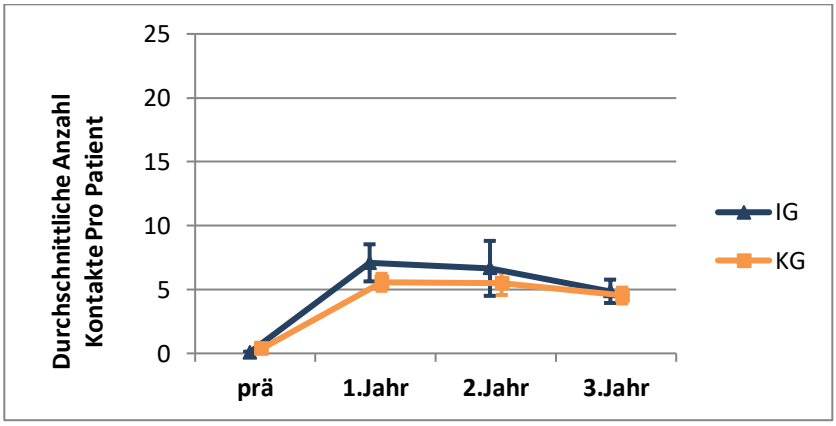
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

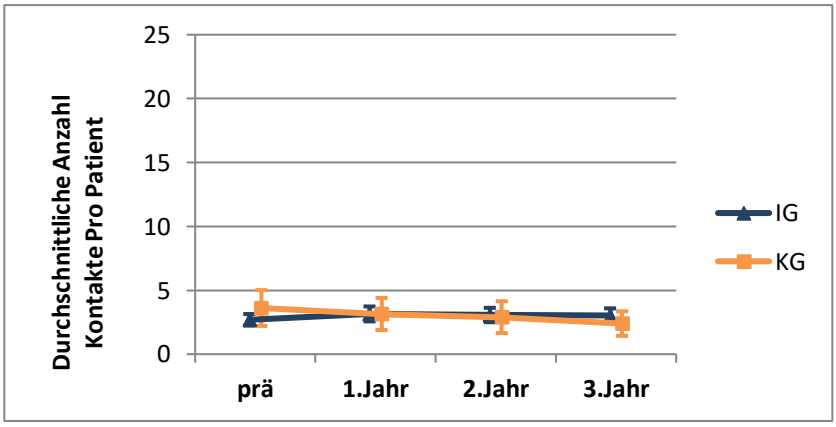
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

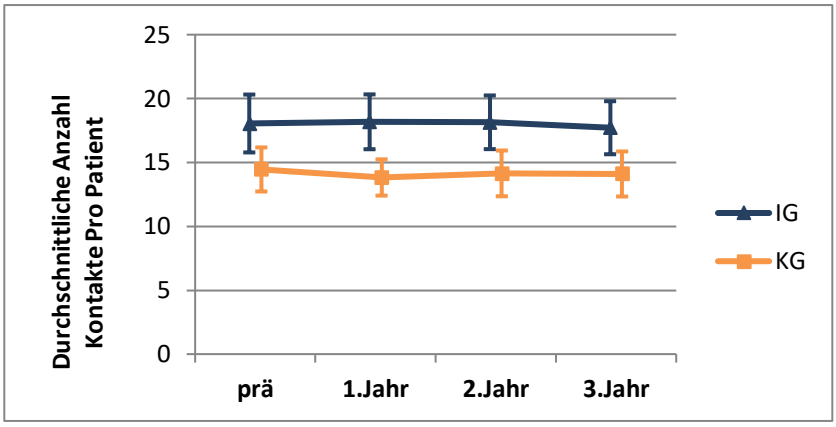
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

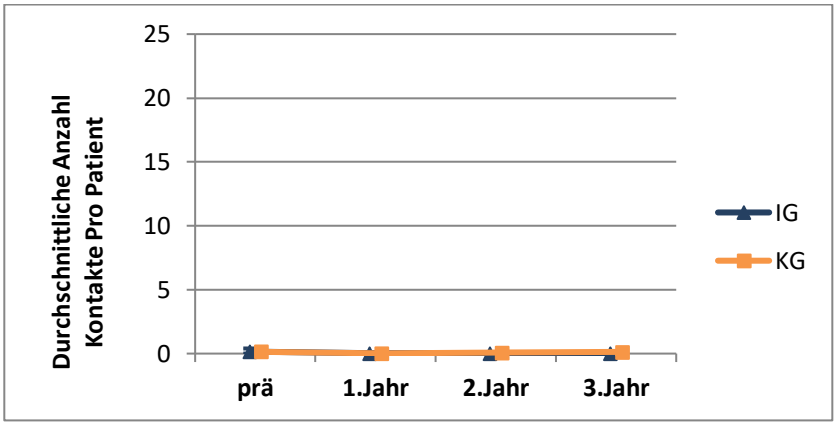


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

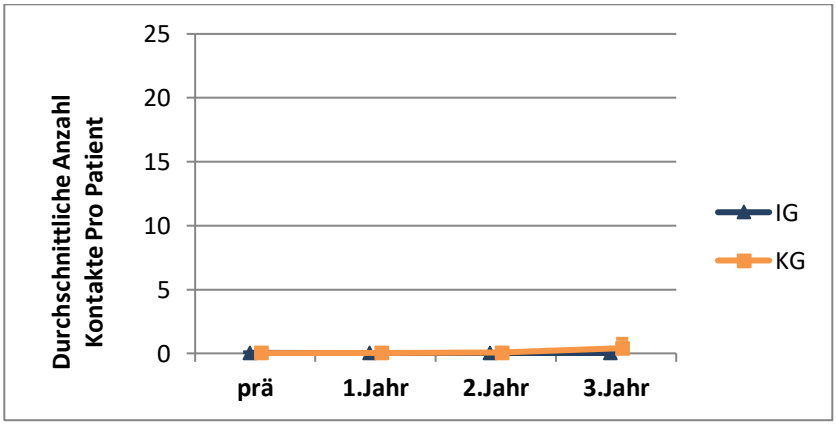


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

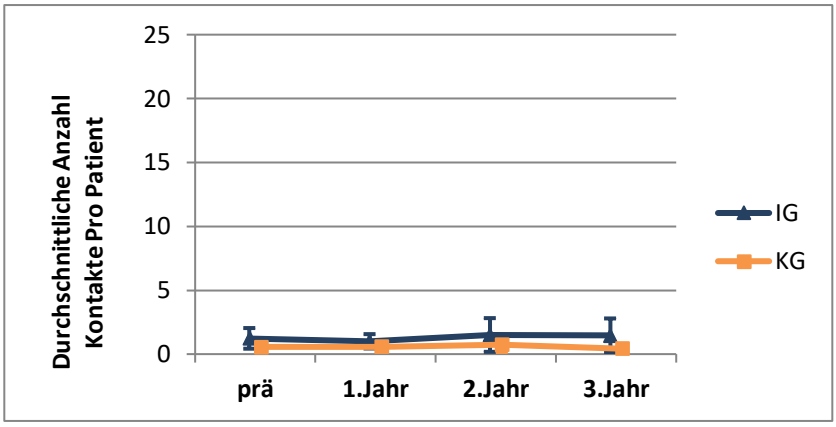
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

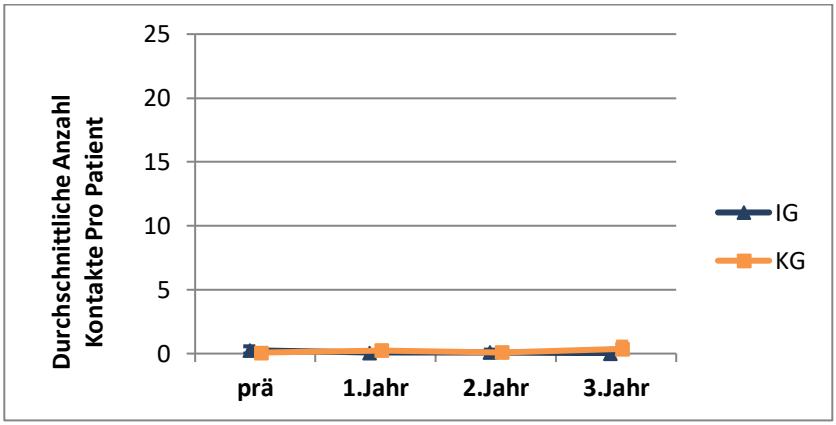


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

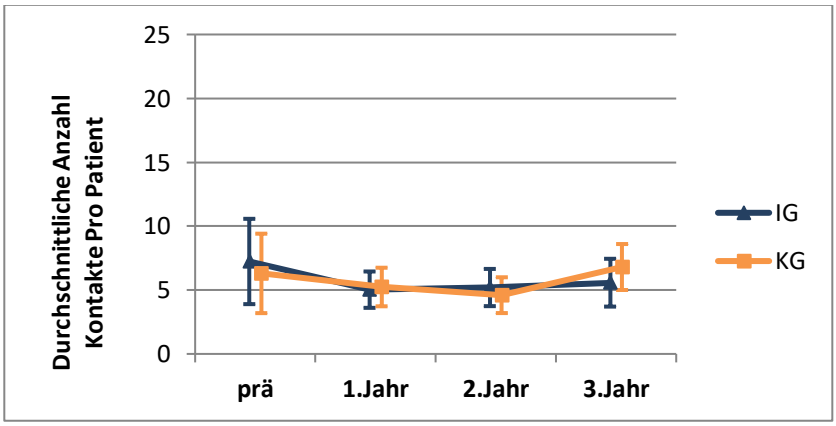


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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 klinikneue Patienten bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe bezüglich der **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor**, wobei bei der Betrachtung von 30 Tagen die IG stets höhere Behandlungskontinuität aufwies im Vergleich zur KG. Bei der Betrachtung des 90-Tage-Intervalls, wies auch hier die IG stets höhere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied war, trotz geringer Fallzahlen, für das vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 2,28). Bei den klinikbekannten Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in allen drei untersuchten Zeitintervallen (7, 30 und 90 Tagen) in der IG größer im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für 30 Tage Nachbeobachtung im zweiten Jahr nach Referenzfall (Gruppenschätzer = +1,60) und für 90 Tage Nachbeobachtung im ersten Jahr nach Referenzfall (Gruppenschätzer = +1,54) statistisch signifikant.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein größerer Anteil der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +3,2 %-Punkte; 30 Tage: +5,8 %-Punkte; 90 Tage: +6,8 %-Punkte).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich in fast allen Untersuchungen eine statistisch signifikant größere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG (Gruppenschätzer: 7 Tage, Jahr 1 = +1,24; 30 Tage, Jahr 1 = +1,29; 30 Tage, Jahr 2= +1,51; 90 Tage, Jahr 1 = +1,27; 90 Tage, Jahr 2 = +1,61).

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 sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten in der IG stets größer als in der KG. Hier spiegeln sich die Beobachtungen aus U1 bis U3 wider.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**723**	**128**	**119**	**89**	**624**	**157**	**118**	**115**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	7,3 %	6,3 %	8,4 %	16,9 %	6,7 %	12,1 %	7,6 %	13,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	7,9 %	9,4 %	13,4 %	7,9 %	8,5 %	6,4 %	10,2 %	8,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	52,3 %	47,7 %	43,7 %	40,4 %	46,8 %	42,7 %	43,2 %	35,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,6 %	9,4 %	11,8 %	6,7 %	12,8 %	11,5 %	6,8 %	7,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	1,9 %	1,6 %	3,4 %	0,0 %	1,4 %	1,9 %	0,8 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	1,6 %	2,5 %	2,2 %	2,9 %	7,0 %	0,0 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,5 %	17,2 %	25,2 %	23,6 %	16,2 %	19,7 %	18,6 %	23,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,1 %	36,7 %	37,8 %	43,8 %	37,7 %	43,9 %	45,8 %	50,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**375**	**74**	**66**	**54**	**316**	**92**	**70**	**67**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,9 %	6,8 %	7,6 %	18,5 %	8,2 %	15,2 %	8,6 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,7 %	16,2 %	19,7 %	9,3 %	12,7 %	6,5 %	17,1 %	9,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	49,3 %	44,6 %	42,4 %	33,3 %	44,9 %	43,5 %	42,9 %	37,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,7 %	12,2 %	12,1 %	7,4 %	14,6 %	15,2 %	8,6 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,4 %	1,4 %	4,5 %	0,0 %	1,3 %	1,1 %	1,4 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	1,4 %	4,5 %	3,7 %	3,2 %	5,4 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,5 %	24,3 %	31,8 %	25,9 %	21,8 %	22,8 %	27,1 %	28,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,2 %	33,8 %	31,8 %	46,3 %	34,5 %	39,1 %	42,9 %	44,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**161**	**41**	**32**	**30**	**132**	**34**	**36**	**26**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,2 %	9,8 %	9,4 %	23,3 %	9,1 %	11,8 %	8,3 %	26,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,3 %	17,1 %	25,0 %	16,7 %	19,7 %	14,7 %	25,0 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	50,9 %	36,6 %	34,4 %	30,0 %	44,7 %	41,2 %	44,4 %	46,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,5 %	12,2 %	9,4 %	10,0 %	20,5 %	11,8 %	5,6 %	11,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,6 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	3,8 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,5 %	26,8 %	34,4 %	36,7 %	28,8 %	26,5 %	33,3 %	38,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,3 %	41,5 %	34,4 %	43,3 %	29,5 %	32,4 %	38,9 %	26,9 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**649**	**111**	**103**	**83**	**560**	**130**	**105**	**97**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,9 %	16,2 %	22,3 %	33,7 %	12,0 %	20,0 %	21,0 %	24,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,9 %	19,8 %	25,2 %	14,5 %	17,7 %	13,1 %	16,2 %	12,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,3 %	74,8 %	76,7 %	59,0 %	69,8 %	66,2 %	72,4 %	53,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	28,0 %	28,8 %	35,9 %	21,7 %	30,4 %	25,4 %	21,9 %	22,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,8 %	6,3 %	5,8 %	2,4 %	3,6 %	2,3 %	1,9 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	7,2 %	4,9 %	6,0 %	5,0 %	11,5 %	4,8 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,1 %	37,8 %	46,6 %	47,0 %	31,1 %	33,1 %	38,1 %	40,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,5 %	7,2 %	6,8 %	24,1 %	16,3 %	18,5 %	16,2 %	27,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**331**	**66**	**60**	**49**	**282**	**77**	**61**	**57**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,4 %	18,2 %	21,7 %	36,7 %	14,9 %	22,1 %	23,0 %	28,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,3 %	28,8 %	40,0 %	16,3 %	23,0 %	14,3 %	26,2 %	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,4 %	68,2 %	76,7 %	51,0 %	69,9 %	68,8 %	78,7 %	54,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	31,4 %	28,8 %	38,3 %	18,4 %	33,7 %	29,9 %	24,6 %	24,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,3 %	7,6 %	5,0 %	2,0 %	4,3 %	1,3 %	3,3 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	6,1 %	5,0 %	8,2 %	4,3 %	6,5 %	4,9 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,3 %	48,5 %	58,3 %	53,1 %	39,0 %	35,1 %	50,8 %	45,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	7,6 %	3,3 %	22,4 %	13,5 %	15,6 %	8,2 %	26,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**140**	**34**	**29**	**26**	**113**	**31**	**31**	**20**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,7 %	20,6 %	20,7 %	26,9 %	15,9 %	22,6 %	22,6 %	40,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,1 %	32,4 %	48,3 %	26,9 %	31,0 %	25,8 %	29,0 %	15,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	82,9 %	64,7 %	72,4 %	46,2 %	70,8 %	64,5 %	83,9 %	65,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	32,1 %	29,4 %	20,7 %	23,1 %	44,2 %	19,4 %	22,6 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %	3,5 %	6,5 %	6,5 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,4 %	50,0 %	62,1 %	50,0 %	46,0 %	45,2 %	51,6 %	65,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,0 %	8,8 %	0,0 %	26,9 %	6,2 %	16,1 %	3,2 %	15,0 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**587**	**91**	**93**	**66**	**491**	**103**	**80**	**77**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,5 %	20,9 %	26,9 %	34,8 %	17,3 %	27,2 %	27,5 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,4 %	30,8 %	37,6 %	25,8 %	22,2 %	23,3 %	23,8 %	15,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,7 %	86,8 %	87,1 %	71,2 %	82,5 %	84,5 %	87,5 %	70,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,8 %	47,3 %	50,5 %	42,4 %	53,6 %	48,5 %	41,3 %	41,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,2 %	11,0 %	7,5 %	6,1 %	5,5 %	2,9 %	3,8 %	9,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,0 %	6,6 %	7,5 %	9,1 %	8,4 %	15,5 %	13,8 %	5,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,3 %	51,6 %	58,1 %	59,1 %	40,5 %	47,6 %	50,0 %	48,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,0 %	2,2 %	2,2 %	19,7 %	6,5 %	8,7 %	6,3 %	18,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**306**	**55**	**55**	**39**	**242**	**61**	**47**	**44**

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,2 %	23,6 %	29,1 %	35,9 %	21,9 %	27,9 %	31,9 %	31,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	34,3 %	45,5 %	49,1 %	28,2 %	28,5 %	26,2 %	29,8 %	20,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,6 %	81,8 %	87,3 %	71,8 %	83,5 %	86,9 %	91,5 %	70,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	56,5 %	47,3 %	52,7 %	35,9 %	57,4 %	52,5 %	46,8 %	36,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,8 %	14,5 %	7,3 %	2,6 %	7,0 %	3,3 %	6,4 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,2 %	7,3 %	7,3 %	10,3 %	8,7 %	13,1 %	14,9 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,5 %	67,3 %	67,3 %	61,5 %	51,7 %	52,5 %	61,7 %	56,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,6 %	1,8 %	1,8 %	15,4 %	5,0 %	8,2 %	4,3 %	18,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**132**	**30**	**26**	**19**	**95**	**25**	**22**	**18**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,0 %	23,3 %	26,9 %	26,3 %	23,2 %	28,0 %	40,9 %	38,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	37,9 %	53,3 %	53,8 %	42,1 %	35,8 %	36,0 %	22,7 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,9 %	73,3 %	84,6 %	73,7 %	86,3 %	92,0 %	90,9 %	77,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	56,1 %	40,0 %	38,5 %	26,3 %	65,3 %	48,0 %	45,5 %	27,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,8 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %	4,0 %	0,0 %	22,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	3,3 %	0,0 %	10,5 %	7,4 %	16,0 %	18,2 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,5 %	66,7 %	69,2 %	63,2 %	56,8 %	60,0 %	59,1 %	77,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,8 %	3,3 %	0,0 %	10,5 %	2,1 %	4,0 %	0,0 %	5,6 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**594**	**301**	**229**	**182**	**594**	**340**	**249**	**237**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,8 %	18,3 %	17,0 %	23,6 %	7,7 %	12,9 %	11,6 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,8 %	8,3 %	3,9 %	4,4 %	10,3 %	6,5 %	8,4 %	4,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	41,6 %	46,8 %	42,8 %	37,9 %	38,9 %	40,3 %	42,6 %	31,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,5 %	8,6 %	12,2 %	14,8 %	10,8 %	9,1 %	9,6 %	9,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,0 %	1,0 %	0,9 %	0,0 %	1,7 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	2,3 %	1,3 %	1,1 %	2,2 %	1,5 %	5,2 %	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,9 %	26,9 %	21,4 %	28,0 %	19,0 %	19,7 %	18,9 %	19,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,7 %	36,2 %	41,0 %	42,9 %	44,8 %	43,2 %	41,4 %	51,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**450**	**233**	**195**	**155**	**412**	**258**	**183**	**188**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,4 %	17,2 %	17,4 %	23,9 %	10,4 %	16,3 %	14,2 %	18,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,7 %	10,7 %	4,6 %	5,2 %	12,4 %	8,5 %	10,4 %	3,7 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	41,3 %	45,1 %	39,5 %	36,8 %	40,3 %	41,5 %	46,4 %	37,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,2 %	9,4 %	13,8 %	17,4 %	12,1 %	8,5 %	9,3 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,7 %	1,3 %	1,0 %	0,0 %	2,4 %	0,8 %	0,0 %	0,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	2,6 %	1,5 %	1,3 %	2,2 %	0,4 %	4,4 %	0,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,9 %	28,3 %	22,6 %	29,0 %	24,3 %	25,2 %	23,0 %	21,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,7 %	36,5 %	42,1 %	42,6 %	39,6 %	39,1 %	35,5 %	46,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**295**	**167**	**134**	**112**	**227**	**154**	**110**	**117**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,2 %	19,8 %	14,9 %	27,7 %	7,9 %	16,9 %	16,4 %	17,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,6 %	12,6 %	6,0 %	6,3 %	17,6 %	11,0 %	16,4 %	4,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	39,0 %	46,1 %	40,3 %	39,3 %	43,6 %	42,2 %	45,5 %	38,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,9 %	11,4 %	17,2 %	20,5 %	15,4 %	10,4 %	9,1 %	14,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,0 %	3,5 %	1,3 %	0,0 %	0,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	3,0 %	2,2 %	0,9 %	3,1 %	0,0 %	4,5 %	0,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,5 %	31,7 %	21,6 %	33,9 %	27,8 %	28,6 %	30,0 %	22,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,2 %	31,7 %	40,3 %	38,4 %	34,4 %	35,1 %	36,4 %	45,3 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**481**	**231**	**187**	**164**	**468**	**249**	**195**	**203**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,5 %	32,0 %	38,5 %	39,6 %	16,0 %	23,3 %	25,6 %	25,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,3 %	19,5 %	10,7 %	8,5 %	17,9 %	14,5 %	13,8 %	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,6 %	67,5 %	71,7 %	62,8 %	62,0 %	64,7 %	62,6 %	59,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	31,0 %	25,5 %	27,8 %	31,1 %	28,4 %	29,3 %	23,1 %	25,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,4 %	5,2 %	3,7 %	2,4 %	3,8 %	0,8 %	1,5 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	2,2 %	4,8 %	3,7 %	4,9 %	5,6 %	8,2 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,2 %	52,4 %	50,3 %	48,8 %	35,0 %	37,3 %	37,4 %	36,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,8 %	14,3 %	11,8 %	19,5 %	21,6 %	20,5 %	19,0 %	19,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**362**	**182**	**156**	**139**	**343**	**195**	**150**	**166**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,6 %	33,0 %	40,4 %	41,0 %	20,1 %	27,2 %	30,7 %	27,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,5 %	23,6 %	12,2 %	10,1 %	21,6 %	18,5 %	16,7 %	10,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,0 %	65,4 %	69,9 %	61,2 %	61,5 %	68,2 %	64,7 %	65,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,0 %	28,6 %	29,5 %	33,1 %	30,3 %	31,3 %	22,0 %	27,1 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	5,5 %	6,6 %	4,5 %	2,2 %	5,0 %	1,0 %	2,0 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	2,2 %	5,8 %	3,6 %	4,1 %	4,1 %	5,3 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,6 %	57,7 %	54,5 %	51,1 %	42,9 %	45,1 %	44,7 %	39,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,3 %	13,2 %	12,2 %	18,0 %	17,8 %	14,9 %	16,7 %	16,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**247**	**132**	**115**	**98**	**186**	**109**	**95**	**102**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,9 %	36,4 %	38,3 %	43,9 %	17,7 %	29,4 %	36,8 %	28,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,4 %	28,8 %	13,0 %	11,2 %	32,8 %	23,9 %	25,3 %	13,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	65,6 %	65,2 %	73,9 %	63,3 %	64,5 %	73,4 %	67,4 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	38,1 %	30,3 %	37,4 %	36,7 %	34,4 %	34,9 %	24,2 %	34,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,6 %	5,3 %	4,3 %	2,0 %	7,0 %	1,8 %	2,1 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	3,0 %	7,8 %	4,1 %	4,3 %	5,5 %	5,3 %	6,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,8 %	63,6 %	54,8 %	55,1 %	53,2 %	52,3 %	56,8 %	44,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,3 %	9,8 %	8,7 %	17,3 %	13,4 %	9,2 %	14,7 %	12,7 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**355**	**168**	**138**	**128**	**344**	**177**	**144**	**147**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,1 %	35,1 %	46,4 %	49,2 %	20,1 %	32,2 %	33,3 %	35,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	28,7 %	26,8 %	18,8 %	18,8 %	28,2 %	21,5 %	22,9 %	23,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	86,2 %	82,1 %	87,0 %	78,1 %	82,6 %	80,8 %	82,6 %	81,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	52,4 %	44,6 %	47,1 %	50,0 %	45,1 %	49,7 %	47,2 %	49,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,6 %	7,1 %	7,2 %	3,9 %	5,5 %	0,6 %	2,8 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,2 %	8,3 %	11,6 %	6,3 %	10,2 %	10,7 %	10,4 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,2 %	60,7 %	64,5 %	66,4 %	48,3 %	51,4 %	52,8 %	55,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	7,7 %	4,3 %	7,0 %	7,0 %	9,0 %	4,9 %	8,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**265**	**135**	**115**	**111**	**263**	**144**	**115**	**123**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,0 %	37,0 %	47,8 %	50,5 %	23,2 %	36,8 %	40,0 %	38,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,6 %	31,1 %	20,9 %	21,6 %	33,1 %	25,7 %	26,1 %	24,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	85,3 %	81,5 %	86,1 %	76,6 %	83,7 %	83,3 %	82,6 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	56,6 %	49,6 %	48,7 %	52,3 %	46,4 %	50,0 %	44,3 %	50,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,4 %	8,9 %	8,7 %	2,7 %	6,1 %	0,7 %	3,5 %	4,1 %

• Keine Fachgruppe (F)	8,7 %	8,9 %	13,0 %	7,2 %	11,0 %	11,1 %	7,0 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,3 %	67,4 %	68,7 %	68,5 %	55,9 %	59,7 %	61,7 %	60,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	5,9 %	4,3 %	7,2 %	5,7 %	6,9 %	3,5 %	7,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**178**	**96**	**80**	**81**	**147**	**82**	**81**	**82**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	35,4 %	41,7 %	43,8 %	53,1 %	23,1 %	42,7 %	44,4 %	41,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	42,7 %	35,4 %	25,0 %	23,5 %	42,9 %	35,4 %	35,8 %	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	84,3 %	79,2 %	87,5 %	79,0 %	87,8 %	90,2 %	86,4 %	89,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	62,4 %	46,9 %	58,8 %	55,6 %	51,7 %	53,7 %	50,6 %	53,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,7 %	5,2 %	8,8 %	2,5 %	7,5 %	1,2 %	3,7 %	3,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,4 %	11,5 %	15,0 %	7,4 %	12,9 %	11,0 %	4,9 %	8,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,9 %	74,0 %	70,0 %	72,8 %	66,0 %	74,4 %	72,8 %	65,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	6,3 %	1,3 %	7,4 %	2,7 %	2,4 %	1,2 %	4,9 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

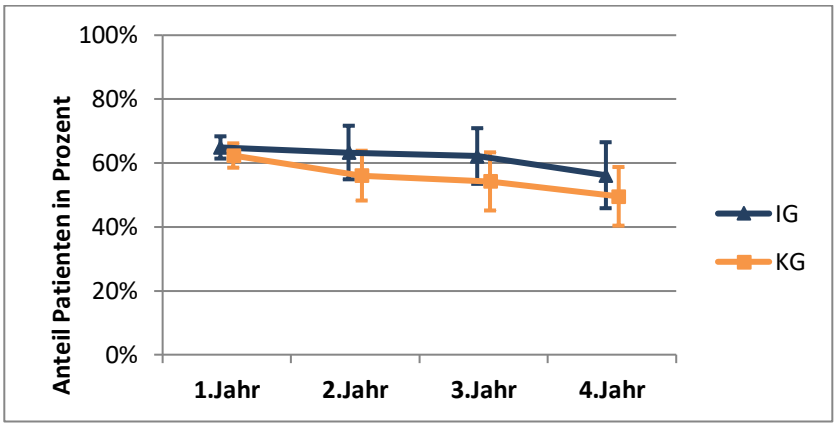
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

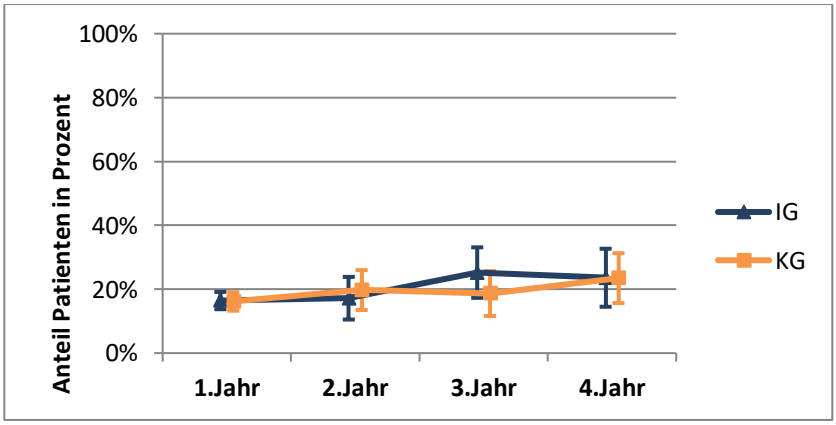
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



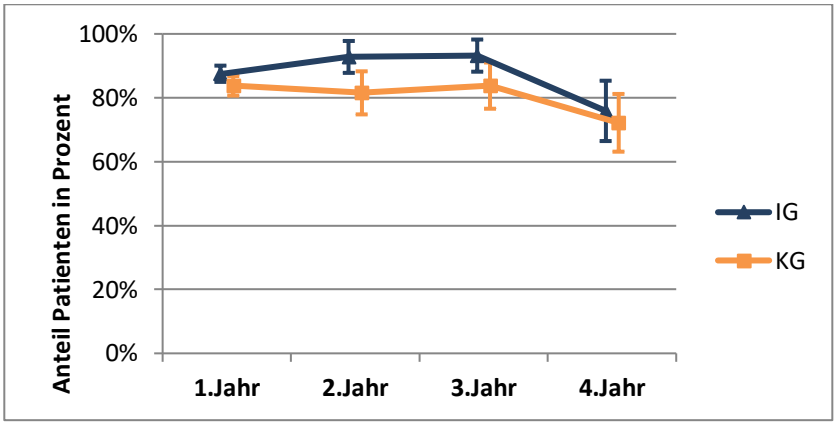
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



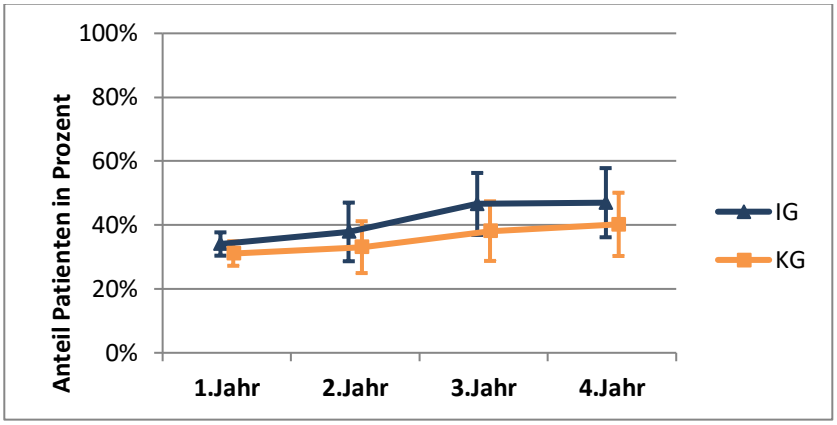
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



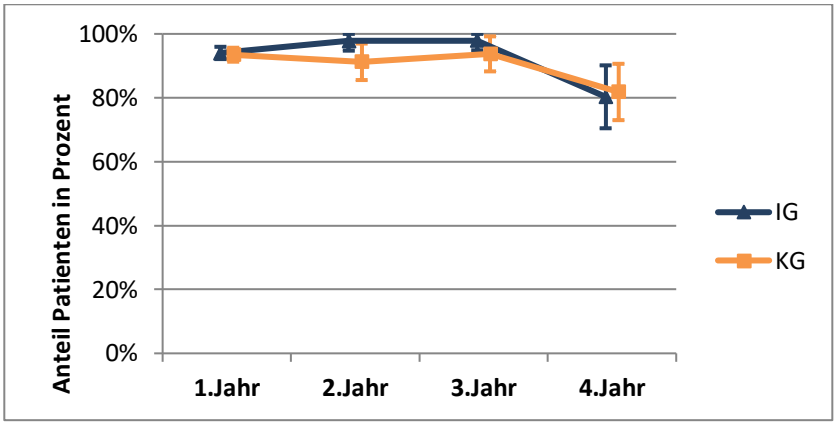
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



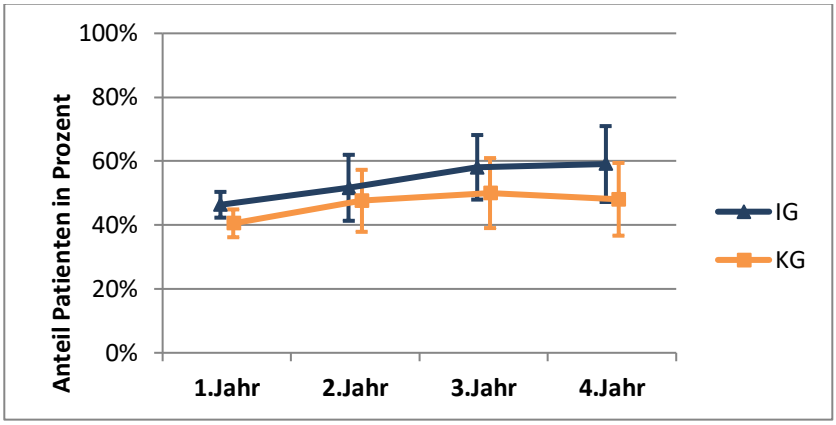
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



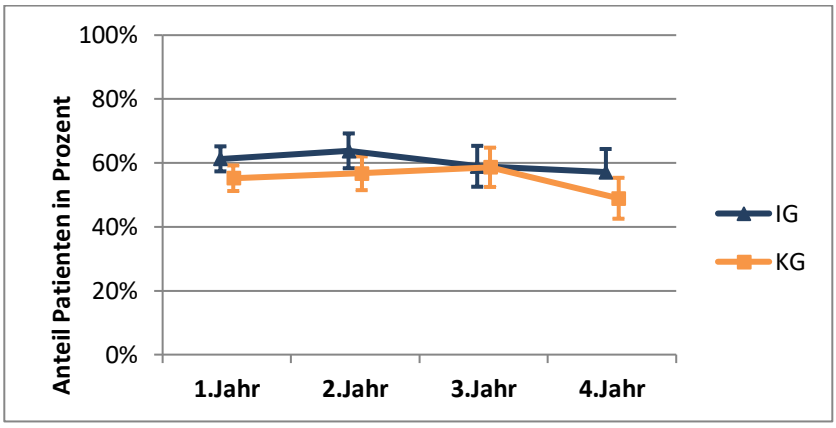
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

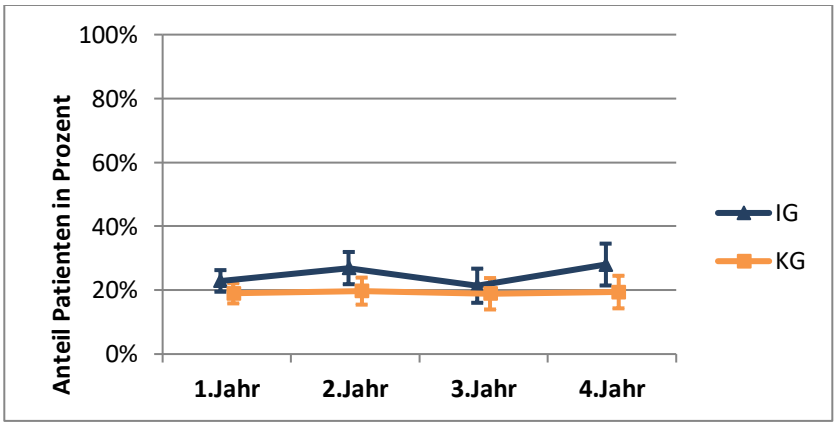
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



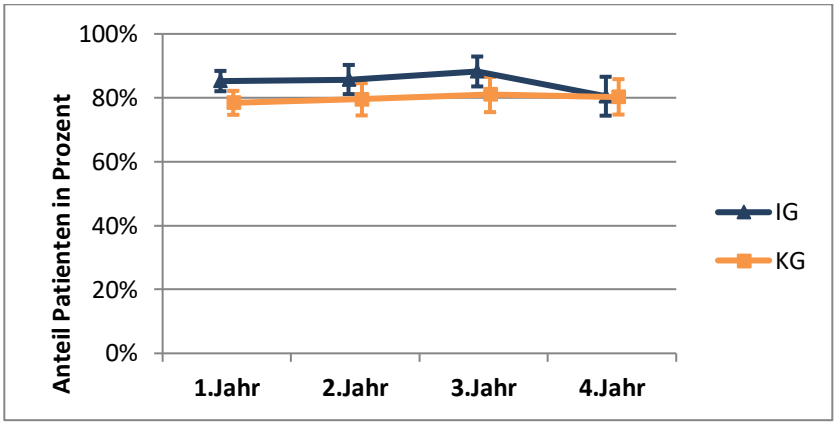
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



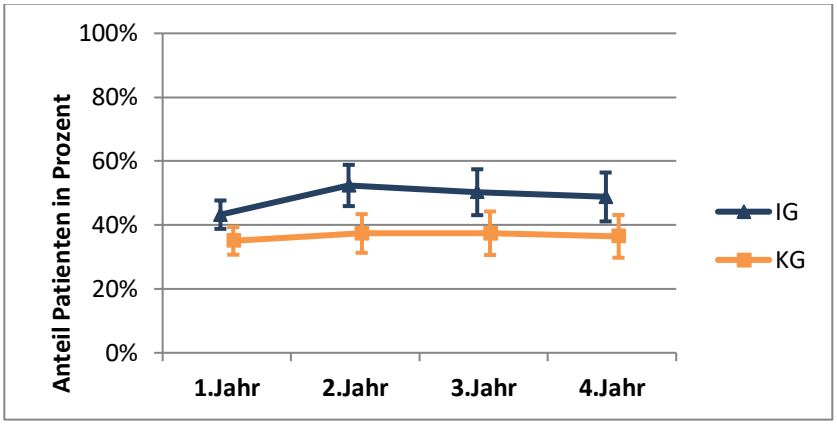
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



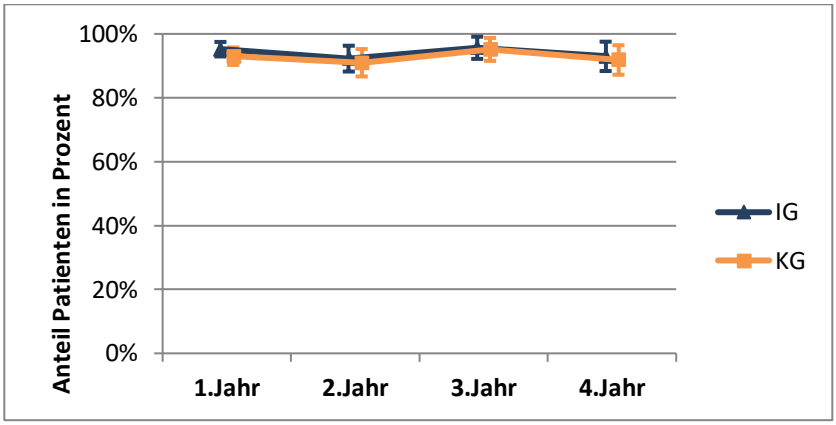
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

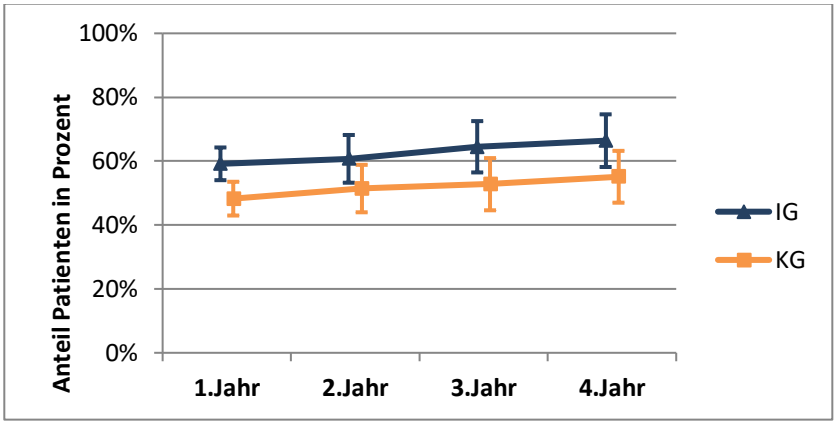


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,11 0,82…1,51	1,18 0,91…1,52	1,25 0,96…1,63
Gruppe Jahr 2	0,80 0,40…1,60	1,45 0,78…2,70	1,30 0,68…2,51
Gruppe Jahr 3	1,80 0,89…3,65	1,43 0,75…2,71	1,45 0,73…2,88
Gruppe Jahr 4	1,08 0,53…2,21	1,54 0,78…3,02	2,28* 1,05…4,99

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,14 0,85…1,53	1,22 0,92…1,63	1,54* 1,10…2,14
Gruppe Jahr 2	1,22 0,82…1,82	1,60* 1,06…2,40	1,39 0,84…2,30
Gruppe Jahr 3	0,92 0,57…1,47	1,37 0,87…2,14	1,55 0,90…2,67
Gruppe Jahr 4	1,31 0,80…2,13	1,34 0,85…2,13	1,34 0,77…2,31

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**2.579**	**2.252**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	8,4 %	6,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,0 %	8,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	52,2 %	46,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,0 %	13,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,4 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,6 %	17,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,4 %	39,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.293**	**1.132**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	8,4 %	7,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,5 %	13,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	50,0 %	45,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,0 %	15,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,6 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,8 %	23,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,9 %	34,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**610**	**489**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	7,9 %	7,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,9 %	20,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,5 %	46,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,1 %	18,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,2 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,0 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,7 %	30,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,5 %	29,7 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**	**KG**
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**2.370**	**2.047**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	17,1 %	12,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,8 %	18,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,8 %	68,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	28,4 %	32,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,8 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,5 %	33,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,2 %	16,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.182**	**1.018**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	17,9 %	15,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,7 %	25,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,1 %	69,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,3 %	37,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,2 %	8,6 %

• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,9 %	44,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	10,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**550**	**441**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	15,5 %	14,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,8 %	35,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,8 %	68,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,2 %	42,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,5 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,3 %	50,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,4 %	7,0 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**	**KG**
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**2.131**	**1.828**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	21,7 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,8 %	24,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,5 %	83,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,4 %	55,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	14,3 %	9,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,8 %	44,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,1 %	6,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.063**	**896**

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	23,1 %	21,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	36,1 %	33,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	91,0 %	84,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	58,1 %	60,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,5 %	12,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,5 %	56,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	3,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**486**	**385**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	19,8 %	19,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	43,8 %	43,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	91,8 %	84,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,8 %	63,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,1 %	9,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,3 %	9,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,6 %	60,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,4 %	1,8 %

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

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

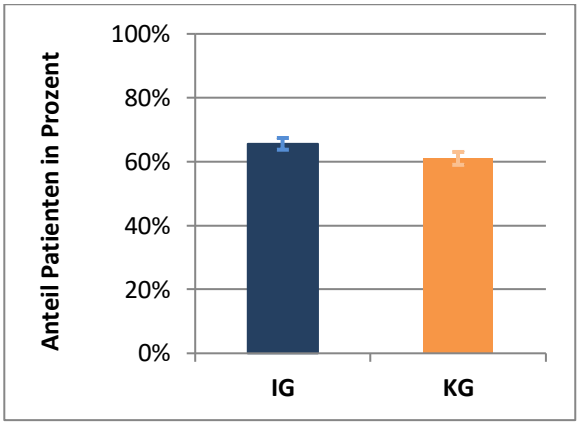
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

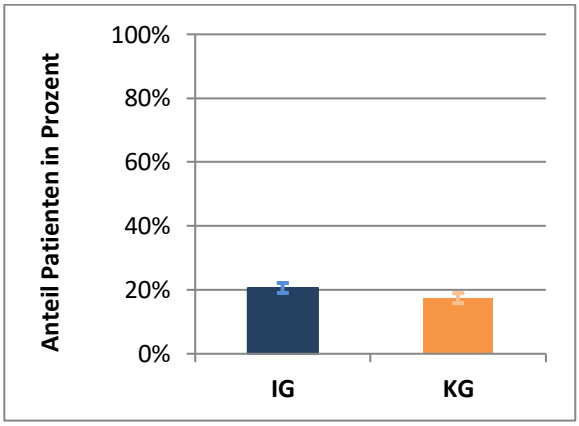
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**

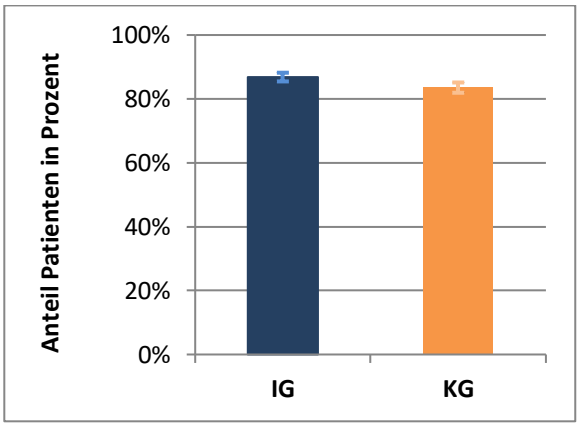


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

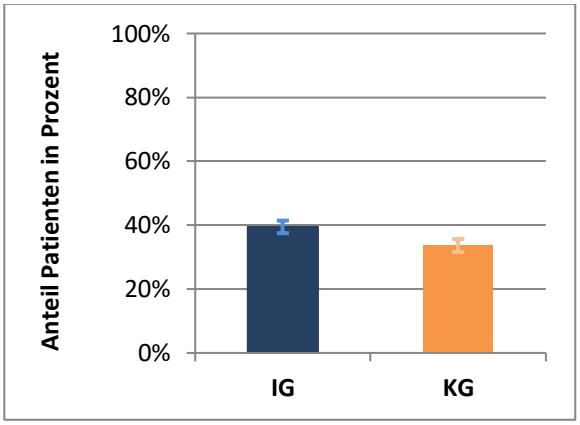


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**

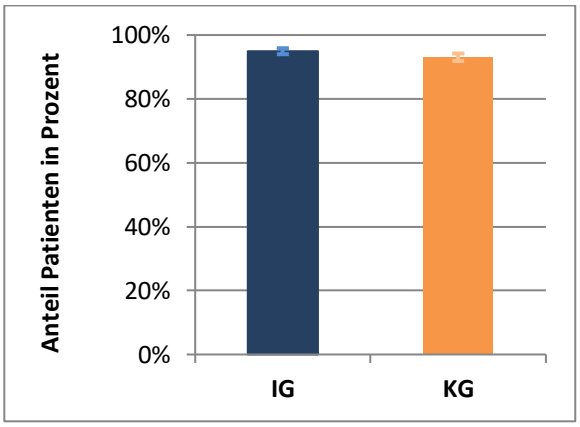


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

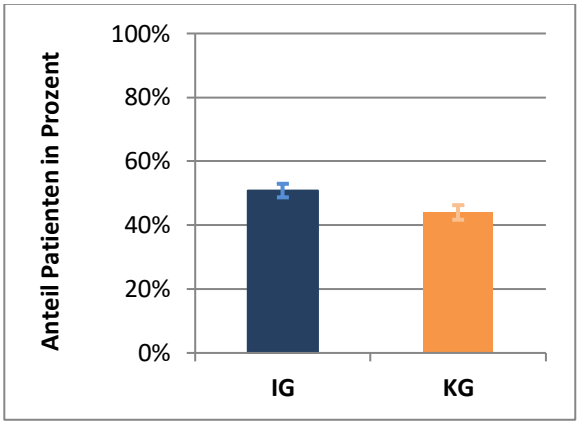


Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**2.016**	**389**	**1.721**	**373**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,7 %	9,3 %	5,6 %	10,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,1 %	9,3 %	9,4 %	7,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	52,5 %	41,9 %	46,5 %	44,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,0 %	10,0 %	13,0 %	12,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,9 %	3,1 %	2,7 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	2,6 %	1,7 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,6 %	21,3 %	17,0 %	18,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,5 %	42,4 %	38,8 %	40,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.012**	**214**	**869**	**227**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,8 %	8,9 %	6,8 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,1 %	13,6 %	13,9 %	6,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	49,9 %	40,7 %	45,1 %	44,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,8 %	12,1 %	15,2 %	15,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,1 %	3,3 %	3,1 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,3 %	3,3 %	1,8 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,6 %	25,2 %	22,9 %	20,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,9 %	39,3 %	34,5 %	38,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**473**	**119**	**382**	**98**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	7,6 %	10,1 %	6,5 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,0 %	17,6 %	21,7 %	10,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,8 %	33,6 %	45,8 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,4 %	13,4 %	17,5 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,4 %	2,5 %	2,9 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,8 %	2,5 %	2,4 %	4,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,9 %	29,4 %	29,6 %	24,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,2 %	42,0 %	30,4 %	33,7 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.837**	**336**	**1.554**	**319**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,5 %	17,6 %	11,7 %	18,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,1 %	19,9 %	18,7 %	14,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,8 %	67,9 %	68,5 %	64,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	27,6 %	27,4 %	32,2 %	28,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,4 %	7,7 %	6,1 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	5,4 %	4,2 %	7,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,8 %	41,7 %	33,1 %	34,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,3 %	15,5 %	16,2 %	18,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**918**	**191**	**777**	**195**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,8 %	18,3 %	13,9 %	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,3 %	26,7 %	26,9 %	16,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,3 %	66,0 %	68,3 %	65,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	32,9 %	29,8 %	37,1 %	32,3 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	11,4 %	8,9 %	7,7 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	6,3 %	4,5 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,9 %	49,2 %	43,5 %	38,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,7 %	13,6 %	10,9 %	16,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**423**	**102**	**341**	**89**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,8 %	15,7 %	12,0 %	24,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	32,2 %	35,3 %	36,7 %	24,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,4 %	63,7 %	66,3 %	59,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	33,6 %	31,4 %	42,8 %	30,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,8 %	5,9 %	5,6 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	2,9 %	5,6 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,5 %	52,0 %	49,3 %	48,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,1 %	14,7 %	7,0 %	12,4 %

[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**	
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	**1.653**	**270**	**1.390**	**259**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,1 %	24,1 %	16,9 %	25,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,7 %	26,3 %	24,7 %	21,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,2 %	84,8 %	82,2 %	83,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,3 %	51,1 %	55,6 %	49,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	14,1 %	11,9 %	9,3 %	6,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	8,1 %	7,7 %	10,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	54,4 %	43,9 %	46,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,3 %	4,1 %	6,9 %	7,7 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**824**	**150**	**688**	**153**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,9 %	29,3 %	20,3 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	34,8 %	35,3 %	34,0 %	24,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,5 %	83,3 %	83,3 %	81,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,9 %	56,7 %	59,9 %	53,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,3 %	14,7 %	12,1 %	8,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	10,0 %	9,0 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,6 %	68,0 %	56,7 %	50,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,1 %	2,7 %	3,9 %	8,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**375**	**78**	**297**	**74**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	25,6 %	17,8 %	28,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	41,6 %	48,7 %	45,1 %	32,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	91,2 %	79,5 %	82,8 %	82,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	56,5 %	55,1 %	63,0 %	55,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,6 %	7,7 %	9,4 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	7,7 %	10,4 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,7 %	69,2 %	62,0 %	58,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,5 %	2,6 %	2,0 %	4,1 %

[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

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

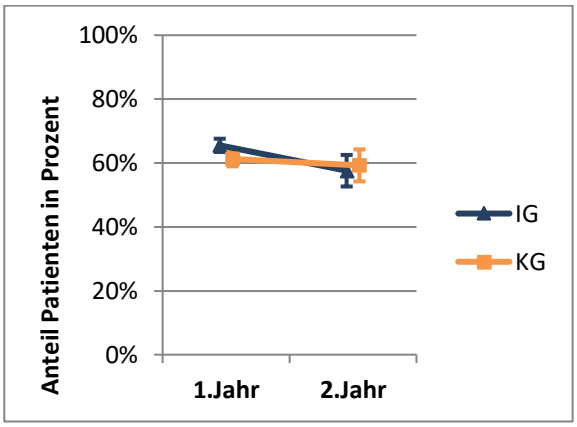
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

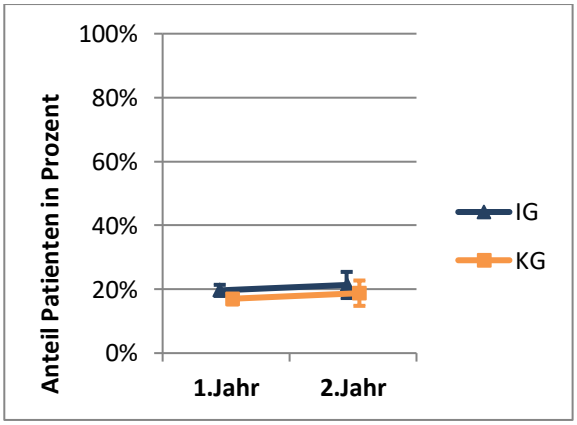
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



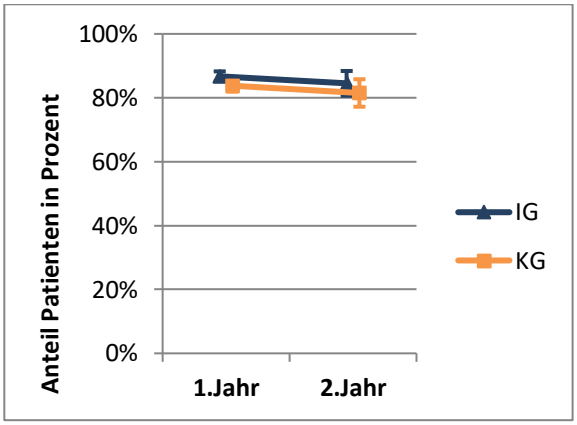
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



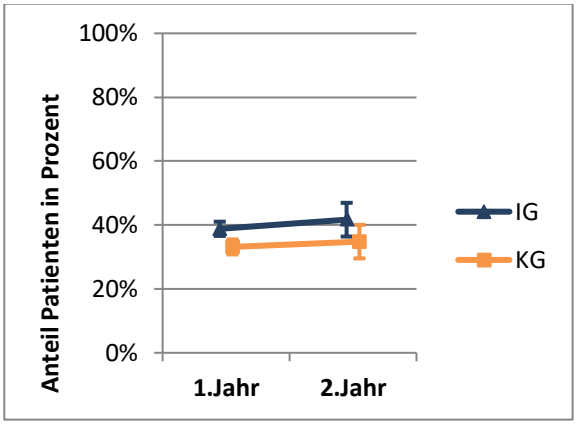
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



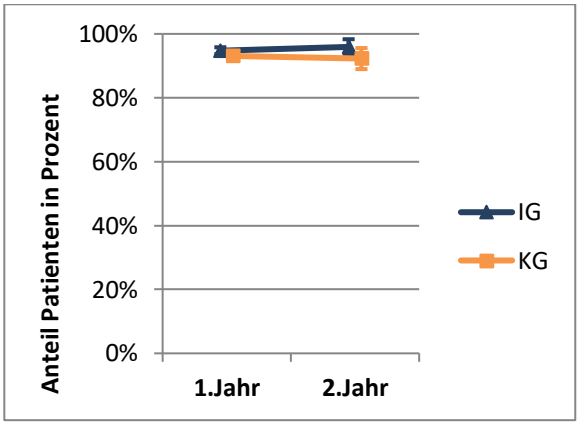
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

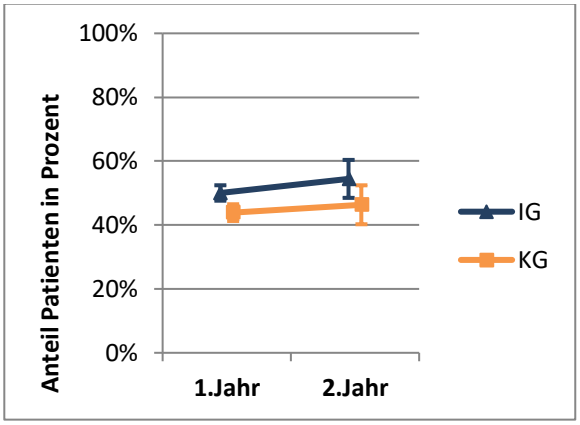


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	**Intervalle mit mind. 1 Kontakt**	**Intervalle mit mind. 1 Kontakt**
Gruppe Jahr 1	1,24* 1,04…1,48	1,29** 1,11…1,51	1,27** 1,09…1,49
Gruppe Jahr 2	1,24 0,85…1,79	1,51* 1,07…2,13	1,61* 1,10…2,35

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		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.422**	**284**	**264**	**1.205**	**276**	**225**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	7,2 %	8,1 %	8,7 %	5,7 %	10,5 %	8,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,3 %	9,9 %	11,7 %	8,7 %	5,8 %	8,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	52,5 %	43,0 %	39,8 %	47,6 %	44,6 %	45,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,8 %	11,6 %	8,7 %	12,4 %	11,6 %	6,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,1 %	3,5 %	3,4 %	2,1 %	2,2 %	1,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	2,8 %	3,0 %	2,1 %	4,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,9 %	21,1 %	23,9 %	16,2 %	17,8 %	18,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,5 %	40,5 %	40,9 %	38,4 %	40,9 %	42,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**713**	**148**	**138**	**599**	**168**	**127**

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	6,9 %	7,4 %	8,7 %	7,3 %	12,5 %	11,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,6 %	15,5 %	16,7 %	13,0 %	4,8 %	13,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	49,9 %	41,9 %	36,2 %	47,1 %	47,6 %	48,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,0 %	15,5 %	10,9 %	14,7 %	13,7 %	7,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,6 %	4,1 %	5,1 %	2,0 %	1,8 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	3,4 %	5,1 %	2,5 %	3,6 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,5 %	26,4 %	30,4 %	22,0 %	18,5 %	26,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,1 %	36,5 %	35,5 %	33,9 %	36,9 %	34,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**312**	**80**	**71**	**263**	**68**	**64**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	6,1 %	8,8 %	9,9 %	7,2 %	13,2 %	9,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,3 %	21,3 %	23,9 %	20,5 %	8,8 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	49,4 %	35,0 %	29,6 %	46,0 %	45,6 %	48,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,7 %	17,5 %	11,3 %	19,0 %	14,7 %	6,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,9 %	2,5 %	1,4 %	2,3 %	0,0 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,6 %	3,8 %	0,0 %	3,0 %	4,4 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,4 %	31,3 %	35,2 %	29,3 %	20,6 %	32,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,8 %	37,5 %	33,8 %	29,3 %	32,4 %	29,7 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**			**KG**		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.280**	**239**	**219**	**1.087**	**232**	**192**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,0 %	16,3 %	20,5 %	11,1 %	19,0 %	19,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,7 %	19,7 %	21,9 %	18,7 %	12,5 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,3 %	70,3 %	66,2 %	69,0 %	67,2 %	69,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	28,9 %	30,5 %	26,5 %	31,2 %	27,6 %	23,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,6 %	8,4 %	6,8 %	4,9 %	3,9 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	5,9 %	3,7 %	4,6 %	8,2 %	5,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,8 %	40,6 %	43,8 %	32,0 %	32,8 %	36,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,1 %	11,7 %	16,0 %	16,7 %	18,5 %	16,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**642**	**132**	**116**	**534**	**142**	**105**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,0 %	17,4 %	22,4 %	13,9 %	21,1 %	23,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	24,1 %	27,3 %	31,9 %	27,0 %	14,1 %	24,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,4 %	65,9 %	64,7 %	69,7 %	70,4 %	76,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	33,2 %	32,6 %	31,0 %	35,6 %	31,0 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,0 %	9,1 %	7,8 %	6,4 %	4,2 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	6,8 %	4,3 %	4,7 %	6,3 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,9 %	49,2 %	56,0 %	42,9 %	35,9 %	49,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	11,4 %	9,5 %	11,2 %	14,8 %	7,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**275**	**69**	**63**	**230**	**62**	**52**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	13,8 %	14,5 %	20,6 %	12,6 %	22,6 %	21,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,2 %	36,2 %	39,7 %	37,8 %	24,2 %	36,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	79,6 %	63,8 %	54,0 %	67,0 %	61,3 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	35,3 %	34,8 %	22,2 %	43,9 %	30,6 %	28,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,9 %	4,3 %	1,6 %	4,8 %	1,6 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	2,9 %	3,2 %	6,1 %	3,2 %	11,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,9 %	50,7 %	58,7 %	50,0 %	43,5 %	57,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,3 %	11,6 %	11,1 %	5,7 %	16,1 %	3,8 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**			**KG**		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.147**	**189**	**177**	**958**	**182**	**146**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,0 %	20,1 %	26,6 %	16,4 %	26,9 %	30,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,6 %	26,5 %	32,2 %	24,2 %	20,3 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,2 %	85,2 %	80,8 %	82,6 %	86,3 %	83,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	51,3 %	54,5 %	45,8 %	53,7 %	51,6 %	41,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,7 %	13,2 %	9,6 %	7,8 %	6,0 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	9,5 %	7,3 %	7,7 %	11,5 %	11,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,7 %	51,9 %	55,9 %	42,0 %	45,6 %	50,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	2,1 %	7,9 %	7,5 %	6,6 %	8,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**578**	**102**	**98**	**463**	**109**	**87**

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	23,0 %	24,5 %	31,6 %	20,7 %	27,5 %	37,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	34,8 %	36,3 %	40,8 %	34,3 %	22,9 %	26,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,3 %	81,4 %	82,7 %	84,7 %	88,1 %	88,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,4 %	57,8 %	51,0 %	58,5 %	55,0 %	50,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	15,7 %	15,7 %	10,2 %	10,8 %	7,3 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,5 %	11,8 %	8,2 %	8,9 %	10,1 %	12,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,2 %	65,7 %	67,3 %	56,2 %	50,5 %	63,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,4 %	2,0 %	3,1 %	3,9 %	6,4 %	3,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**250**	**52**	**48**	**196**	**51**	**41**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,4 %	19,2 %	29,2 %	18,9 %	25,5 %	41,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	40,8 %	48,1 %	47,9 %	45,9 %	31,4 %	31,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	91,6 %	73,1 %	79,2 %	83,7 %	86,3 %	85,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	58,8 %	55,8 %	39,6 %	63,3 %	56,9 %	48,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	13,2 %	3,8 %	2,1 %	8,7 %	3,9 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,4 %	9,6 %	6,3 %	10,7 %	9,8 %	17,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,2 %	61,5 %	68,8 %	63,3 %	52,9 %	68,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,4 %	1,9 %	2,1 %	2,0 %	5,9 %	2,4 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**700**	**334**	**256**	**675**	**365**	**266**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,4 %	18,6 %	16,4 %	7,3 %	12,9 %	11,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,3 %	8,1 %	3,9 %	10,7 %	6,6 %	7,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	42,4 %	46,7 %	41,4 %	37,9 %	40,8 %	42,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,3 %	10,2 %	13,7 %	11,9 %	9,6 %	10,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	1,9 %	0,9 %	0,8 %	1,5 %	0,5 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	2,1 %	1,2 %	2,1 %	1,4 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,9 %	26,9 %	20,7 %	18,8 %	19,7 %	18,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,4 %	35,6 %	41,8 %	44,9 %	42,5 %	41,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**512**	**247**	**211**	**473**	**279**	**197**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,7 %	18,2 %	17,5 %	9,5 %	16,1 %	13,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,7 %	10,5 %	4,7 %	12,9 %	8,6 %	9,6 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	42,8 %	45,7 %	38,9 %	39,1 %	41,9 %	46,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,1 %	10,5 %	15,6 %	13,7 %	9,3 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,5 %	1,2 %	0,9 %	2,1 %	0,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	2,4 %	1,4 %	2,1 %	0,4 %	4,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	29,1 %	22,7 %	23,7 %	25,1 %	21,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,5 %	35,2 %	41,7 %	39,7 %	38,4 %	36,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**337**	**174**	**147**	**273**	**171**	**122**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	13,1 %	19,0 %	14,3 %	7,3 %	17,0 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,4 %	12,6 %	6,1 %	17,9 %	10,5 %	14,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	39,5 %	46,6 %	38,1 %	41,0 %	42,7 %	45,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,3 %	13,2 %	19,0 %	16,5 %	11,7 %	10,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,6 %	0,6 %	0,7 %	2,9 %	1,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	2,9 %	2,0 %	2,9 %	0,0 %	4,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,9 %	31,0 %	21,1 %	27,1 %	28,1 %	27,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,1 %	31,0 %	40,8 %	35,2 %	34,5 %	36,9 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**571**	**259**	**214**	**541**	**271**	**212**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,1 %	30,9 %	35,5 %	14,6 %	22,9 %	24,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,8 %	18,5 %	10,7 %	18,9 %	14,8 %	12,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,4 %	67,6 %	68,7 %	60,8 %	66,1 %	62,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,5 %	26,6 %	29,9 %	30,1 %	29,5 %	23,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,9 %	4,6 %	3,3 %	3,5 %	1,5 %	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,7 %	1,9 %	4,2 %	4,8 %	5,5 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,0 %	50,2 %	47,2 %	34,4 %	37,3 %	34,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,5 %	14,3 %	13,6 %	20,9 %	18,8 %	19,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**419**	**196**	**172**	**397**	**213**	**164**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	23,6 %	33,2 %	39,0 %	18,1 %	26,8 %	28,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	24,6 %	23,0 %	12,8 %	22,9 %	18,8 %	15,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,0 %	66,3 %	68,0 %	60,5 %	69,0 %	64,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	33,7 %	30,1 %	32,0 %	33,2 %	31,9 %	22,6 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	5,0 %	6,1 %	4,1 %	4,5 %	1,9 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,5 %	2,0 %	5,2 %	4,0 %	4,2 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,4 %	57,1 %	53,5 %	42,1 %	45,1 %	41,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,2 %	12,2 %	12,2 %	16,9 %	13,6 %	17,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**286**	**139**	**128**	**226**	**123**	**107**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	23,1 %	34,5 %	35,9 %	15,5 %	29,3 %	33,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	31,5 %	28,8 %	14,1 %	33,2 %	22,8 %	22,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	66,4 %	65,5 %	70,3 %	63,3 %	74,8 %	68,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	37,4 %	31,7 %	39,1 %	37,6 %	36,6 %	25,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,1 %	5,0 %	3,9 %	5,8 %	1,6 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,2 %	2,9 %	7,0 %	4,4 %	5,7 %	4,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,1 %	61,9 %	53,1 %	50,9 %	51,2 %	51,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,5 %	9,4 %	9,4 %	11,9 %	8,1 %	15,0 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**423**	**189**	**156**	**408**	**195**	**154**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	29,8 %	33,9 %	43,6 %	18,9 %	32,3 %	31,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	29,3 %	25,9 %	18,6 %	29,4 %	22,1 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,0 %	82,5 %	84,6 %	82,6 %	81,0 %	81,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	51,3 %	46,0 %	48,7 %	47,5 %	49,7 %	48,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,9 %	6,3 %	6,4 %	5,1 %	1,5 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	7,9 %	10,3 %	10,3 %	10,3 %	10,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,7 %	58,7 %	61,5 %	48,0 %	51,8 %	50,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,5 %	7,4 %	5,8 %	6,4 %	8,2 %	5,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**314**	**145**	**128**	**308**	**160**	**123**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	32,2 %	37,2 %	46,1 %	22,1 %	36,9 %	38,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,8 %	30,3 %	21,1 %	34,4 %	26,3 %	24,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	86,3 %	82,1 %	84,4 %	83,8 %	83,1 %	82,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	55,4 %	50,3 %	50,8 %	49,7 %	50,0 %	45,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,6 %	8,3 %	7,8 %	5,8 %	1,9 %	3,3 %

• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	8,3 %	11,7 %	11,0 %	10,6 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,0 %	66,9 %	67,2 %	55,8 %	60,0 %	58,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,2 %	5,5 %	4,7 %	5,2 %	6,3 %	4,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**211**	**102**	**90**	**180**	**94**	**88**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,8 %	41,2 %	41,1 %	21,7 %	42,6 %	42,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	43,1 %	35,3 %	25,6 %	42,8 %	34,0 %	33,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	85,8 %	79,4 %	84,4 %	87,8 %	89,4 %	86,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	60,7 %	48,0 %	58,9 %	55,6 %	53,2 %	52,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,2 %	4,9 %	7,8 %	6,7 %	1,1 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,6 %	10,8 %	13,3 %	13,3 %	10,6 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,2 %	73,5 %	67,8 %	63,9 %	72,3 %	68,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	5,9 %	2,2 %	2,2 %	2,1 %	1,1 %

[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

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

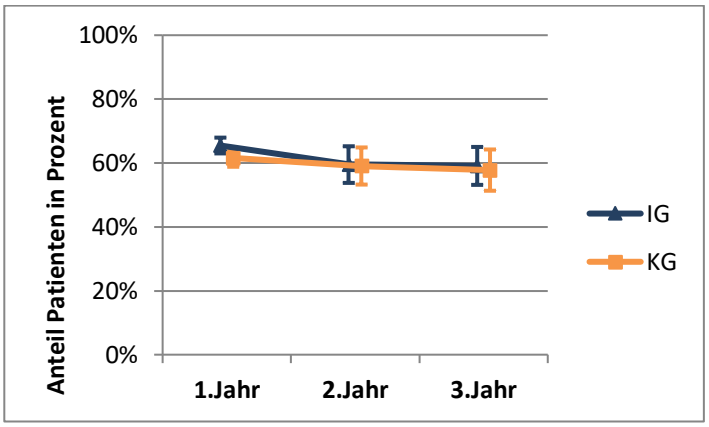
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

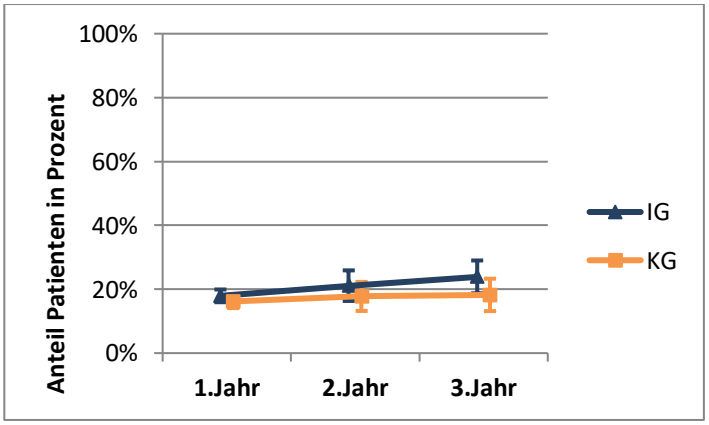
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



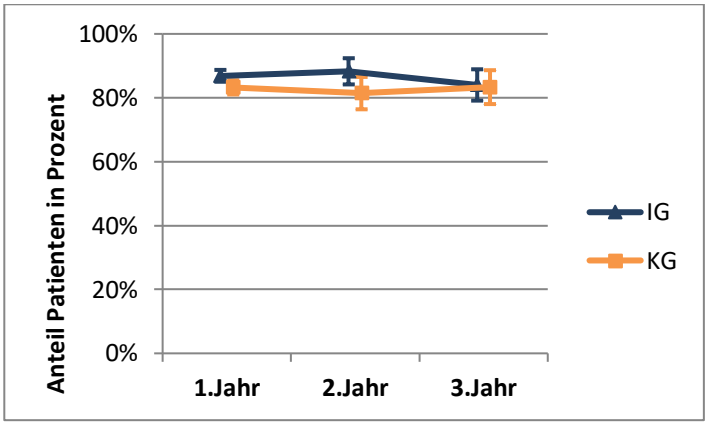
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



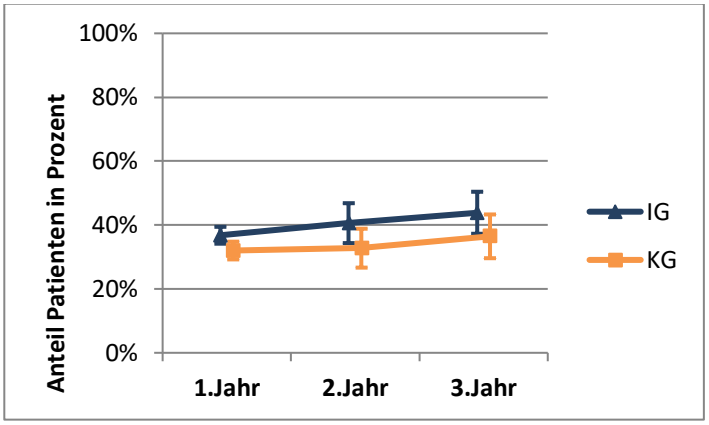
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



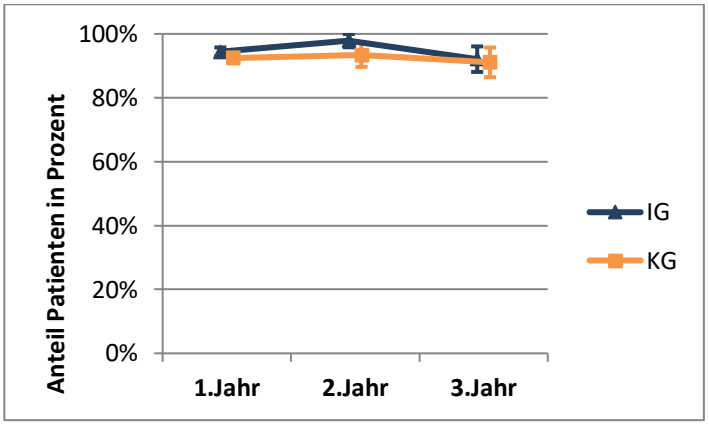
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



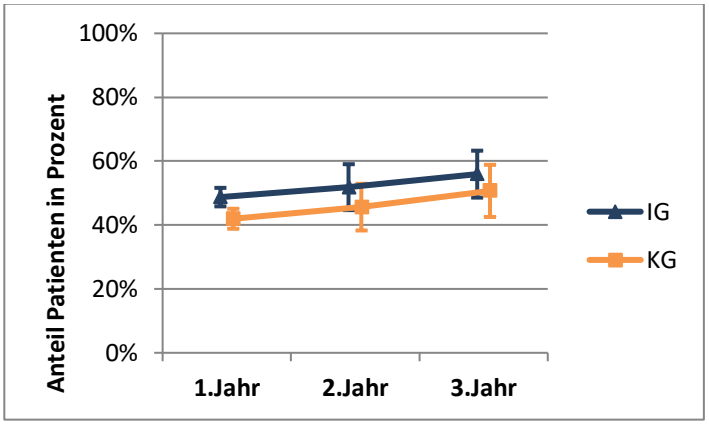
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



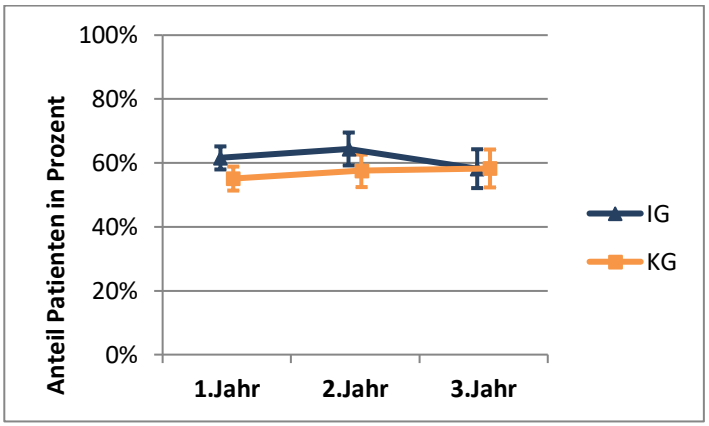
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

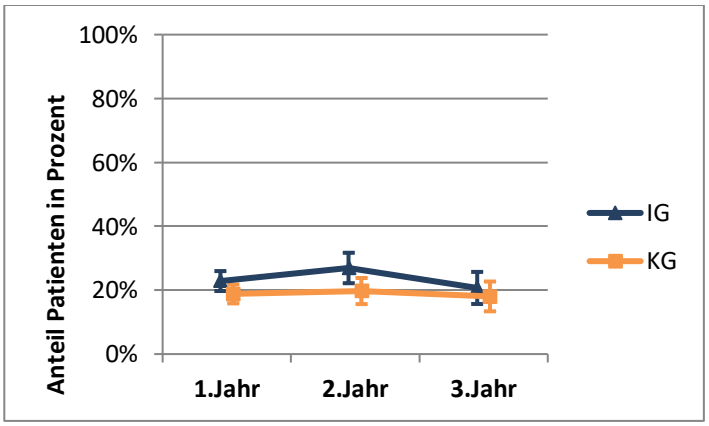
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



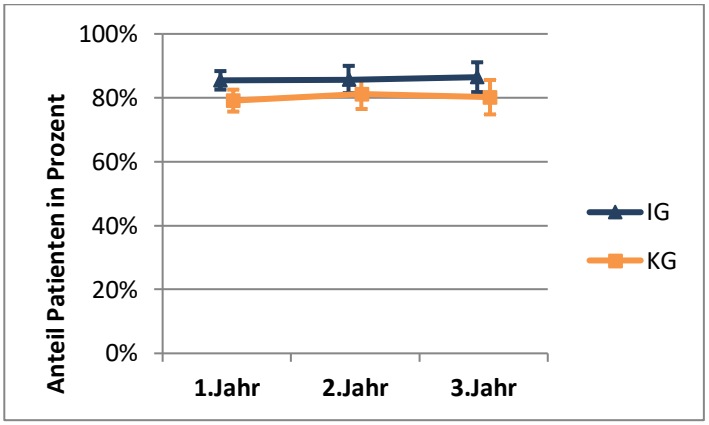
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



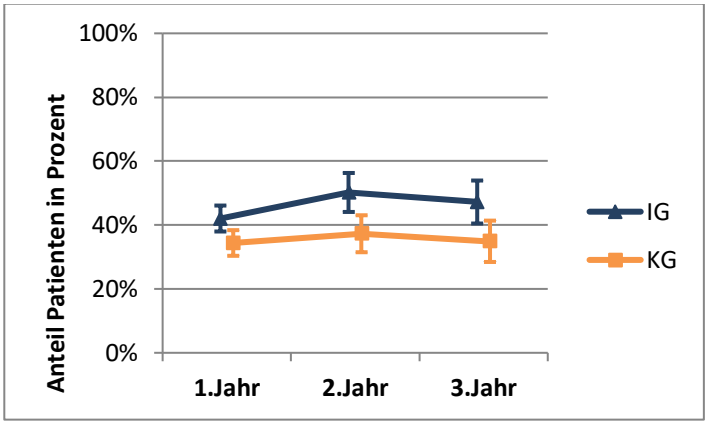
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



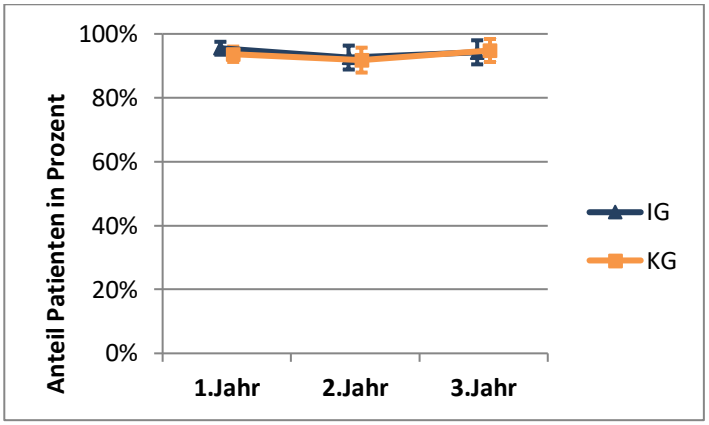
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



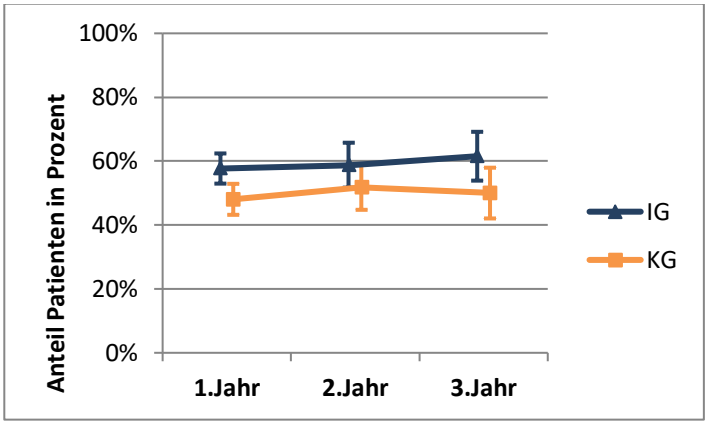
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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 waren zwischen IG und KG vergleichbare durchschnittliche Anzahl der **Kontaktabbrüche** pro Person (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG ersichtlich. Auch war der Anstieg der durchschnittlichen kumulierten **Dauer der Kontaktabbrüche** zwischen IG und KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede waren nicht erkennbar.

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	**1.719**	**1.719**	**1.717**	**1.717**	**1.719**	**1.719**	**1.717**	**1.717**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	104	743	121	611	104	742	121	608
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	25	318	49	244	25	314	49	242
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	16	131	28	108	16	131	28	108
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	48	325	60	264	48	325	60	262
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	13	151	24	121	13	150	24	120
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	10	66	16	57	10	66	16	57

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum[1]	**> 90 Tage**				**> 180 Tage**			
	IG		**KG**		**IG**		**KG**	
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)	**529**	**1.719**	**530**	**1.717**	**529**	**1.719**	**530**	**1.717**
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)	–*	36,1 %	–*	36,2 %	–*	33,7 %	–*	34,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	–*	33,2 %	–*	31,8 %	–*	32,0 %	–*	30,9 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	–*	11,6 %	–*	23,0 %	–*	5,4 %	–*	11,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	–*	11,3 %	–*	19,0 %	–*	5,3 %	–*	5,8 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	–*	2,3 %	–*	8,3 %	–*	0,0 %	–*	0,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	–*	4,5 %	–*	5,3 %	–*	0,0 %	–*	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **einem Kontaktabbruch** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								

• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA1)	–*	319,2	–*	314,5	–*	349,0	–*	349,5
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	–*	325,3	–*	302,4	–*	351,2	–*	348,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	–*	270,3	–*	259,1	–*	327,3	–*	312,1
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	–*	262,2	–*	241,0	–*	324,0	–*	313,1
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	–*	175,4	–*	198,1	–*	0,0	–*	354,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	–*	175,4	–*	209,6	–*	0,0	–*	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum[1]	**> 90 Tage**				**> 180 Tage**			
	IG		**KG**		**IG**		**KG**	
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A [3]	**271**	**878**	**258**	**824**	**271**	**878**	**258**	**824**
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	–*	0,4	–*	0,4	–*	0,3	–*	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	–*	122,2	–*	126,5	–*	112,1	–*	111,2

[1] Untersuchung jeweils ab stationärem Aufenthalt im Untersuchungszeitraum mit jeweils 2-jährigem Follow-up
[2] Unter Kontakt zum psychiatrisches Versorgungssystem werden Kontakte bei niedergelassenen Fachärzten (Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69) oder zur PIA oder im Krankenhaus mit Fachabteilung 29xx (Allgemeine Psychiatrie), 30xx (Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder 31xx (Psychosomatik/Psychotherapie) definiert. Nicht berücksichtigt werden Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen sowie folgende EBMs: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt
[3] mindestens Diagnostikkriterium erfüllt: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[4] Diagnostikkriterium und Dauerkriterium erfüllt: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

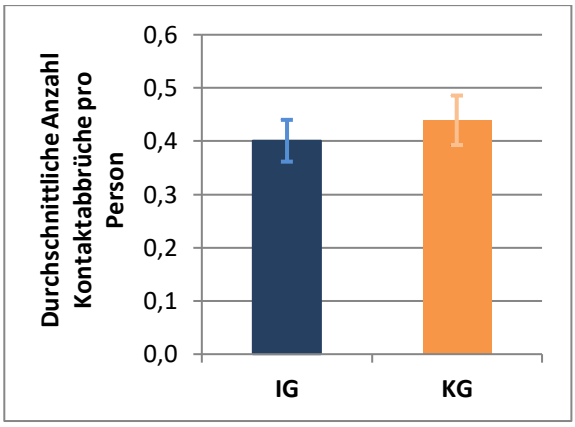
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

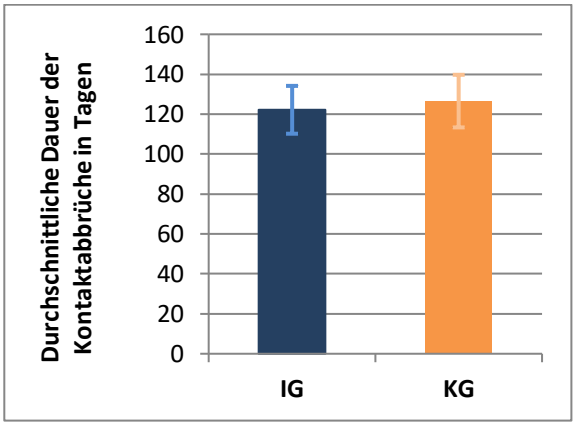
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

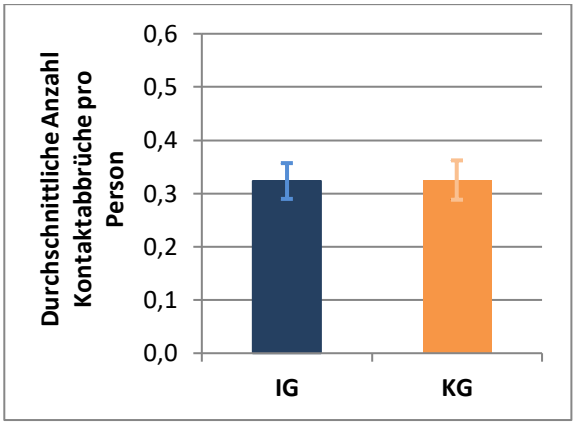
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

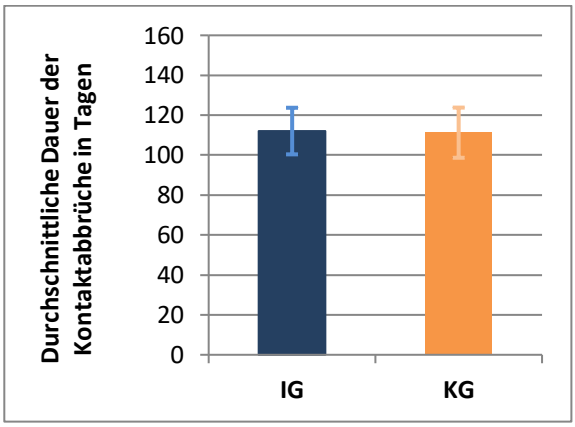


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	**>90 Tage**		**> 180 Tage**	
	Anzahl Kontaktabbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontaktabbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
Gruppe	-0,04 -0,10…0,02	-5,86 -23,52…11,79	-0,01 -0,06…0,04	-1,07 -18,10…15,95

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 klinikneuen und klinikbekannten 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)	**624**	**624**	**624**	**624**	**624**	**619**	**619**	**619**	**619**	**619**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**610**	**616**	**587**	**573**	**558**	**595**	**606**	**567**	**556**	**533**
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%	1,1%	1,1%	1,0%	0,6%	1,6%	3,1%	0,8%	0,5%	0,6%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%	0,6%	0,3%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	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)	**518**	**518**	**518**	**518**	**518**	**513**	**513**	**513**	**513**	**513**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**510**	**512**	**491**	**479**	**465**	**498**	**500**	**488**	**476**	**451**
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)	1,4%	2,3%	0,8%	0,6%	0,8%	2,3%	2,5%	1,2%	1,9%	1,4%
• Vier (B)	0,6%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%	0,2%	0,8%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

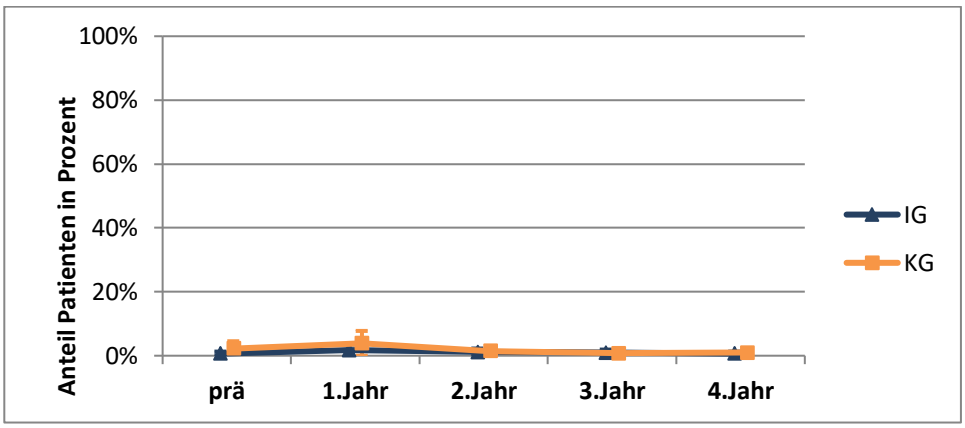
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

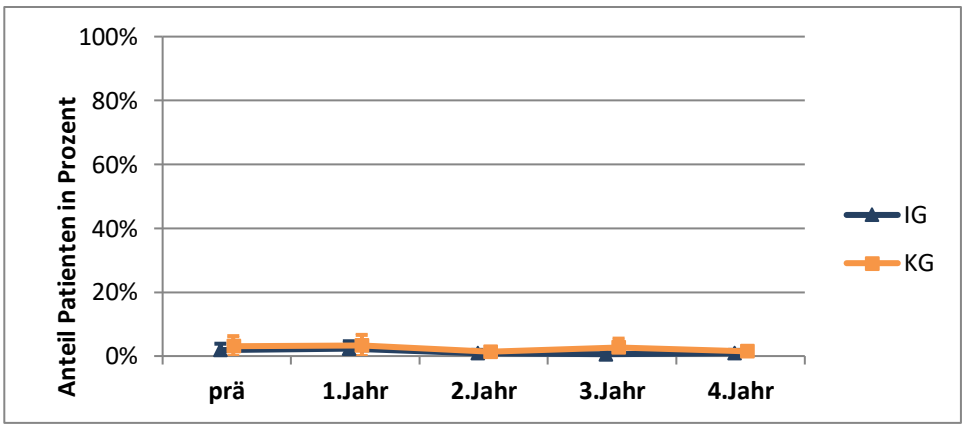


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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)	**2.425**	**2.425**	**2.425**	**2.425**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**2.363**	**2.395**	**2.349**	**2.376**
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%	1,9%	0,9%	2,4%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,1%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%

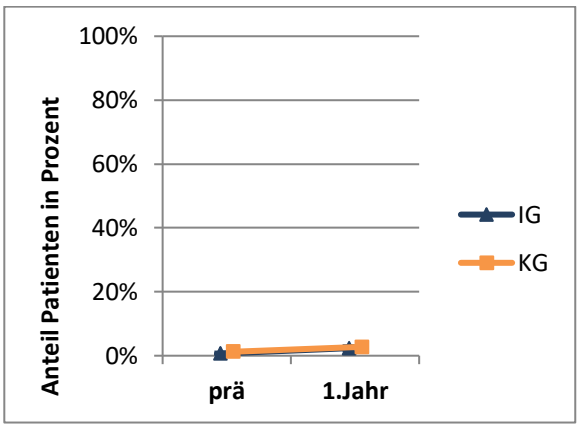
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**1.826**	**1.826**	**1.826**	**1.815**	**1.815**	**1.815**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**1.781**	**1.806**	**1.702**	**1.757**	**1.778**	**1.694**
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%	1,5%	1,1%	1,0%	2,7%	0,8%
• Vier (B)	0,2%	0,5%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

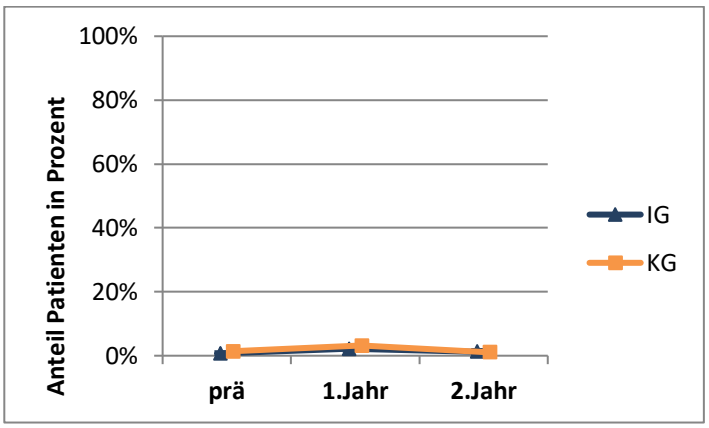


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**1.244**	**1.244**	**1.244**	**1.244**	**1.239**	**1.239**	**1.239**	**1.239**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**1.213**	**1.230**	**1.166**	**1.136**	**1.196**	**1.214**	**1.152**	**1.123**
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)	0,4%	1,7%	1,2%	0,8%	1,0%	3,0%	1,0%	0,6%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,5%	0,3%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**590**	**590**	**590**	**590**	**587**	**587**	**587**	**587**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**581**	**584**	**562**	**548**	**571**	**573**	**558**	**543**
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)	1,4%	2,2%	1,2%	0,5%	2,4%	2,9%	1,5%	2,2%
• Vier (B)	0,5%	0,0%	0,2%	0,0%	0,7%	0,7%	0,2%	0,7%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%

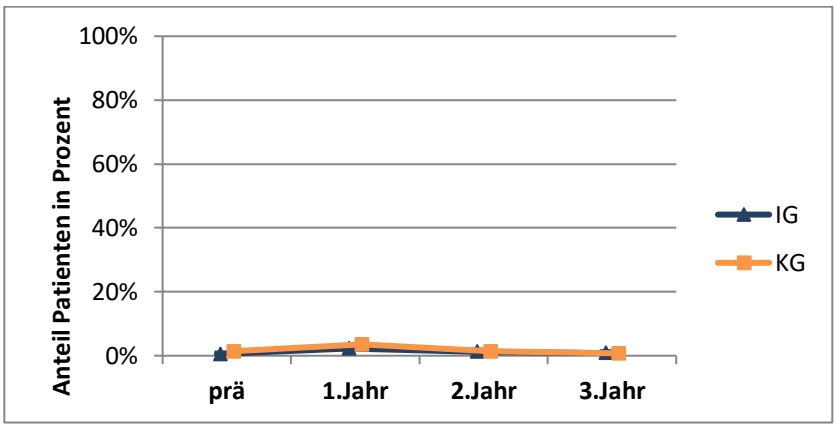
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

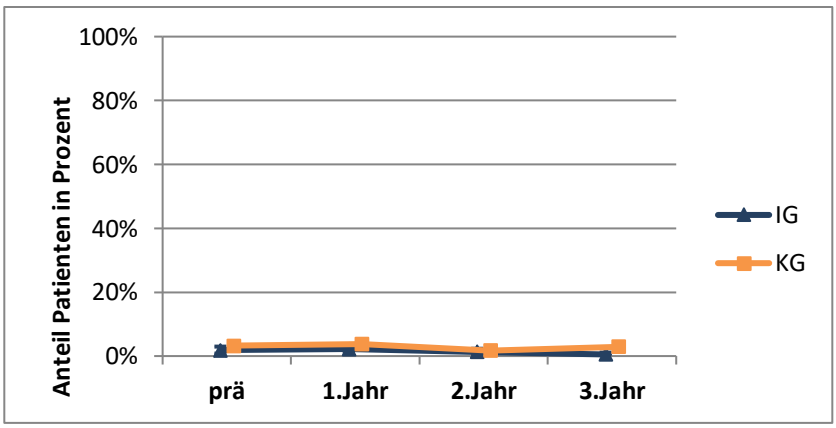
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den klinikneuen Patienten zwischen IG und KG eine vergleichbare Anzahl **AU-Episoden**. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,5 bzw. 1,2 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall in IG bzw. KG und sank dann in beiden Gruppen auf 0,5 und ab dem dritten Jahr nach Referenzfall auf 0,4 AU-Episoden ab. Auch bei den klinikbekannten Patienten waren vergleichbare Verläufe der durchschnittlichen Anzahl AU-Episoden zu erkennen. Das Niveau der Episoden war verglichen mit den klinikneuen Patienten höher. 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. Die Verläufe der AU-Tage waren zwischen IG und KG verglichen mit dem jeweiligen Jahr vor Referenzfall vergleichbar, jedoch wies die Patienten der IG stets eine höhere Anzahl an AU-Tage als die Patienten der KG auf (prä: +3,5; 1. Jahr: +12,0; 2. Jahr: +4,6, 3. Jahr: + 2,3; 4. Jahr: +1,5 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

In der IG verzeichneten sowohl die jüngeren (jünger als medianes Alter) als auch die älteren klinikneuen Patienten meist mehr AU-Tage als in der KG (siehe Kapitel 14.2); lediglich bei den älteren Patienten im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen in der IG geringer als in der KG. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F03 (nicht näher bezeichnete Demenz), F30-39 (affektive Störungen) und F45 (somatoforme Störungen) auf (wobei auf erst- und letztgenannte sehr wenige Patienten fallen), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F70-79 (Intelligenzstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) aufwiesen (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten betrafen). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG geringer im Vergleich zur KG ausfiel. Die Patienten der IG wiesen zu jedem Zeitintervall geringere AU-Tage auf im Vergleich zu KG (prä: -8,3; 1. Jahr: -1,5; 2. Jahr: -2,6; 3. Jahr: -3,7; 4. Jahr: -3,8 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht, da die IG bereits im Jahr vor Referenzfall geringere AU-Tage aufwies.

Hier verzeichneten die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG im Jahr vor Referenzfall zunächst noch weniger AU-Tage als in der KG; ab dem Jahr nach Referenzfall war die Anzahl der AU-Tage in der IG jedoch stets größer als in der KG (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten wies die IG stets weniger AU-Tage, ausgenommen im Jahr nach Referenzfall, auf. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F30-39 (affektive Störungen) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) auf (wobei erst- und letztgenannte sehr wenige Patienten betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F30-39 (affektive Störungen) und F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) aufwiesen (wobei erstgenannte 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).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (IG: +0,6; KG: +0,5 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG stärker als in der KG an (IG: +55,9 AU-Tage; KG: +47,9 AU-Tage).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG vergleichbar mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Dieser Peak war in der IG leicht höher im Vergleich zur KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +8,9 AU-Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** klinikneuer und klinikbekannter Patienten zwischen den Gruppen vergleichbare Verläufe erkennbar. Bei der Anzahl **AU-Tagen** spiegelte sich die oben beschriebenen Muster wieder. Bei den klinikneuen Patienten waren zu jedem Zeitintervall höhere Anzahlen an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Auch war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer im Vergleich zur KG (IG: +52,5; KG: +47,6 AU-Tage). Bei den klinikbekannten Patienten waren dagegen in der IG stets geringere AU-Tage im Vergleich zur KG ersichtlich, ausgenommen im Jahr nach Referenzfall. Sowohl der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall als auch das Absinken zum zweiten bzw. dritten Jahr nach Referenzfall war in der IG größer als in der KG.

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 klinikbekannten 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)	**322**	**322**	**321**	**320**	**319**	**343**	**343**	**342**	**342**	**341**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,5	0,5	0,4	0,4	0,5	1,2	0,5	0,4	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	21,7	72,6	18,6	16,5	14,3	18,1	60,6	14,1	14,1	12,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,6%	15,5%	5,9%	3,1%	5,0%	14,0%	12,0%	3,2%	4,7%	2,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	1,0	0,4	0,1	0,6	0,6	0,7	0,2	0,6	1,2
• 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%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**219**	**219**	**219**	**219**	**218**	**223**	**223**	**221**	**220**	**220**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,3	1,4	1,0	0,8	0,7	1,4	1,7	1,0	0,8	0,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	32,8	43,7	19,9	16,5	16,2	41,1	45,2	22,5	20,2	20,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	13,2%	3,7%	2,7%	3,2%	4,6%	11,2%	6,7%	3,6%	2,3%	3,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,5	1,1	0,8	0,9	0,5	3,1	1,2	0,9	0,5	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	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 ist und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind

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

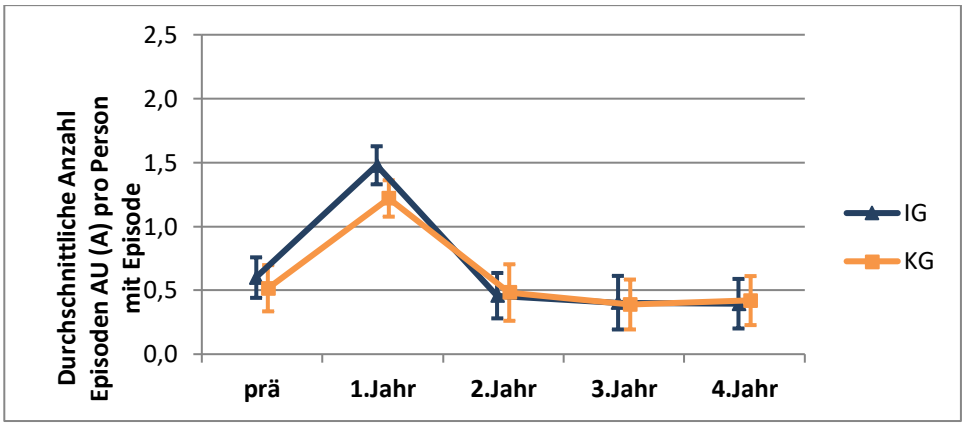
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

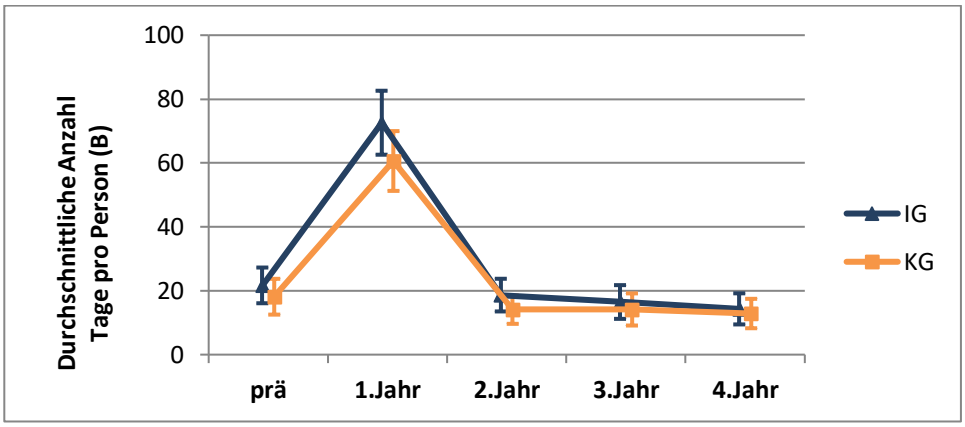
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

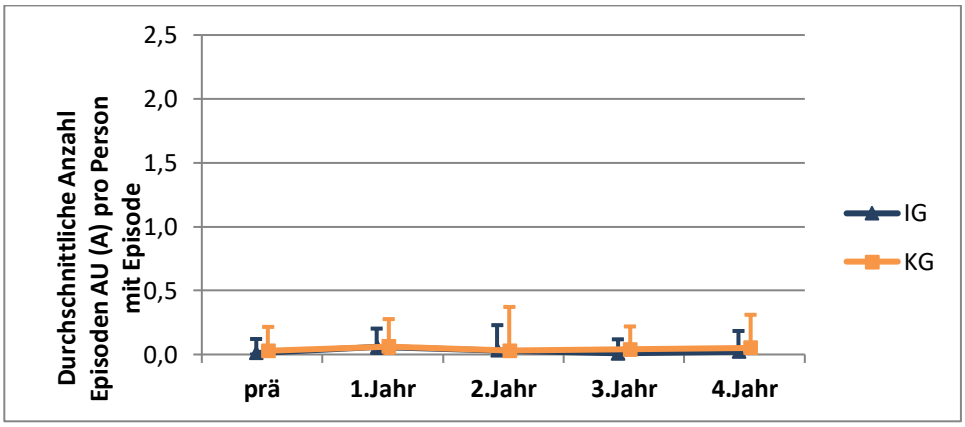


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

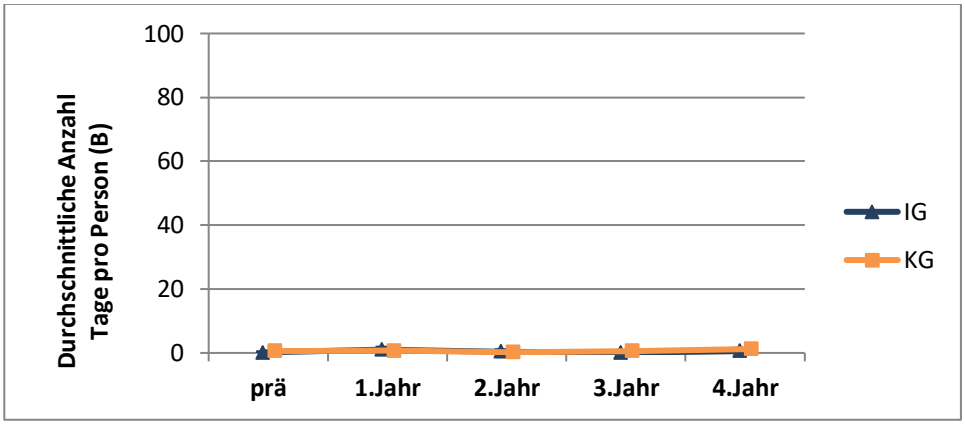


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



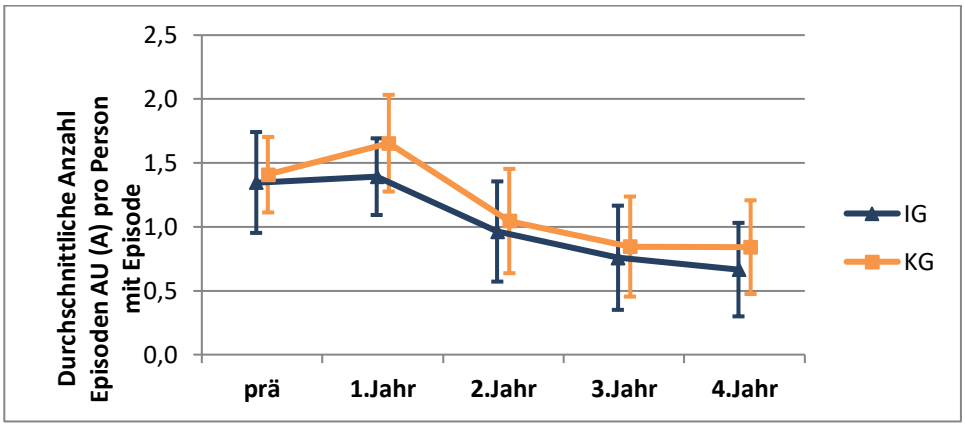
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

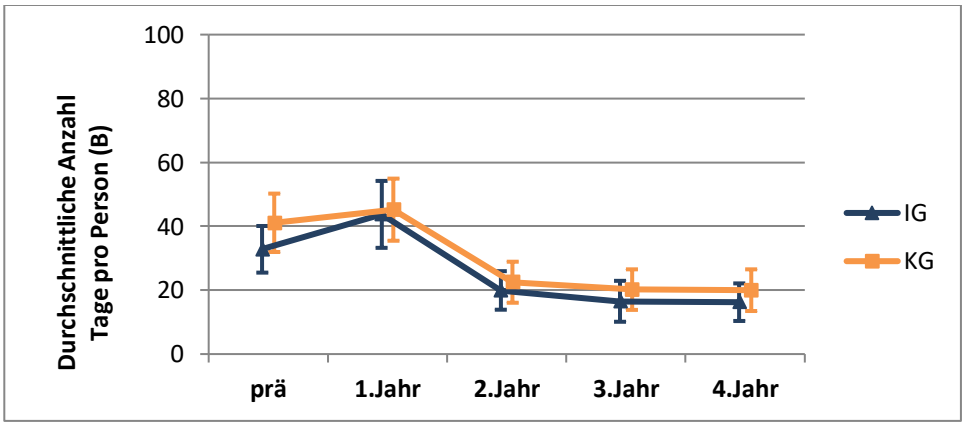
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

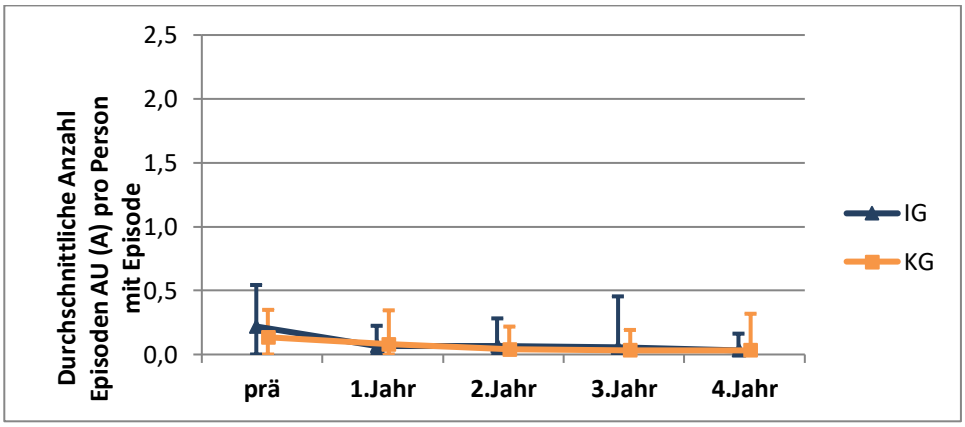


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

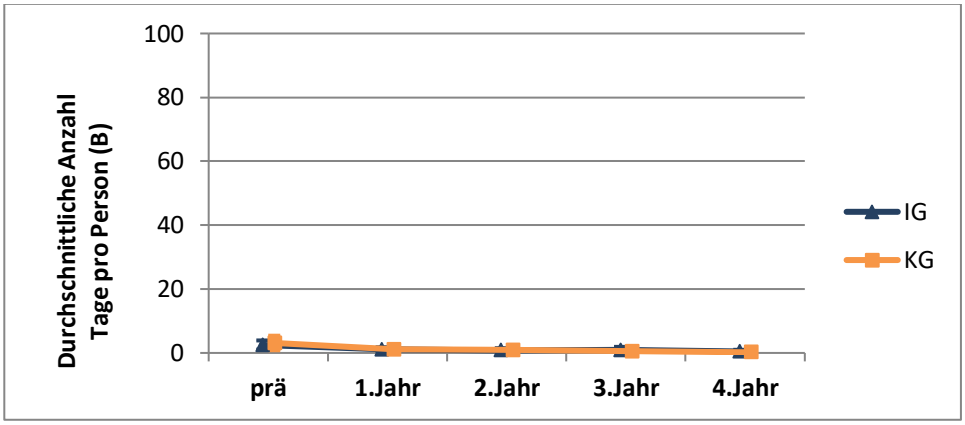


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,18 -0,03…0,38	8,44 -3,58…20,46
DID Jahr 2	-0,11 -0,32…0,10	0,99 -11,03…13,01
DID Jahr 3	-0,07 -0,28…0,14	-1,27 -13,29…10,75
DID Jahr 4	-0,11 -0,32…0,10	-2,14 -14,17…9,88
DID Jahr 1-4	—	1,50 -8,59…11,59

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,20 -0,66…0,26	6,82 -7,84…21,49
DID Jahr 2	-0,01 -0,47…0,45	5,93 -8,73…20,59
DID Jahr 3	-0,02 -0,48…0,45	4,91 -9,75…19,58
DID Jahr 4	-0,11 -0,57…0,36	4,73 -9,93…19,40
DID Jahr 1-4	—	5,60 -6,16…17,36

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)	**1.318**	**1.318**	**1.405**	**1.405**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,3	0,6	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	25,8	81,7	22,0	69,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	28,8%	14,6%	20,4%	10,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,9	0,3	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,2%	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 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

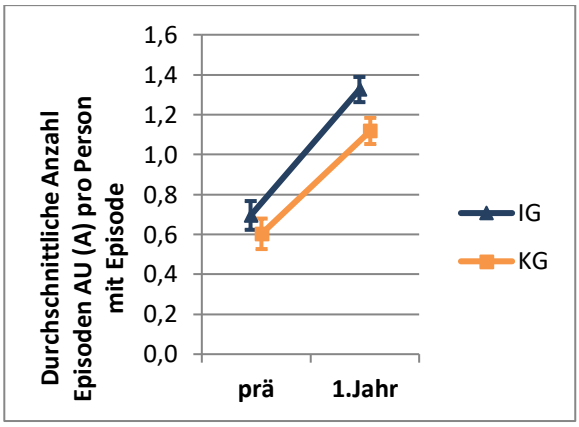
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

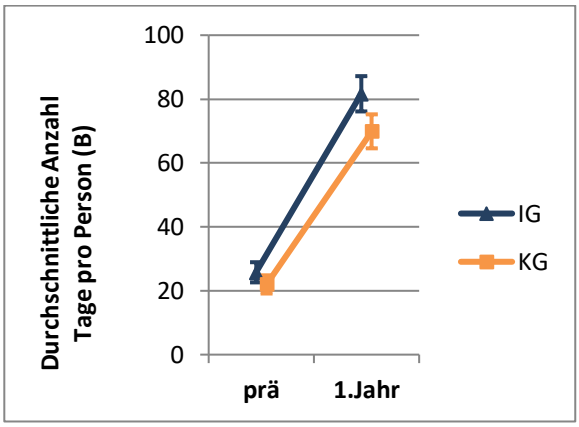
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

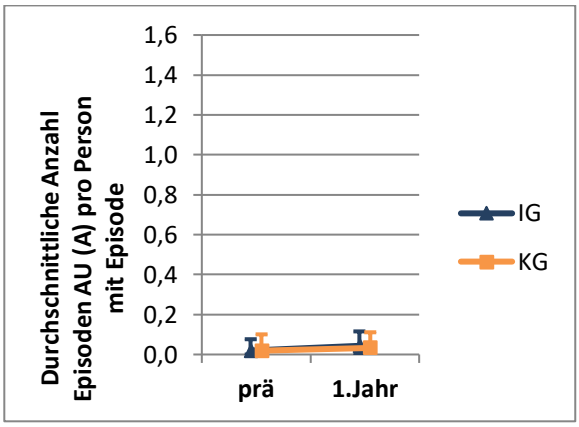


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

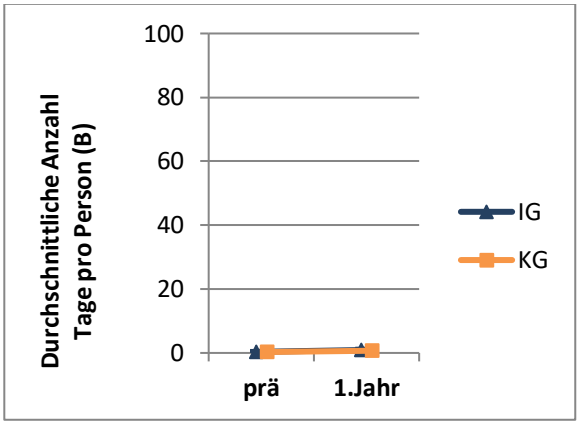


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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)	**988**	**988**	**984**	**1.045**	**1.045**	**1.043**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,4	0,5	0,6	1,1	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	24,3	80,1	21,5	21,2	68,1	17,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,1%	14,3%	6,1%	19,2%	10,5%	4,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	1,0	0,3	0,4	0,9	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%	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.

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

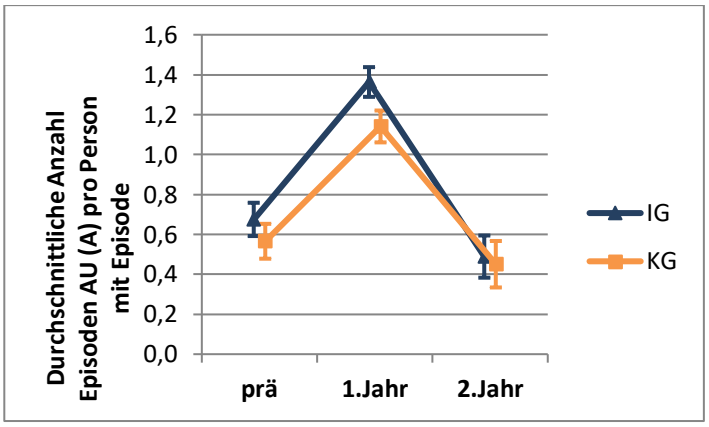
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

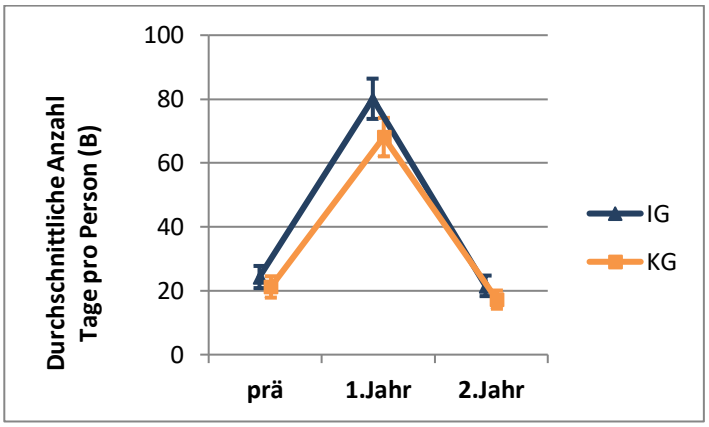
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

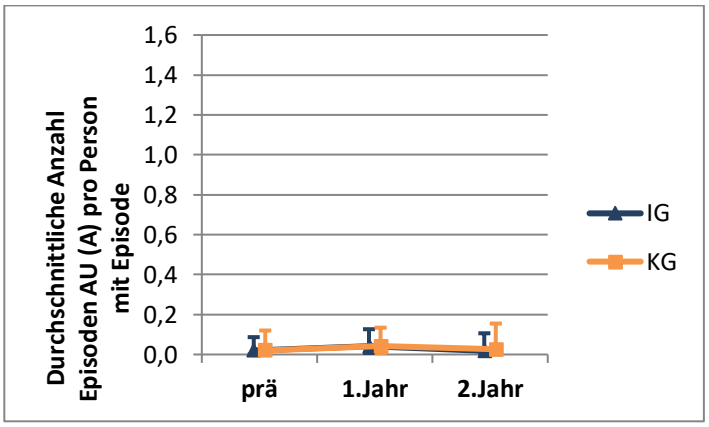


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

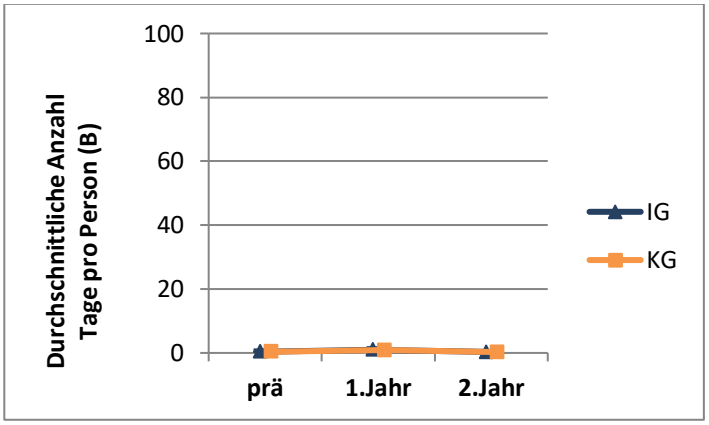


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,11 0,00…0,23	8,90* 0,64…17,16
DID Jahr 2	-0,07 -0,19…0,05	1,15 -7,11…9,41

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)	**663**	**663**	**661**	**660**	**692**	**692**	**690**	**690**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,4	0,5	0,4	0,6	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	22,2	74,7	21,1	16,0	19,5	67,1	17,5	12,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,7%	14,2%	6,2%	4,4%	18,1%	10,8%	3,9%	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	0,1	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,8	0,3	0,1	0,4	0,8	0,2	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	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)	**257**	**257**	**257**	**257**	**260**	**260**	**258**	**257**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,3	1,5	1,0	0,8	1,4	1,7	1,0	0,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	29,7	45,7	21,9	17,7	37,9	43,5	22,6	21,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	12,8%	3,9%	3,5%	4,3%	10,8%	6,9%	4,7%	3,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,9	1,4	1,1	1,1	3,4	1,8	1,1	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	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 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

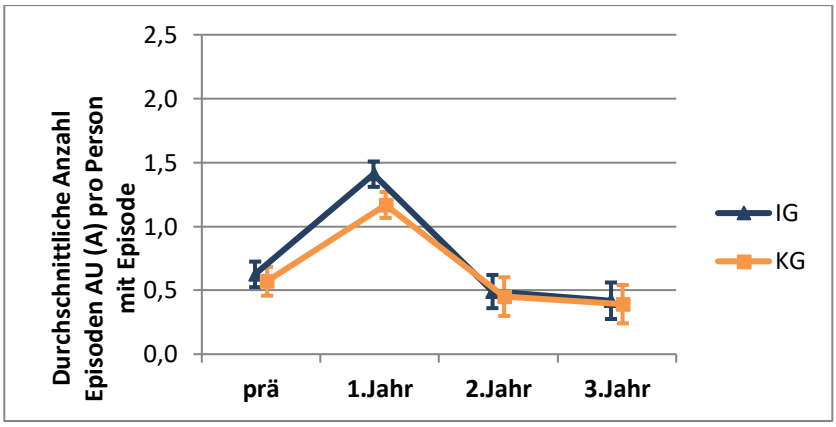
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

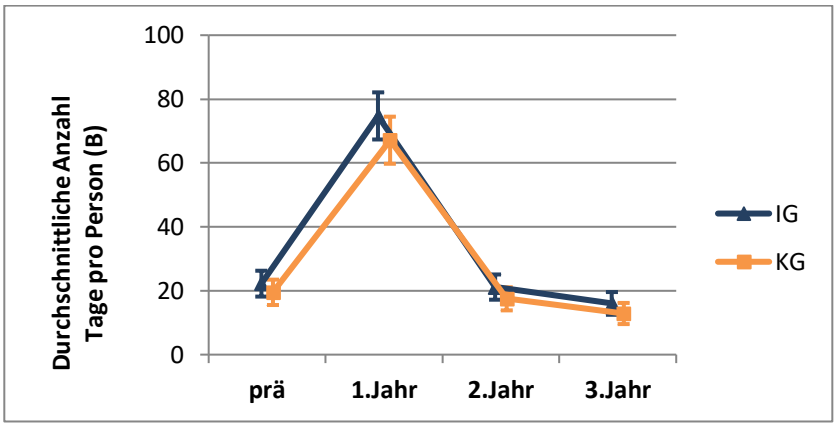
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

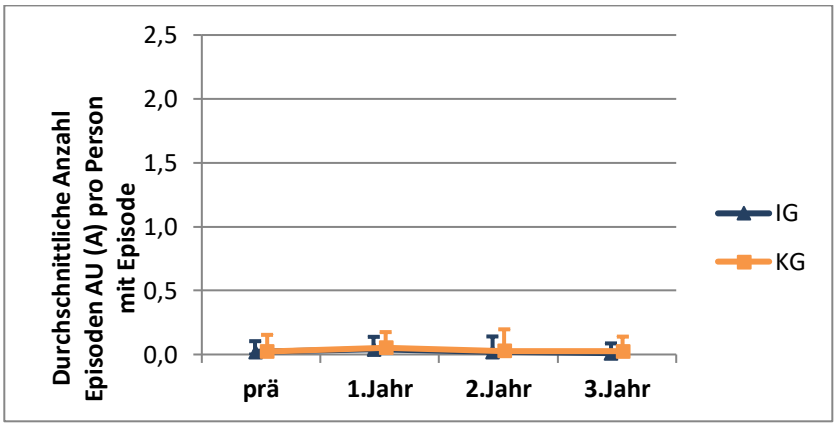


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

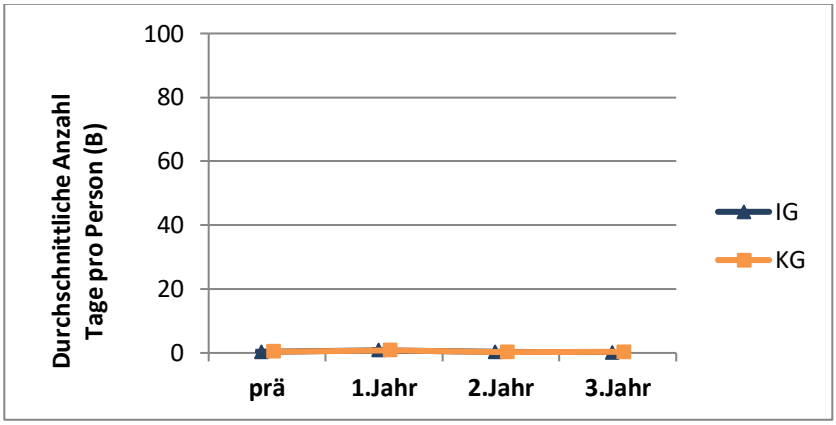


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



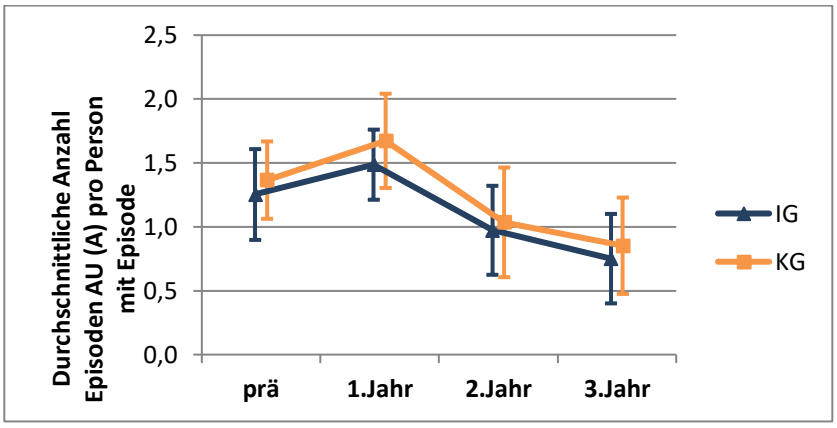
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

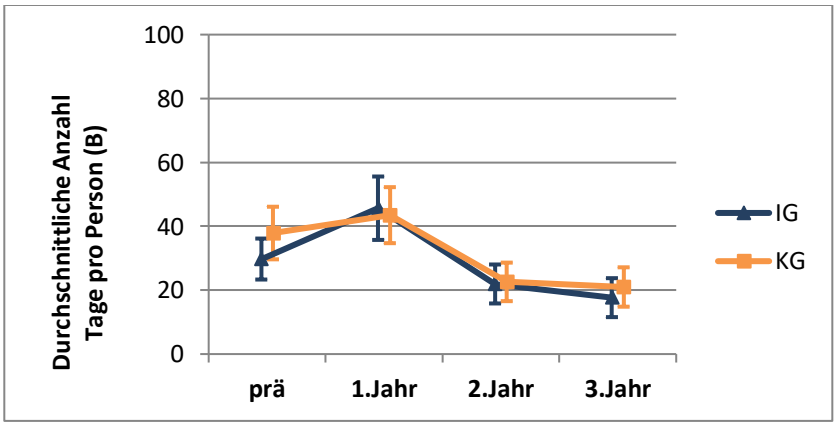
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

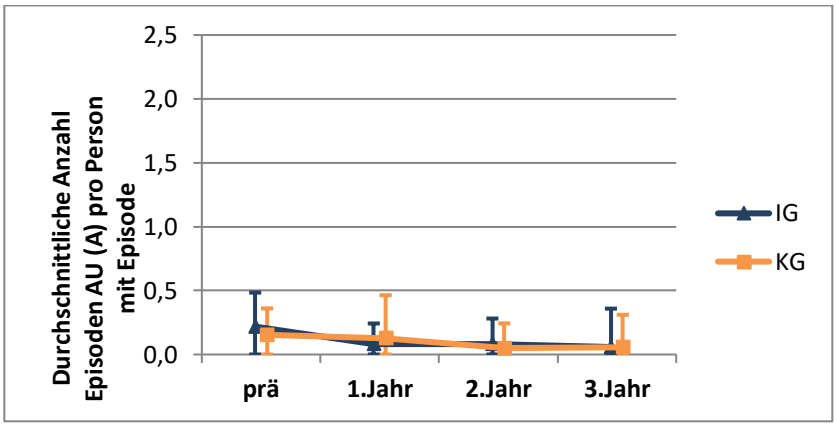


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

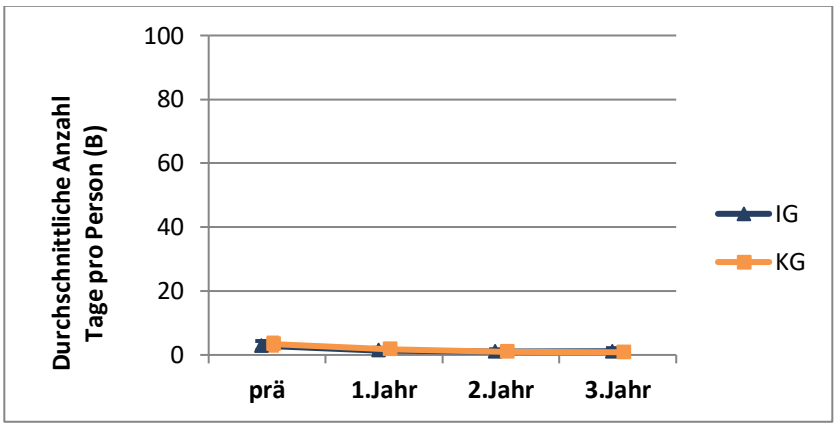


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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 klinikneuen 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 zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 26,9 %; KG: 27,2 %). Auch die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 107,5; KG: 110,8 Tage).

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**1.560**	**1.368**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	26,9%	27,2%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	107,5	110,8
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**767**	**639**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	14,9%	14,7%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	113,1	110,9
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**359**	**304**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	7,9%	8,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	117,2	106,1

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

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

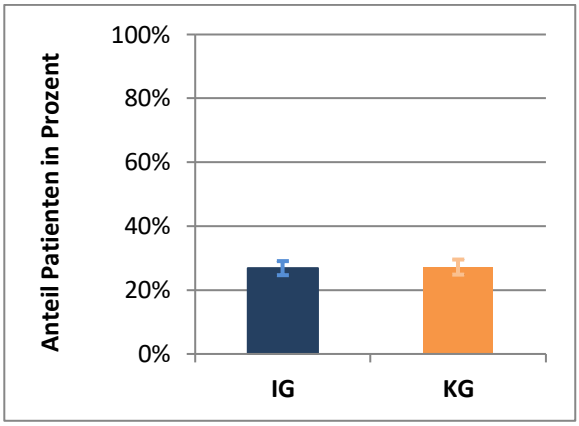
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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



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

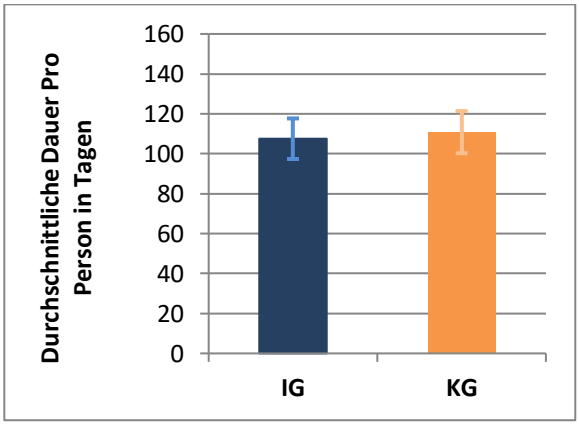


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	**Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme**
Gruppe	1,00 0,85…1,18	-3,84 -18,52…10,85

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 die Angabe des prävalenten und inzidenten Score sowie 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 klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,6; KG: +0,7). 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 (3,3-3,6), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG und sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit.

U2: Bei den klinikneuen 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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse aus U1 und U2 wieder. D.h. im ersten Jahr nach Referenzfall war ein kleiner Peak erkennbar, jedoch 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 klinikneuen 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 klinikbekannten Patienten war kaum ein Unterschied zwischen IG und KG und ein nur sehr keiner 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)	**624**	**624**	**605**	**590**	**579**	**619**	**619**	**596**	**578**	**562**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,4	3,1	3,1	3,1	2,6	3,3	2,8	2,8	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)	**518**	**518**	**501**	**490**	**478**	**513**	**513**	**505**	**491**	**480**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,5	3,5	3,5	3,6	3,2	3,5	3,3	3,5	3,4

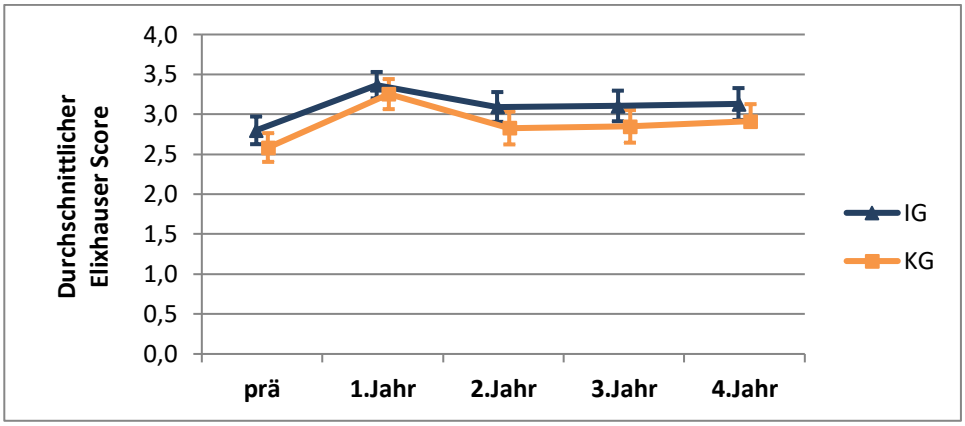
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

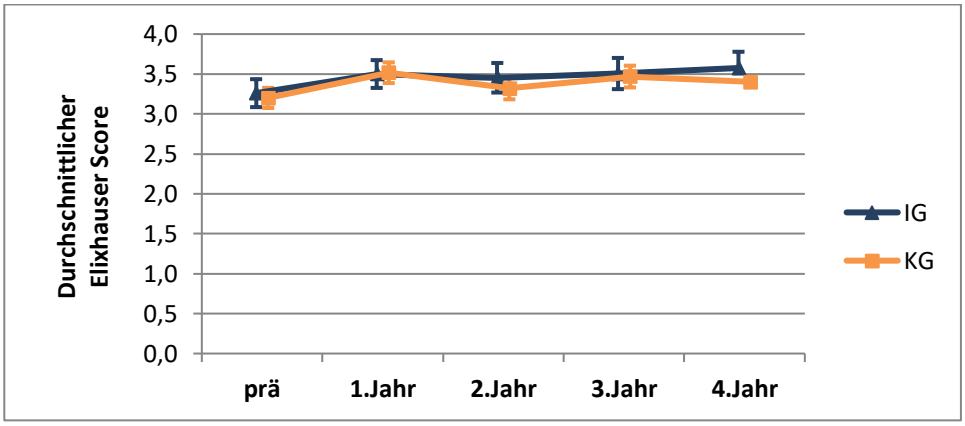


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,10 -0,45…0,24
DID Jahr 2	0,06 -0,29…0,41
DID Jahr 3	0,06 -0,29…0,41
DID Jahr 4	0,04 -0,30…0,39

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,08 -0,44…0,29
DID Jahr 2	0,01 -0,35…0,38
DID Jahr 3	-0,06 -0,43…0,30
DID Jahr 4	0,09 -0,28…0,46

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)	**2.425**	**2.425**	**2.425**	**2.425**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,4	2,7	3,4

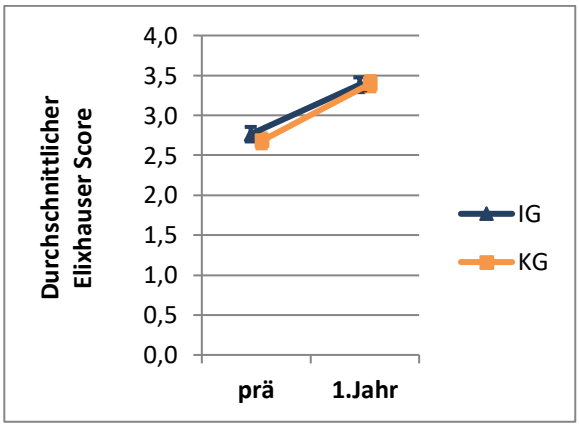
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	**1.826**	**1.826**	**1.757**	**1.815**	**1.815**	**1.763**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,3	3,0	2,6	3,3	2,8

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

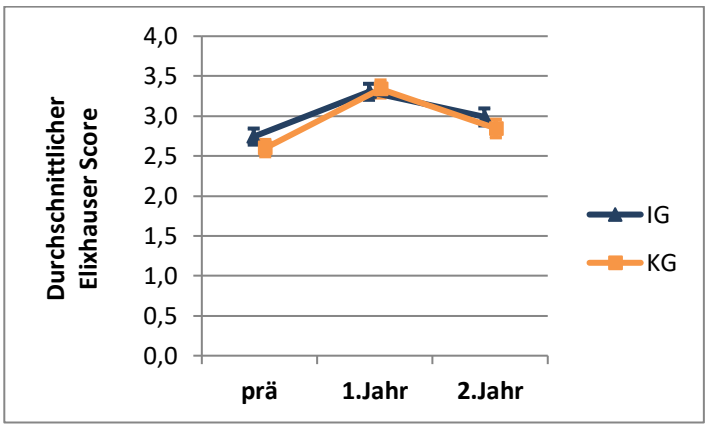


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,18 -0,37…0,01
DID Jahr 2	-0,03 -0,22…0,16

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)	**1.244**	**1.244**	**1.202**	**1.180**	**1.239**	**1.239**	**1.202**	**1.174**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,3	3,0	3,0	2,6	3,3	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)	**590**	**590**	**573**	**560**	**587**	**587**	**577**	**559**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,6	3,5	3,5	3,2	3,5	3,4	3,5

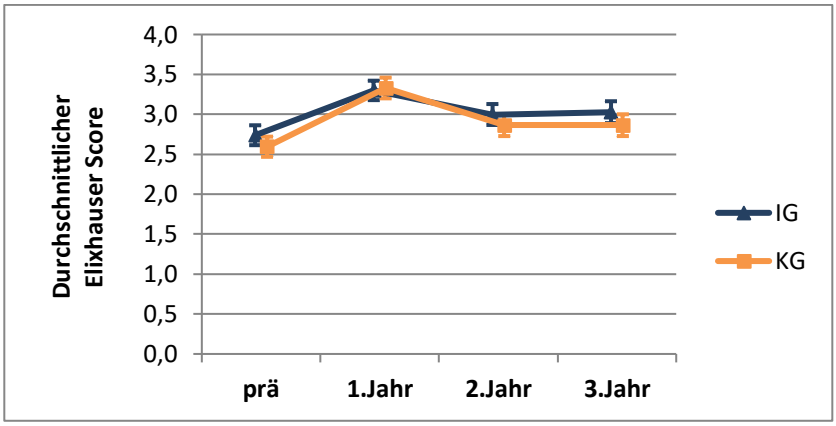
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

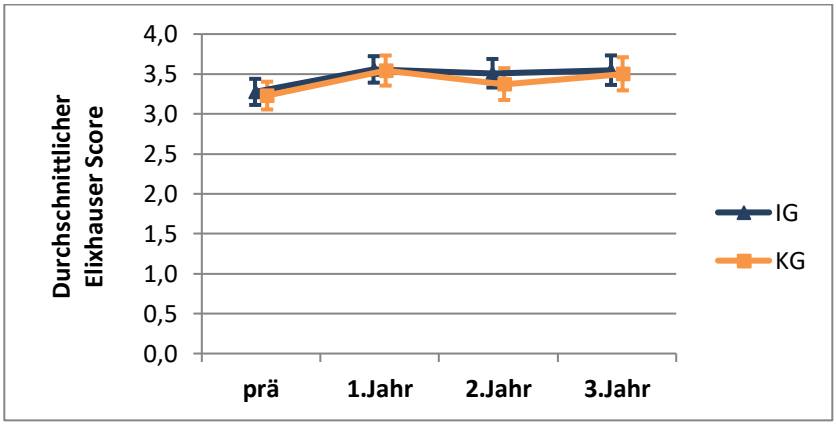


Klinikbekannte Patienten

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 klinikneuen Patienten etwas niedriger (-2,5 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 0,7). Bei den klinikbekannten Patienten war die 4-Jahres-Mortalität zwischen IG und KG vergleichbar.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die nach einem Jahr nach Referenzfall verstarben, in der IG leicht höher als in der KG (+1,0 %-Punkte).

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war 2-Jahres-Mortalität sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten 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)	**624**	**619**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	9,5 %	12,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**518**	**513**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	10,2 %	9,6 %

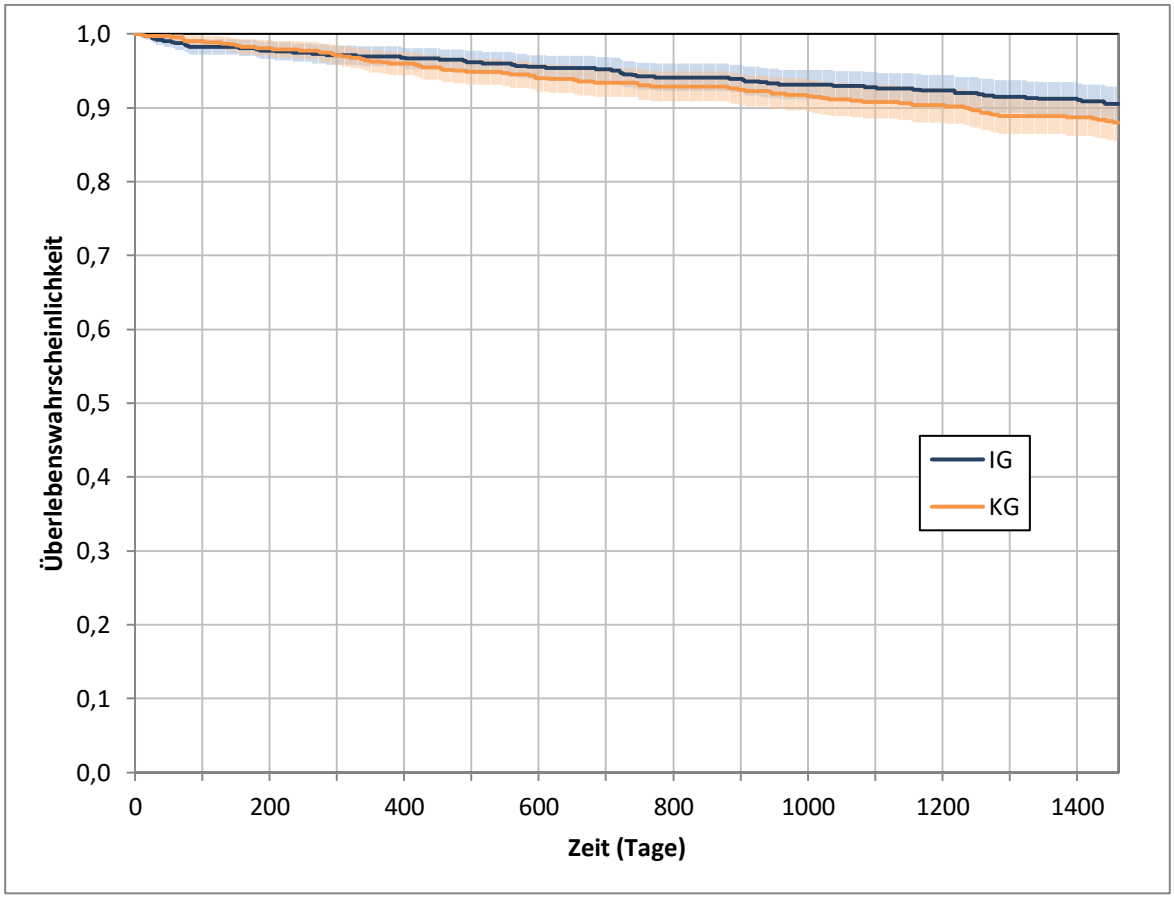
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

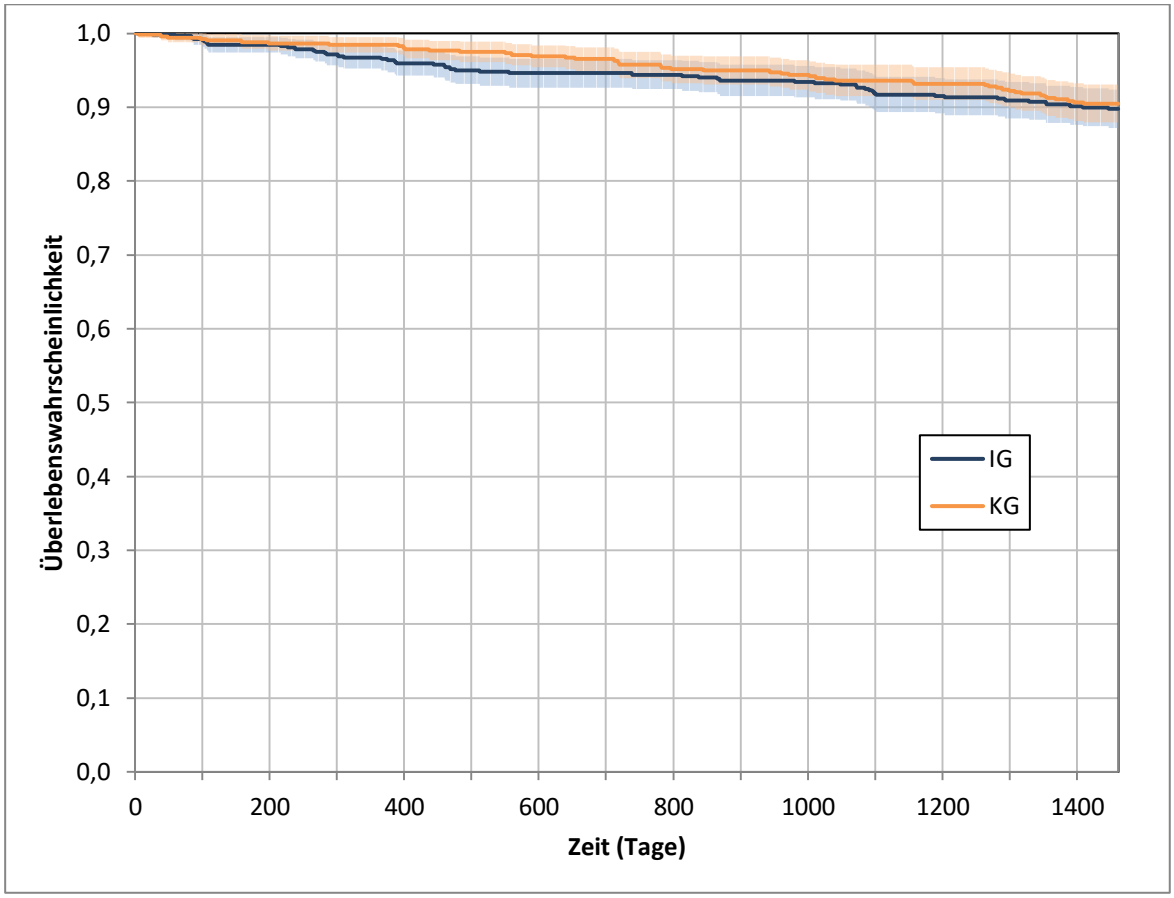


Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,69* 0,49…0,98

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,07 0,72…1,60

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)	**2.425**	**2.425**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	4,0 %	3,0 %

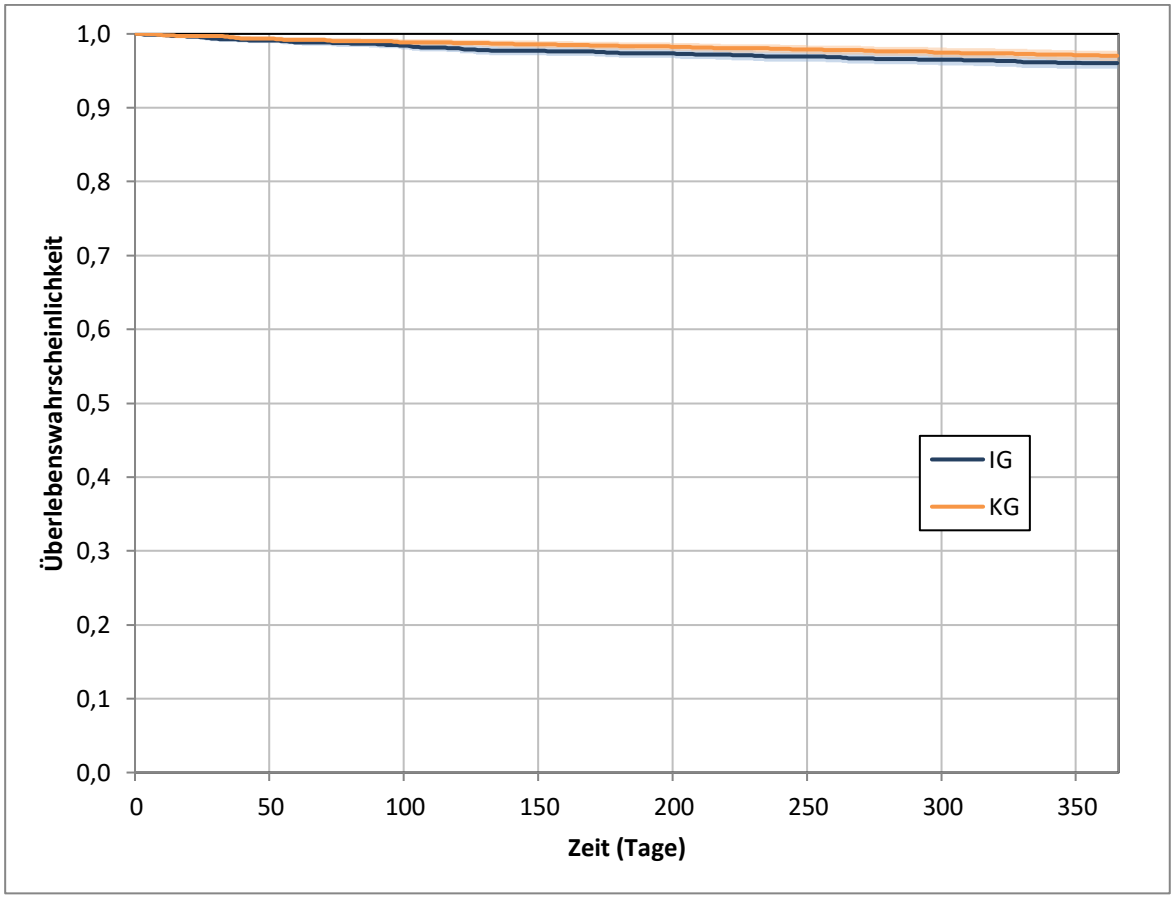
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	**1.826**	**1.815**
• Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	5,9 %	5,4 %

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit

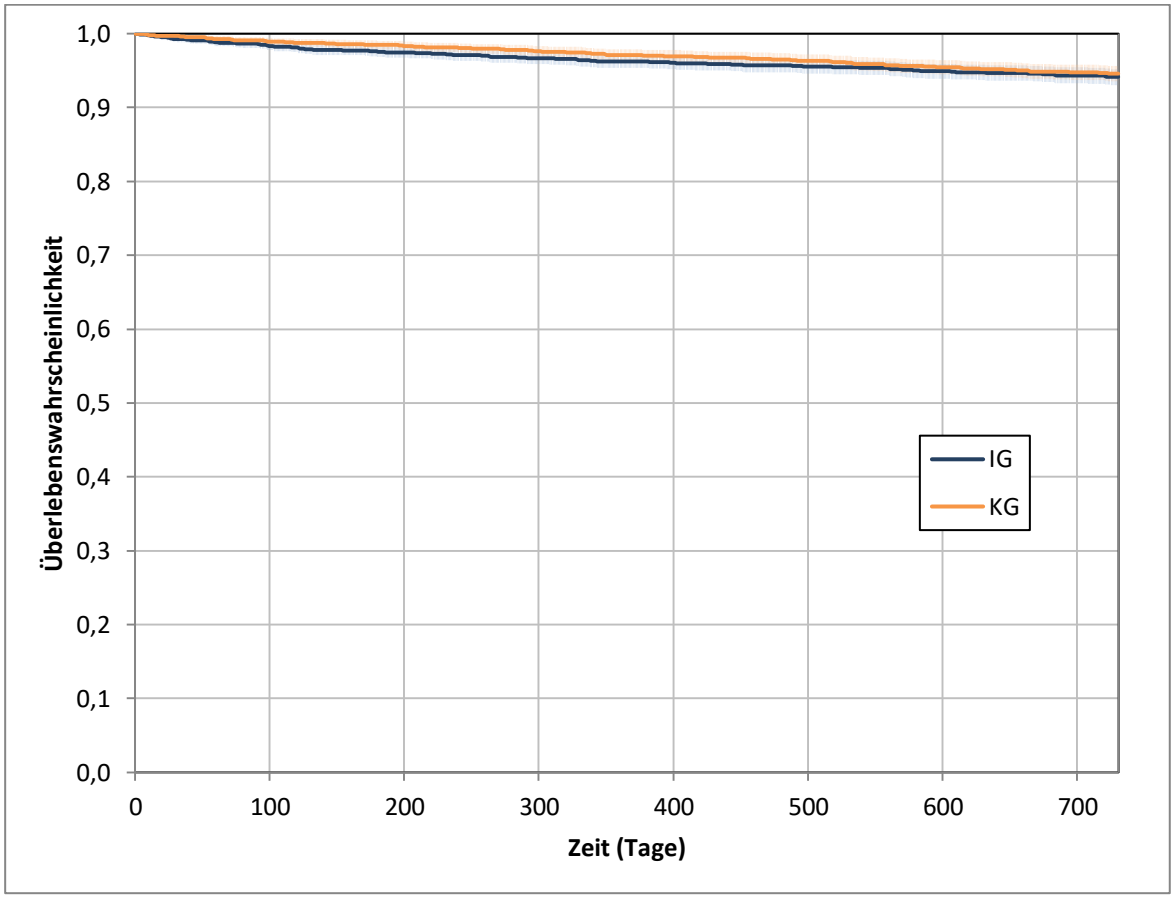


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,99 0,75…1,30

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)	**1.244**	**1.239**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	7,2 %	7,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**590**	**587**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	7,3 %	6,6 %

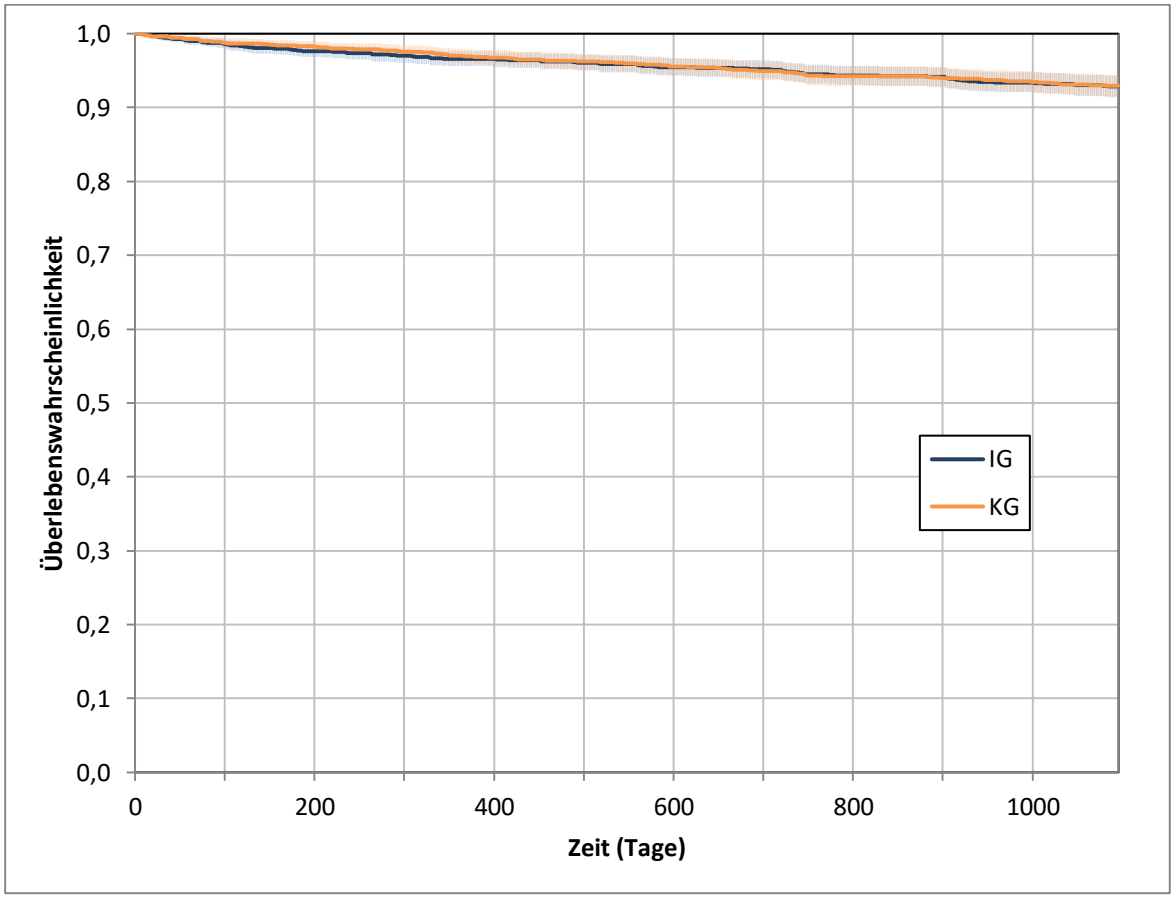
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit

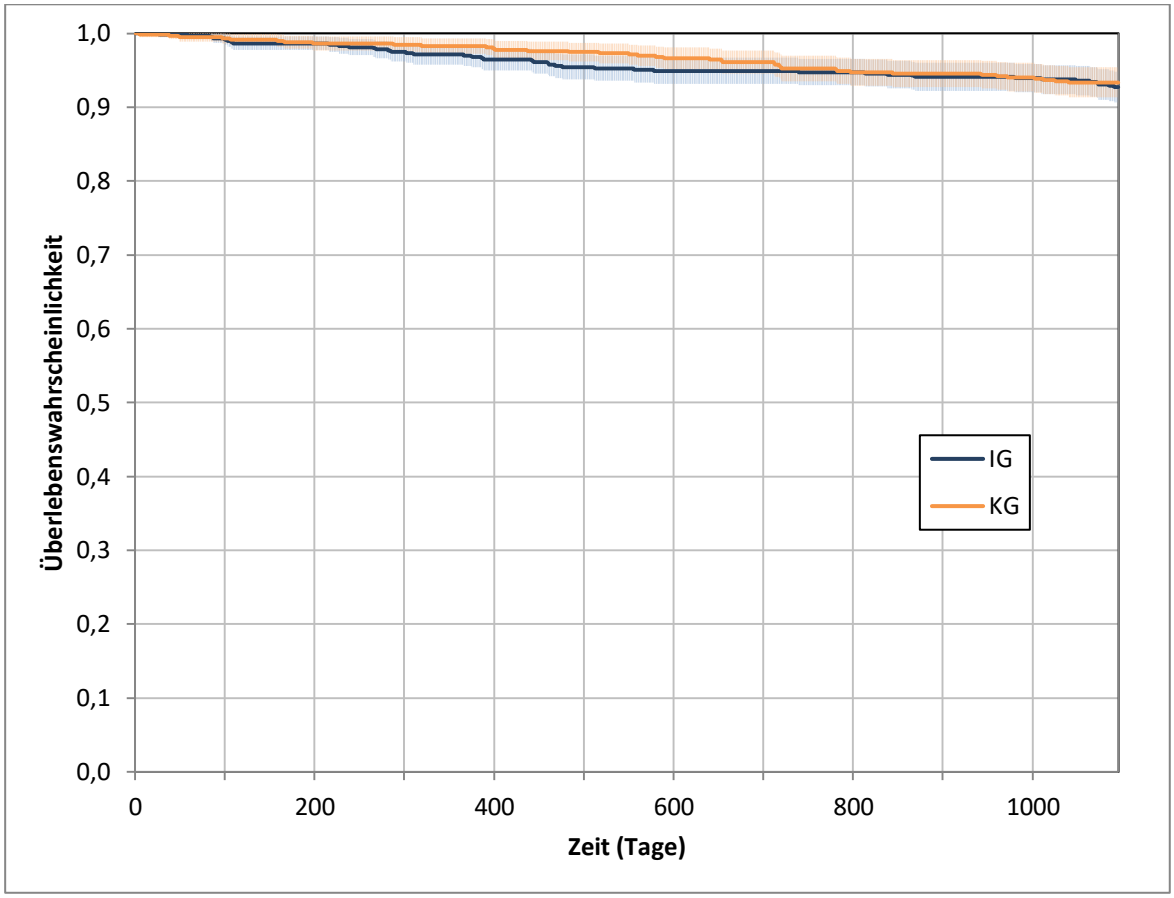


Klinikbekannte Patienten

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 (Progression A) eine schwere depressive Episode, aus einer jeglichen depressiven Episode eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) oder aus keiner eine Suchterkrankung (Progression C) 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 klinikneuen Patienten der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+11,8 %-Punkte; Gruppenschätzer = +1,7). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (+5,4 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+6,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = +1,6). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil statistisch signifikant größer (+9,9 %-Punkte; Gruppenschätzer = +2,2). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (-0,7 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (+3,8 %-Punkte). Jedoch war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den klinikneuen 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 10,6 %-Punkte größer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,1 %-Punkte größer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar.

U3: Bei den klinikneuen 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 statistisch signifikant größer als in der KG (+10,1 %-Punkte; Gruppenschätzer = +1,7). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+2,7 %-Punkte; Gruppenschätzer = +1,4). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war, analog zu den obigen Beschreibungen, das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den klinikneuen Patienten der IG erneut größer als in der KG (+9,6 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG auch größer (+6,4 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+6,2 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+11,4 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen wie in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG jedoch größer (+4,8 %-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	**565**	**545**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	174	150
• Jegliche depr. Episode[3]	315	276
• ohne Suchterkrankung [5]	367	354
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	30,5 %	18,7 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	16,2 %	10,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	35,4 %	36,2 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**465**	**464**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	68	73
• Jegliche depr. Episode[3]	174	165
• ohne Suchterkrankung [5]	230	223
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	19,1 %	13,7 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	18,4 %	8,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	22,6 %	18,8 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

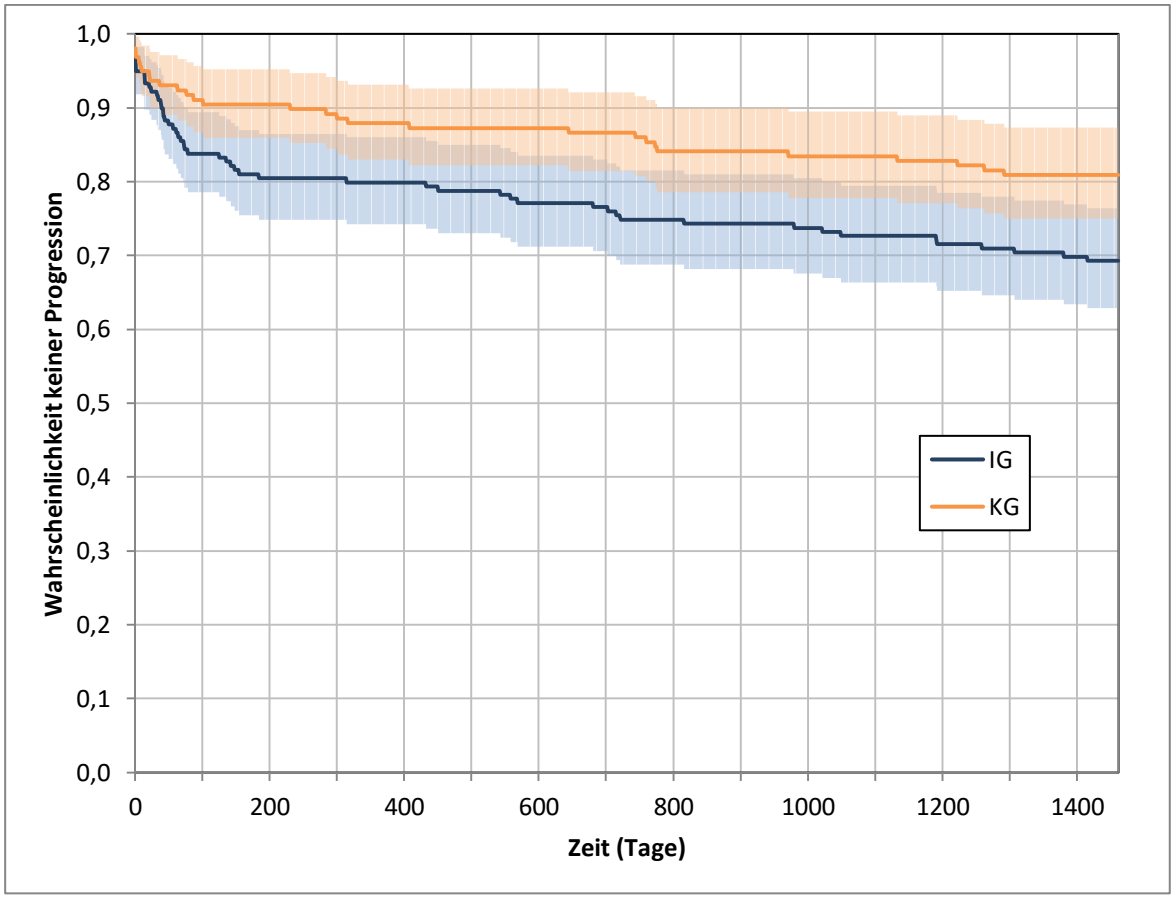
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

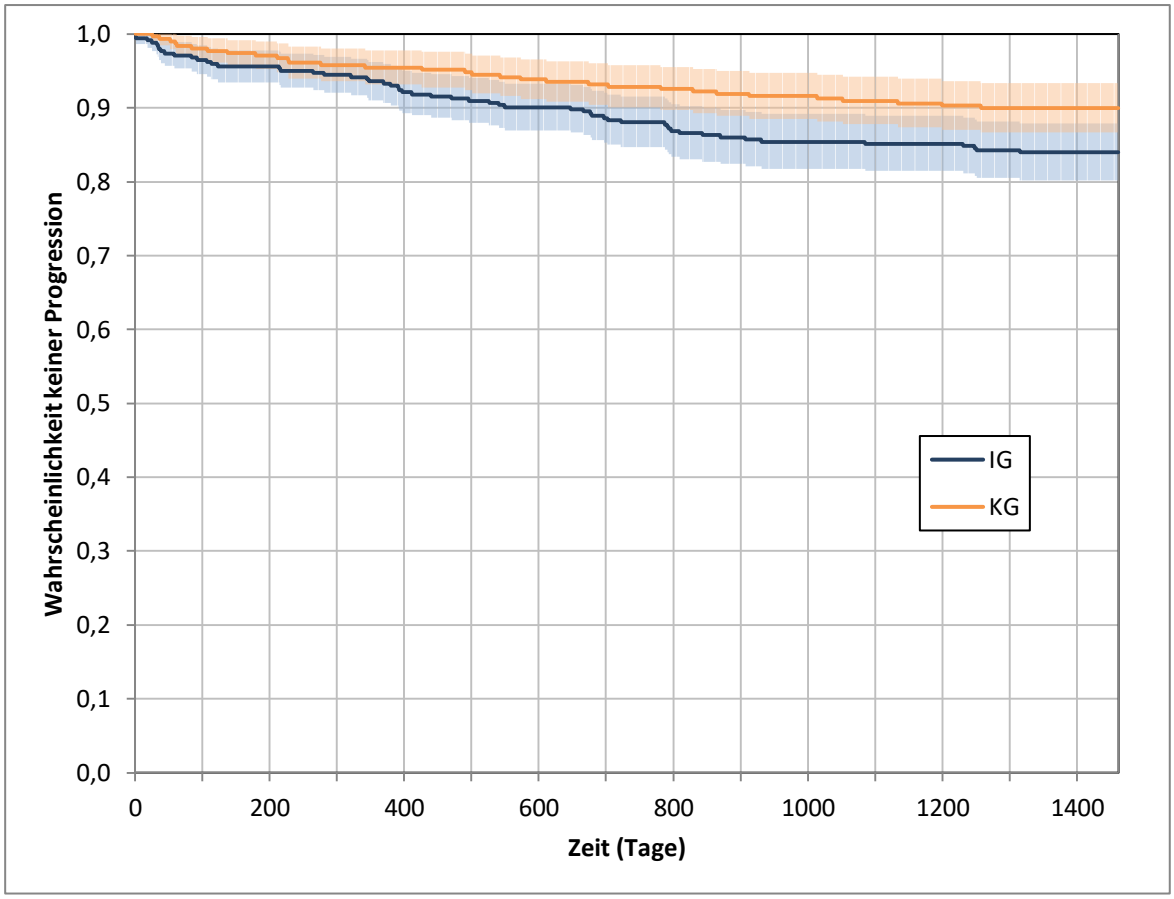
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

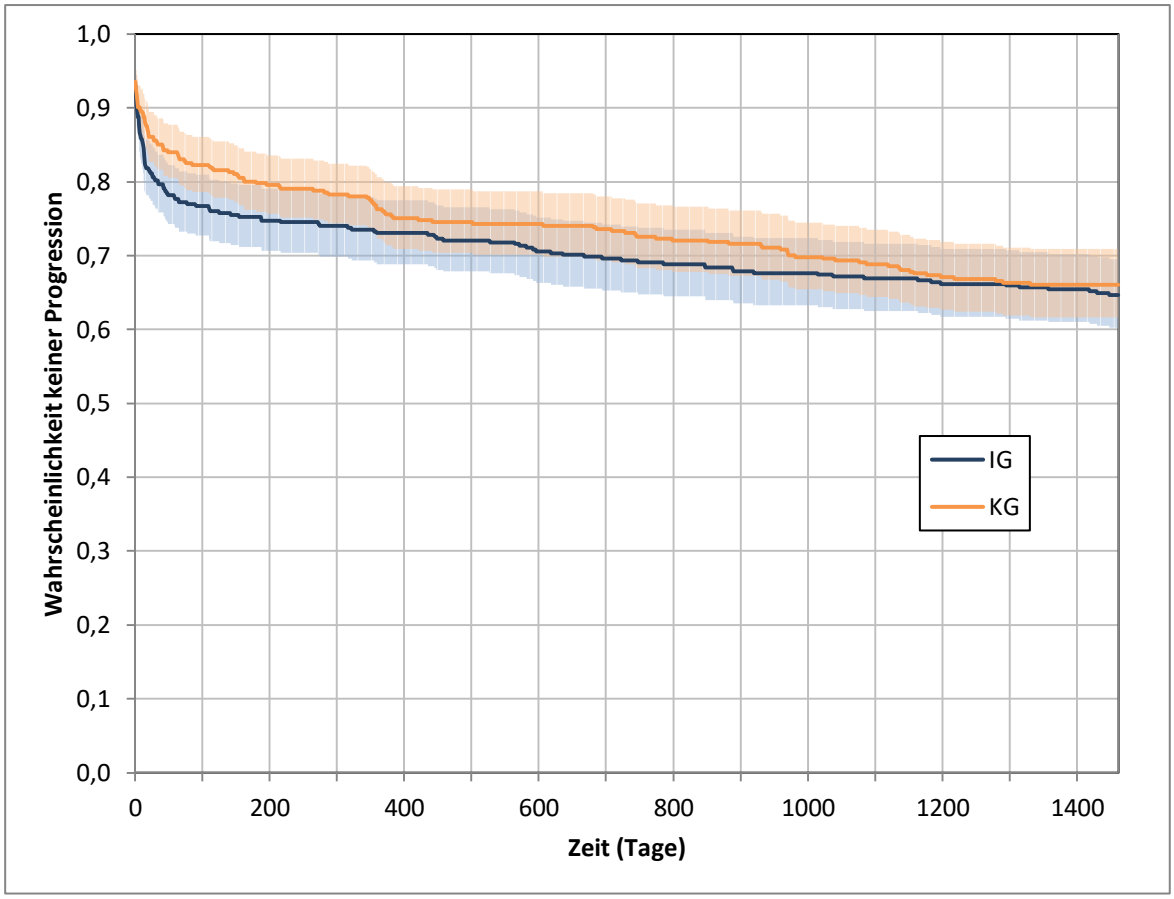
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

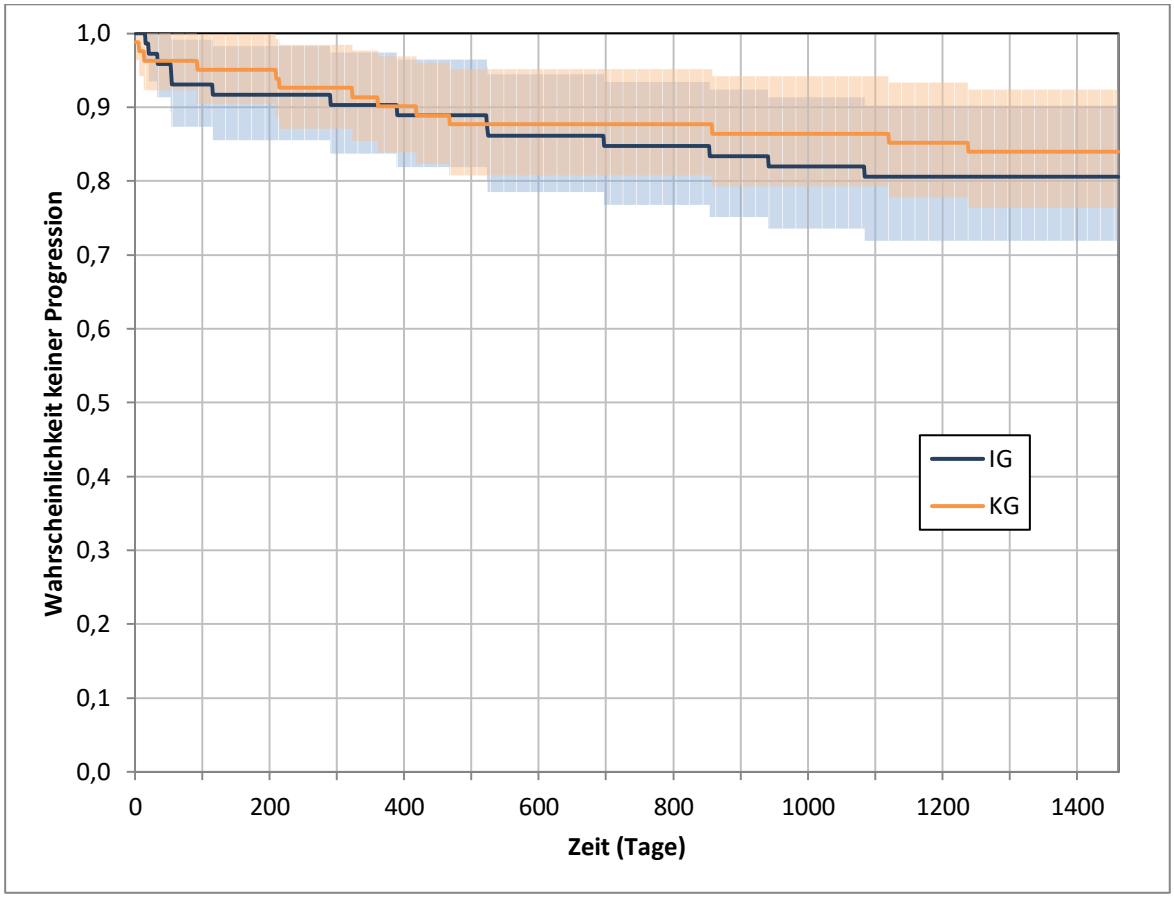


Klinikbekannte Patienten

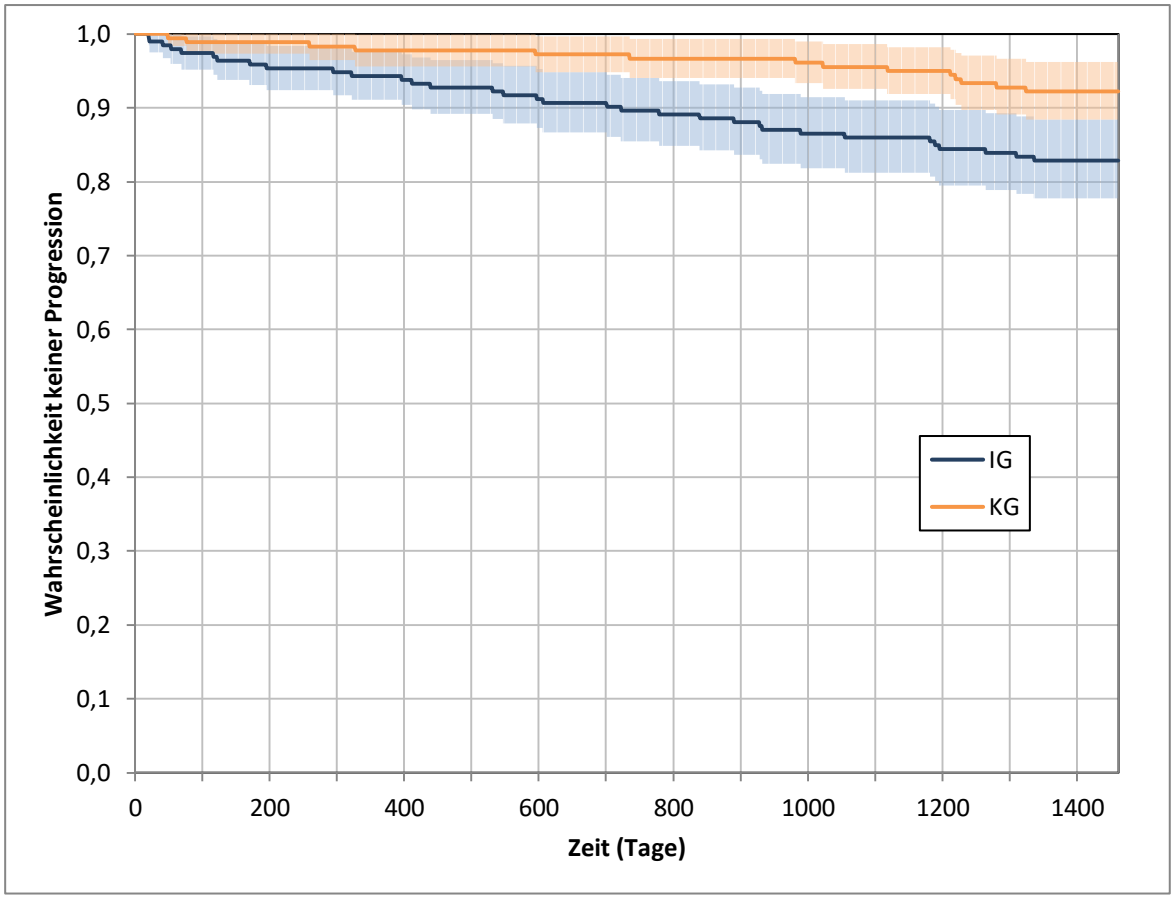
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

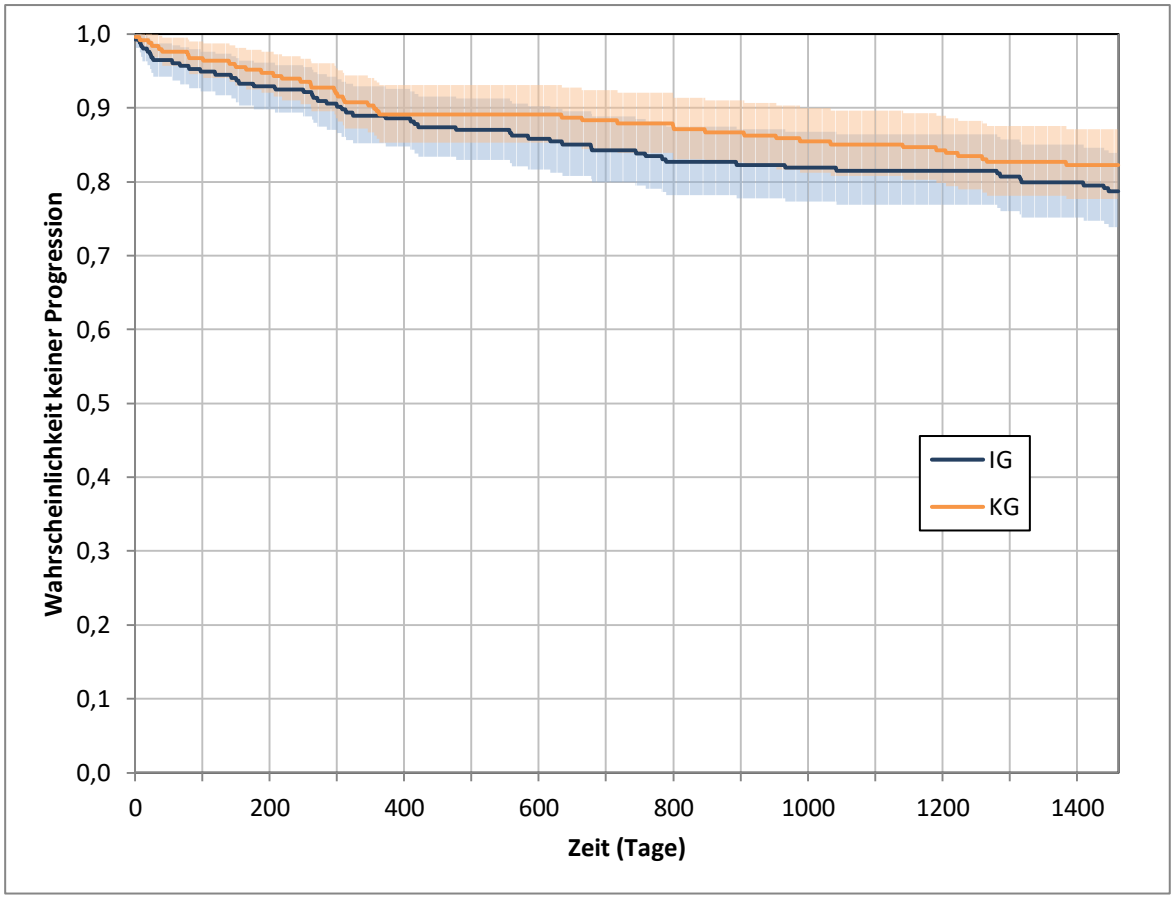


Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	**Progression B (Depression zu rezidivierend)**	**Progression C (keine Sucht zu Sucht)**
Gruppe	1,69* 1,08…2,65	1,61* 1,03…2,51	1,14 0,90…1,44

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	**Progression B (Depression zu rezidivierend)**	**Progression C (keine Sucht zu Sucht)**
Gruppe	1,42 0,63…3,16	2,16* 1,14…4,07	1,19 0,79…1,78

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	**2.329**	**2.353**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	669	670
• Jegliche depr. Episode[3]	1.309	1.248
• ohne Suchterkrankung [5]	1.510	1.605
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	29,1 %	18,5 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	7,0 %	5,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	21,0 %	21,1 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

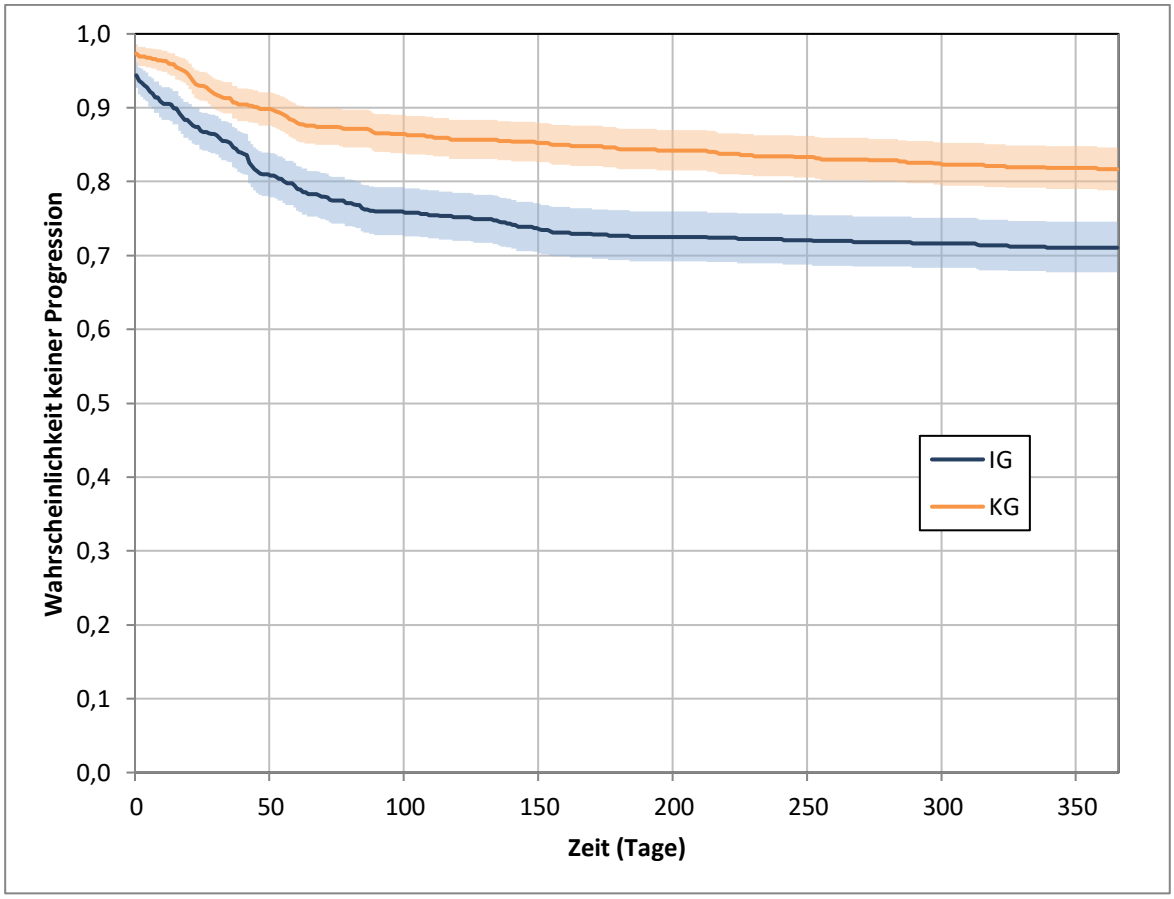
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

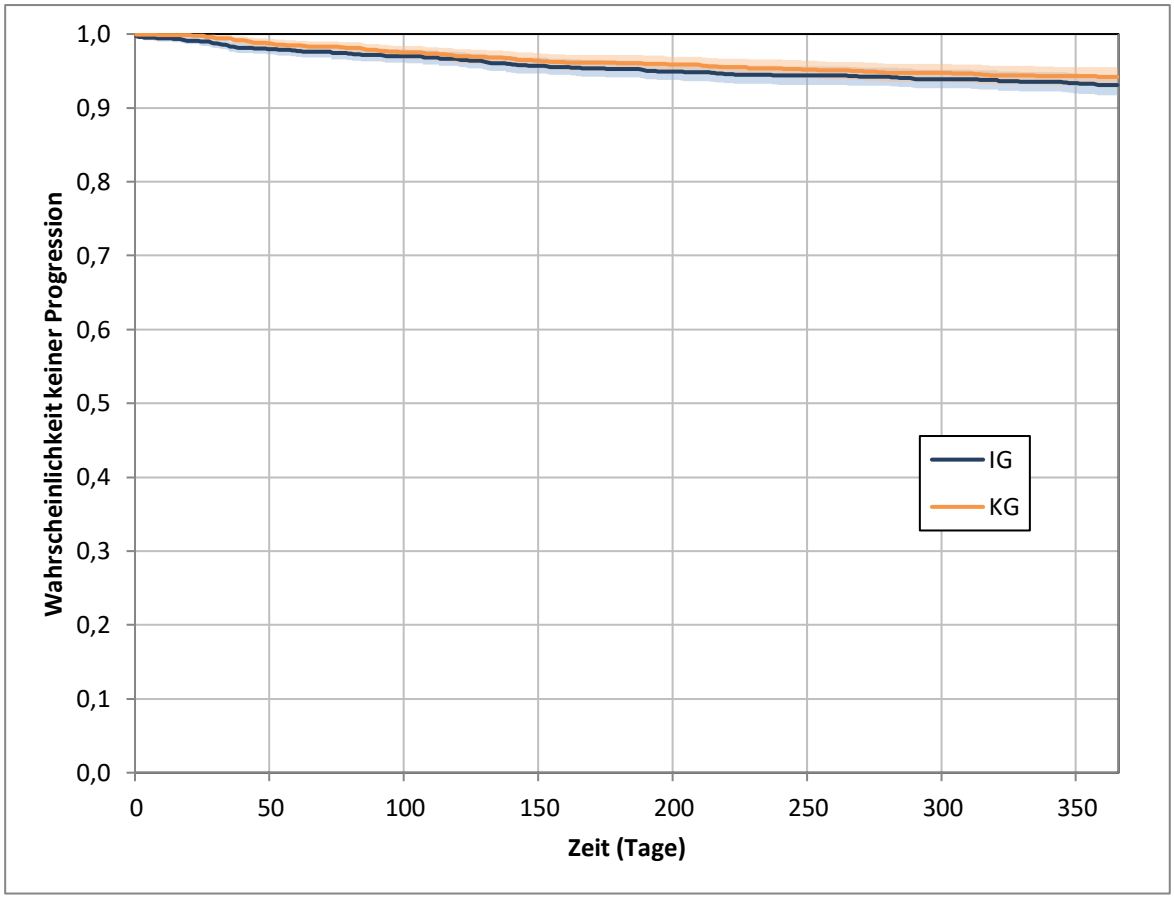
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

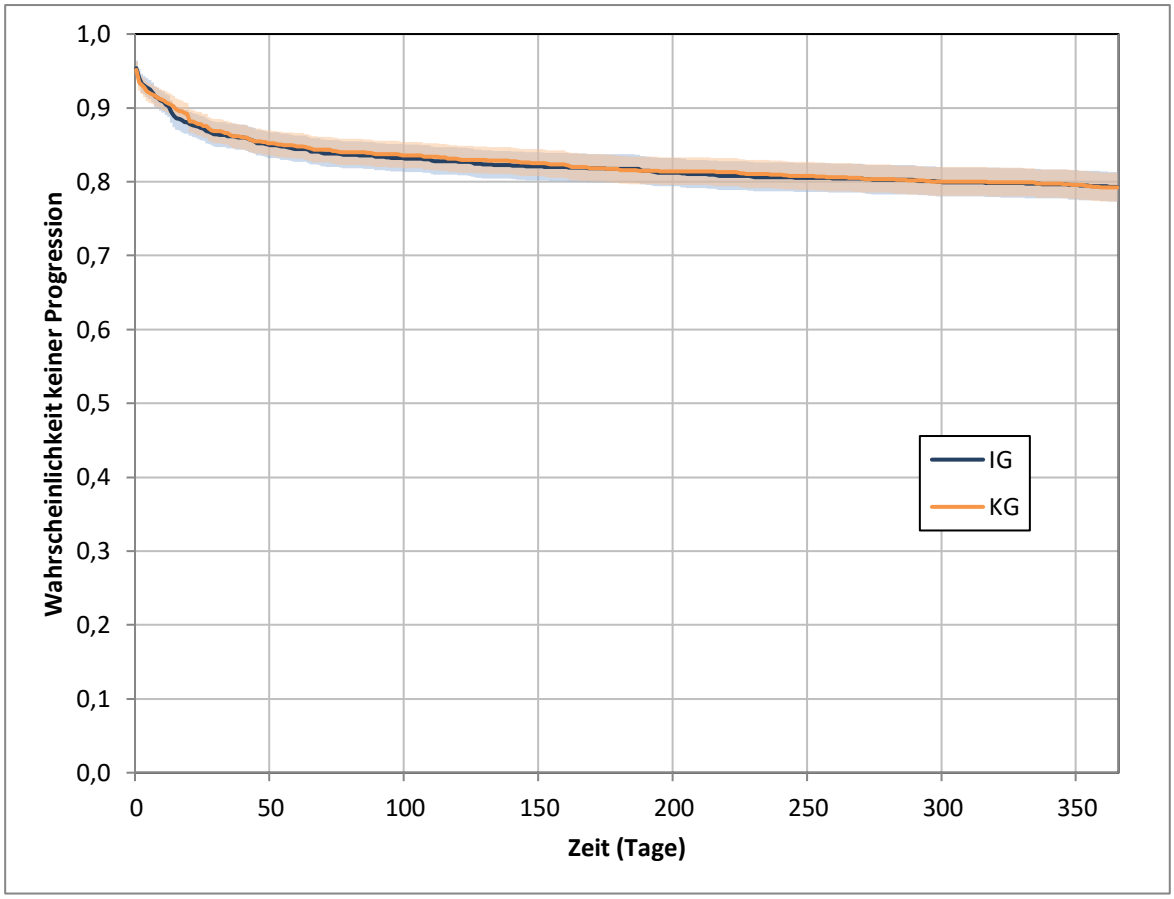
Progression A (→ schwere depressive Störung)



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	**1.719**	**1.717**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	533	507
• Jegliche depr. Episode[3]	963	915
• ohne Suchterkrankung [5]	1.104	1.164
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	29,5 %	19,3 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	10,5 %	7,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	25,5 %	25,6 %

[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

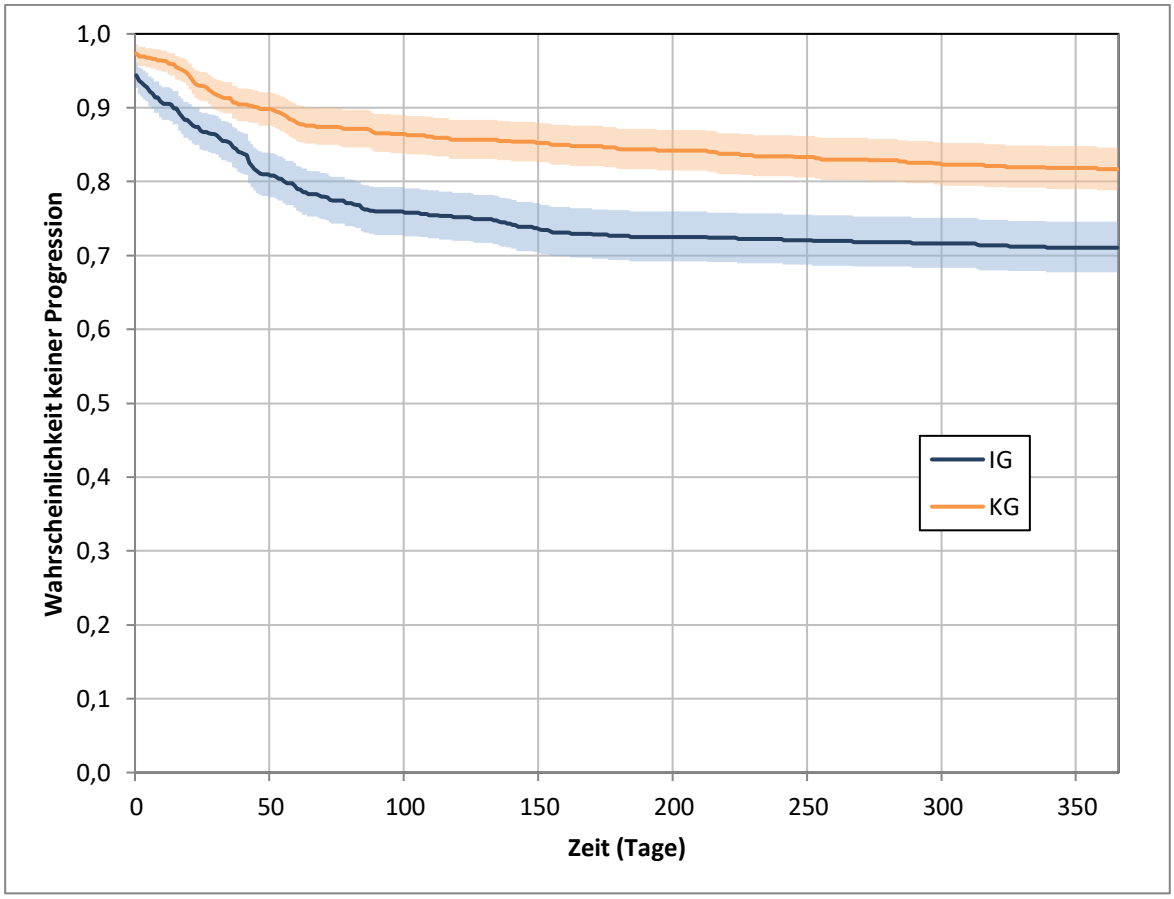
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

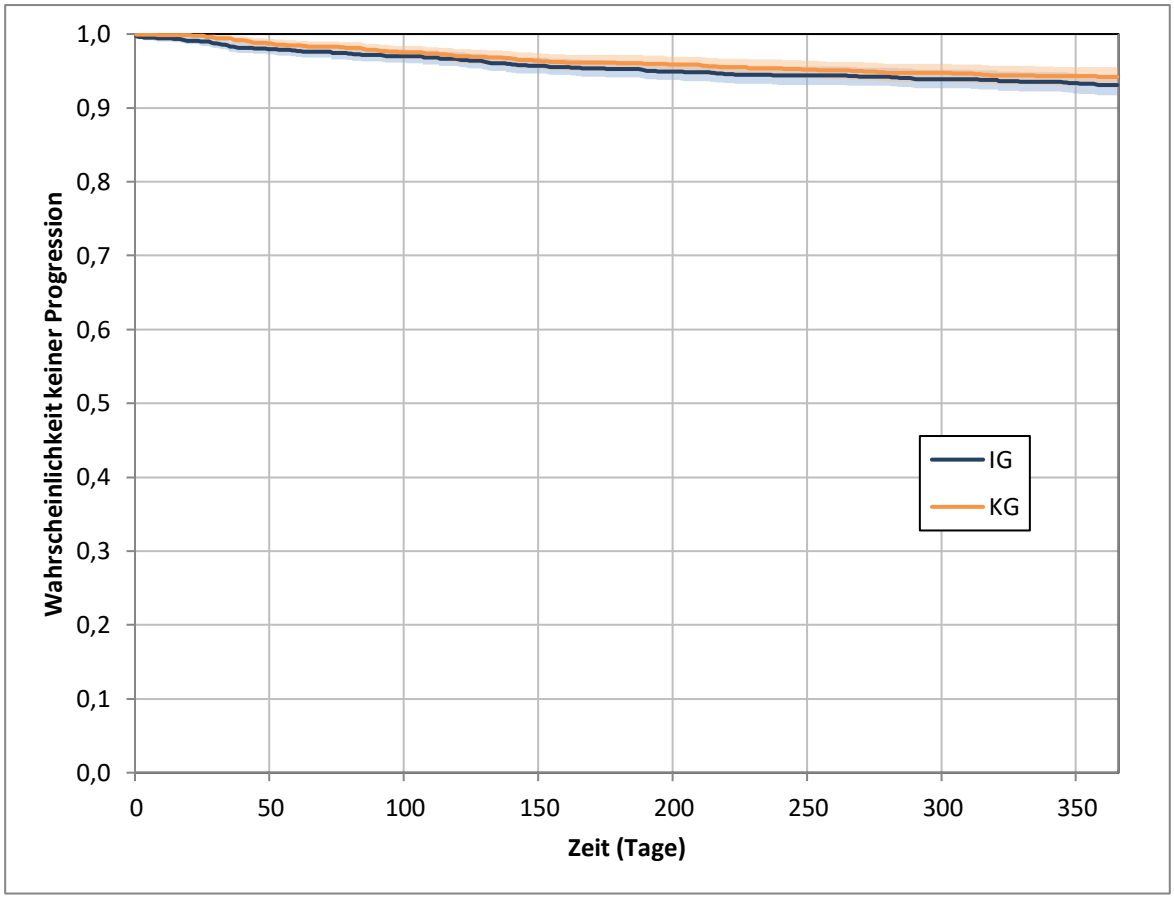
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

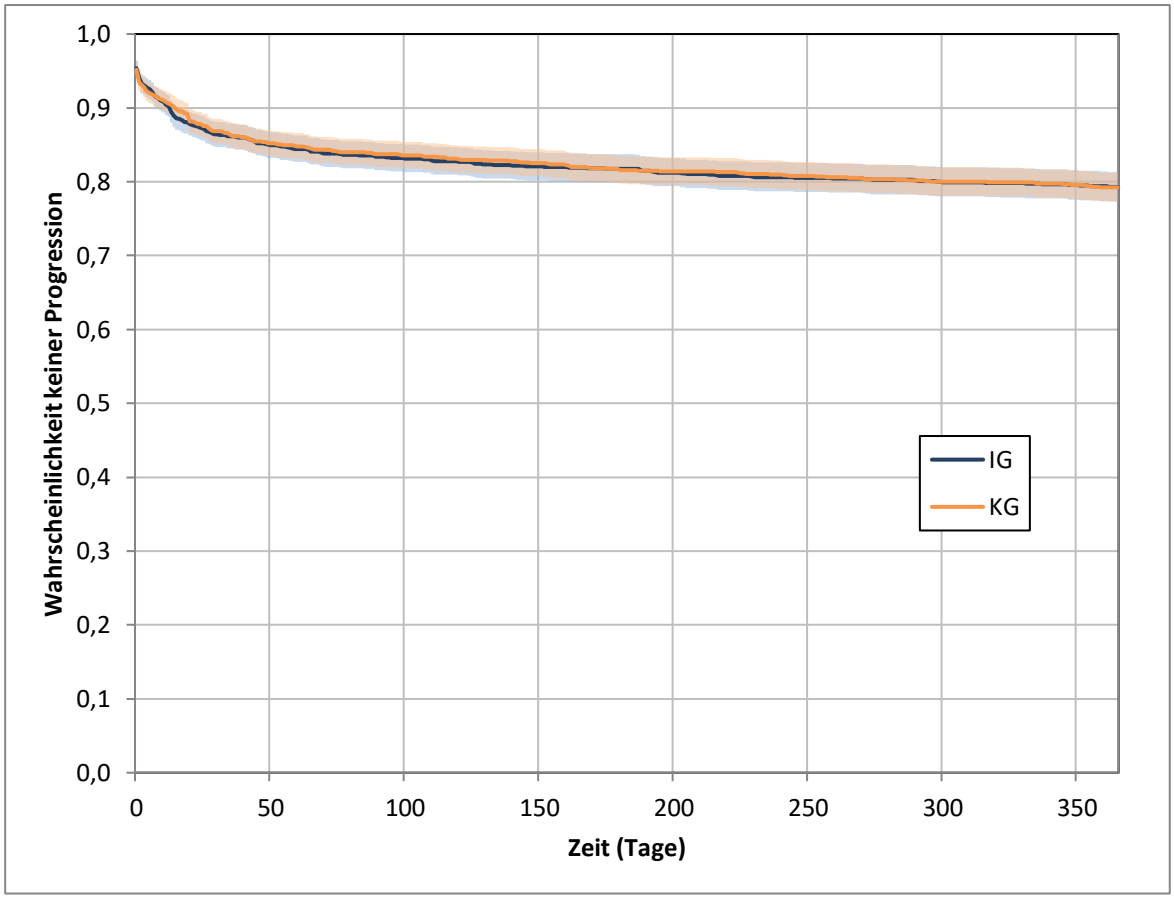


Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	**Progression B (Depression zu rezidivierend)**	**Progression C (keine Sucht zu Sucht)**
Gruppe	1,68*** 1,31…2,17	1,36* 1,00…1,83	1,01 0,86…1,20

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**1.155**	**1.152**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	361	331
• Jegliche depr. Episode[3]	655	613
• ohne Suchterkrankung [5]	744	767
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	30,7 %	21,1 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	14,8 %	8,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	29,7 %	30,1 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**547**	**548**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	73	85
• Jegliche depr. Episode[3]	199	193
• ohne Suchterkrankung [5]	262	265
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	20,5 %	14,1 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	16,1 %	4,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	19,8 %	15,1 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

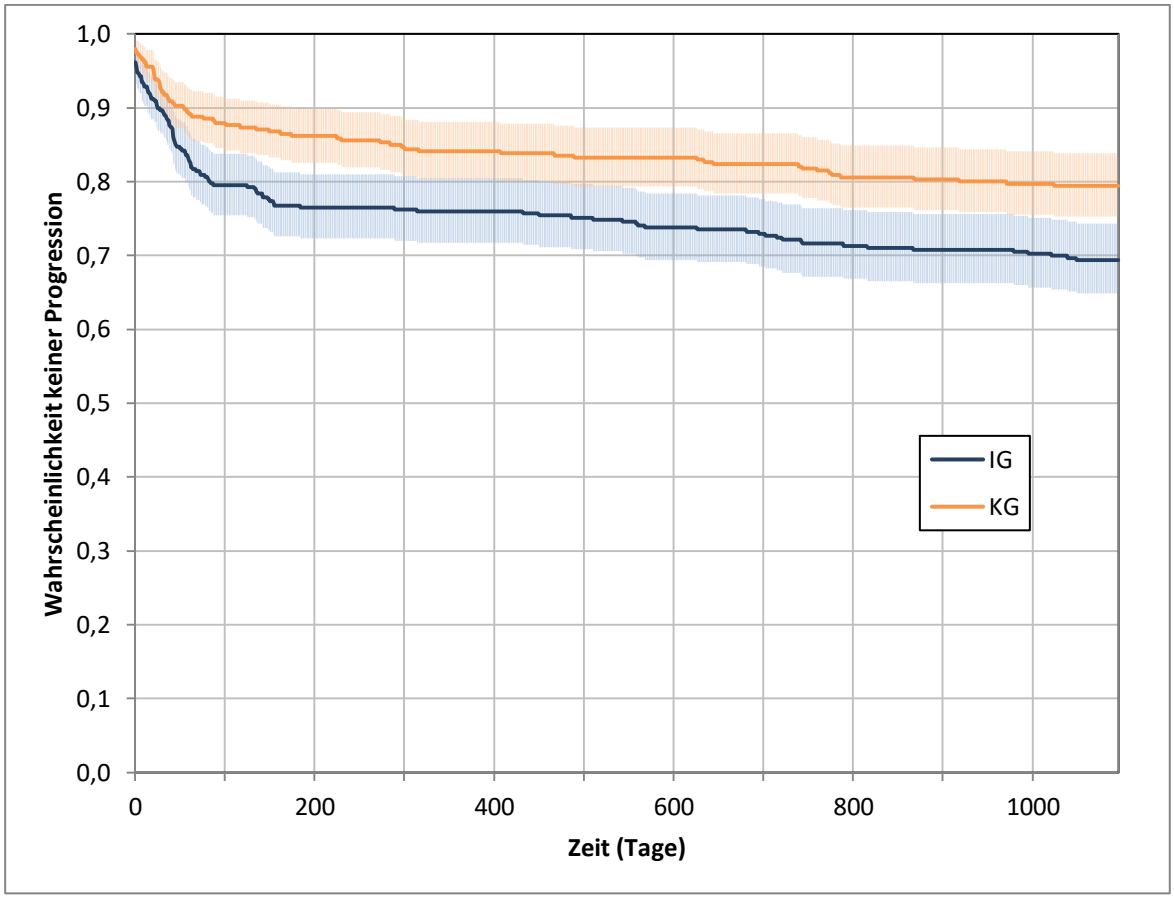
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

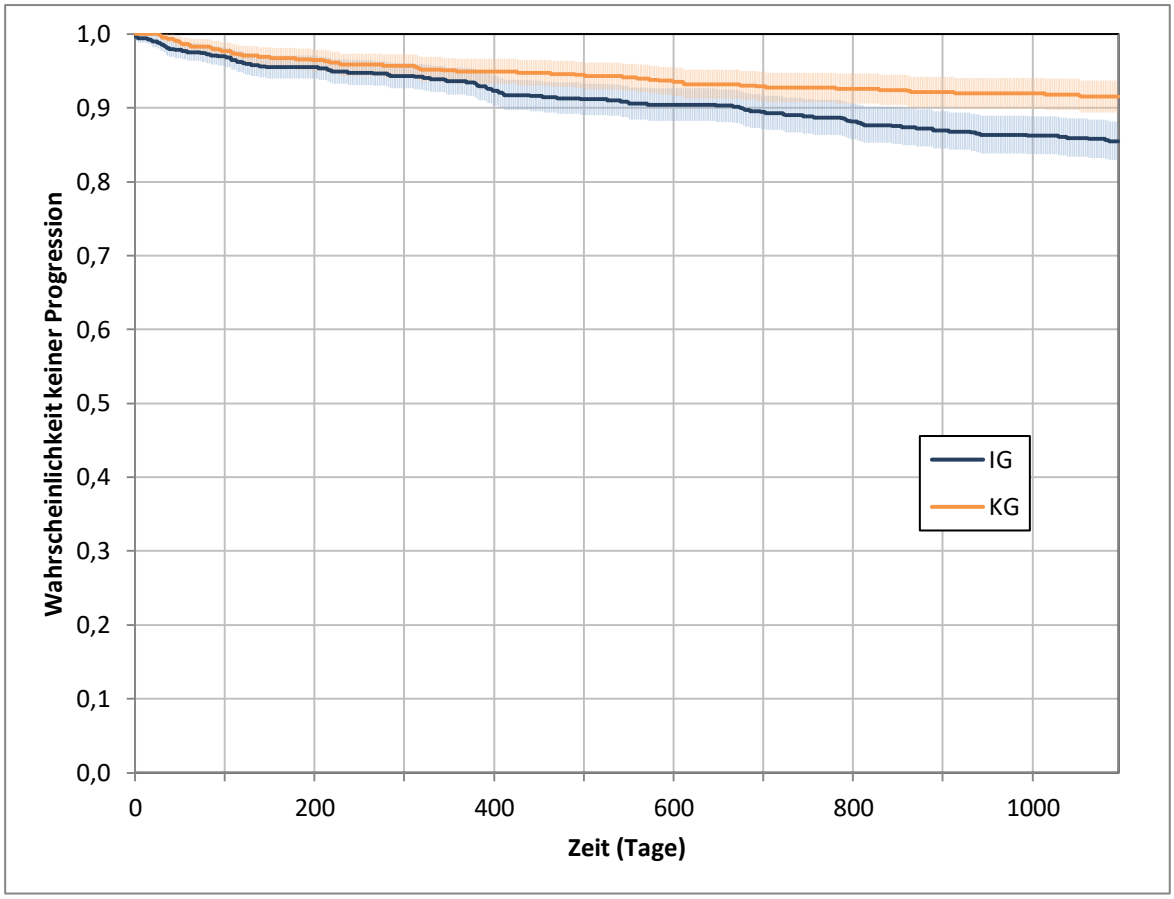
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

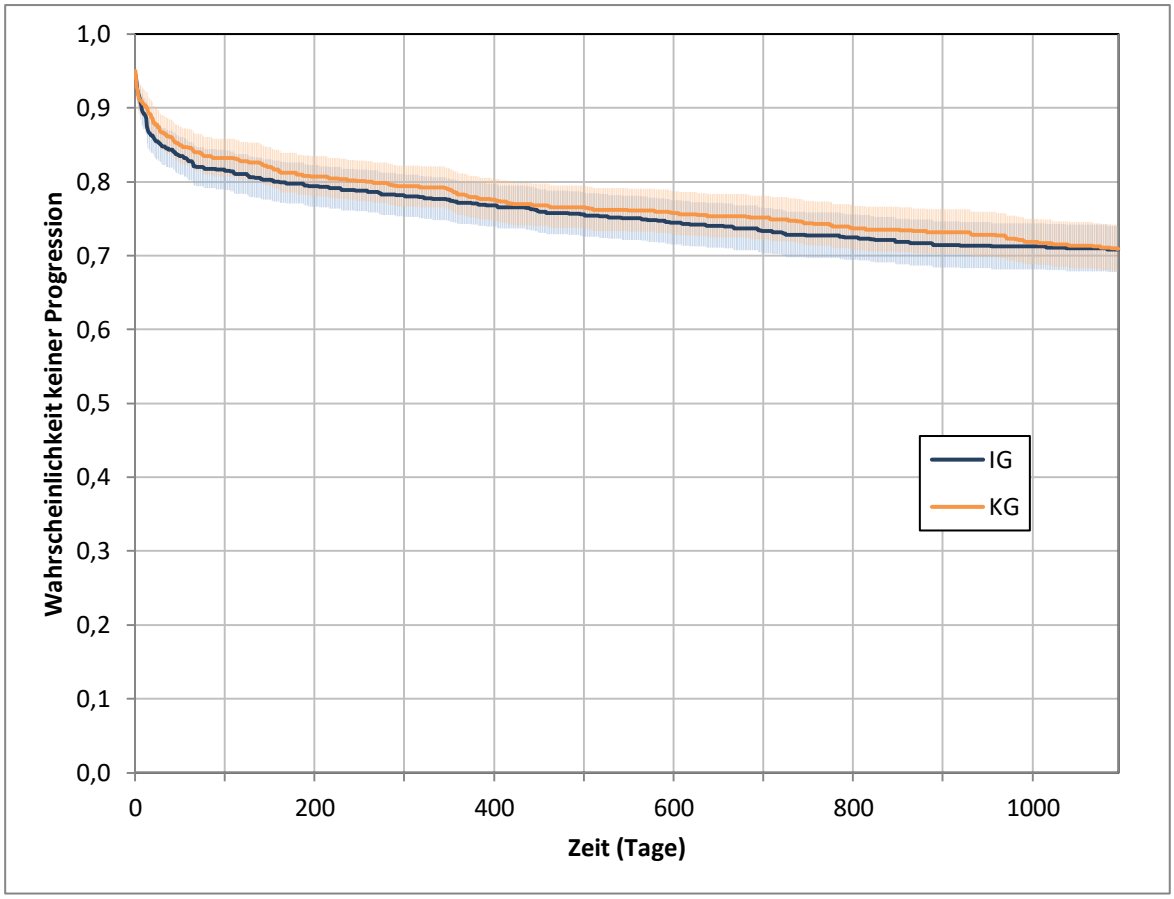
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

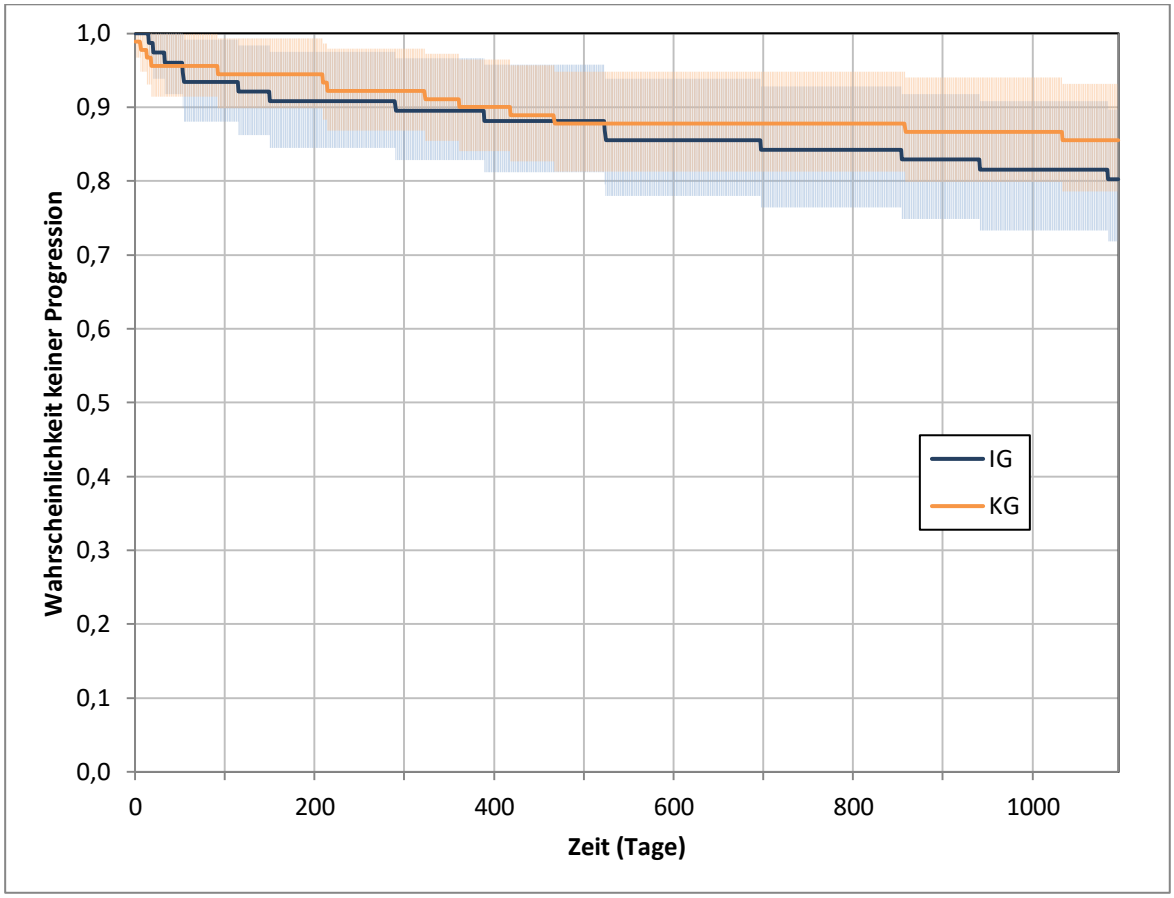


Klinikbekannte Patienten

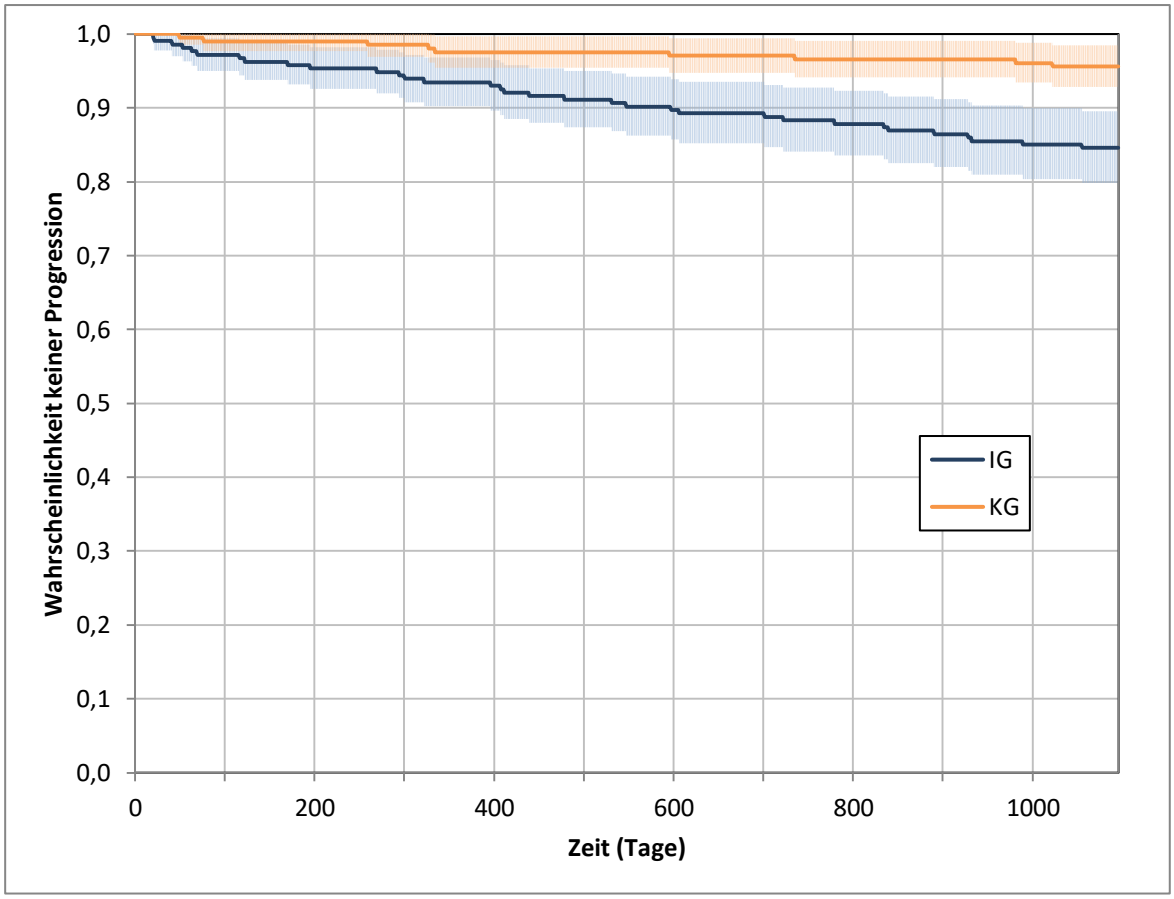
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

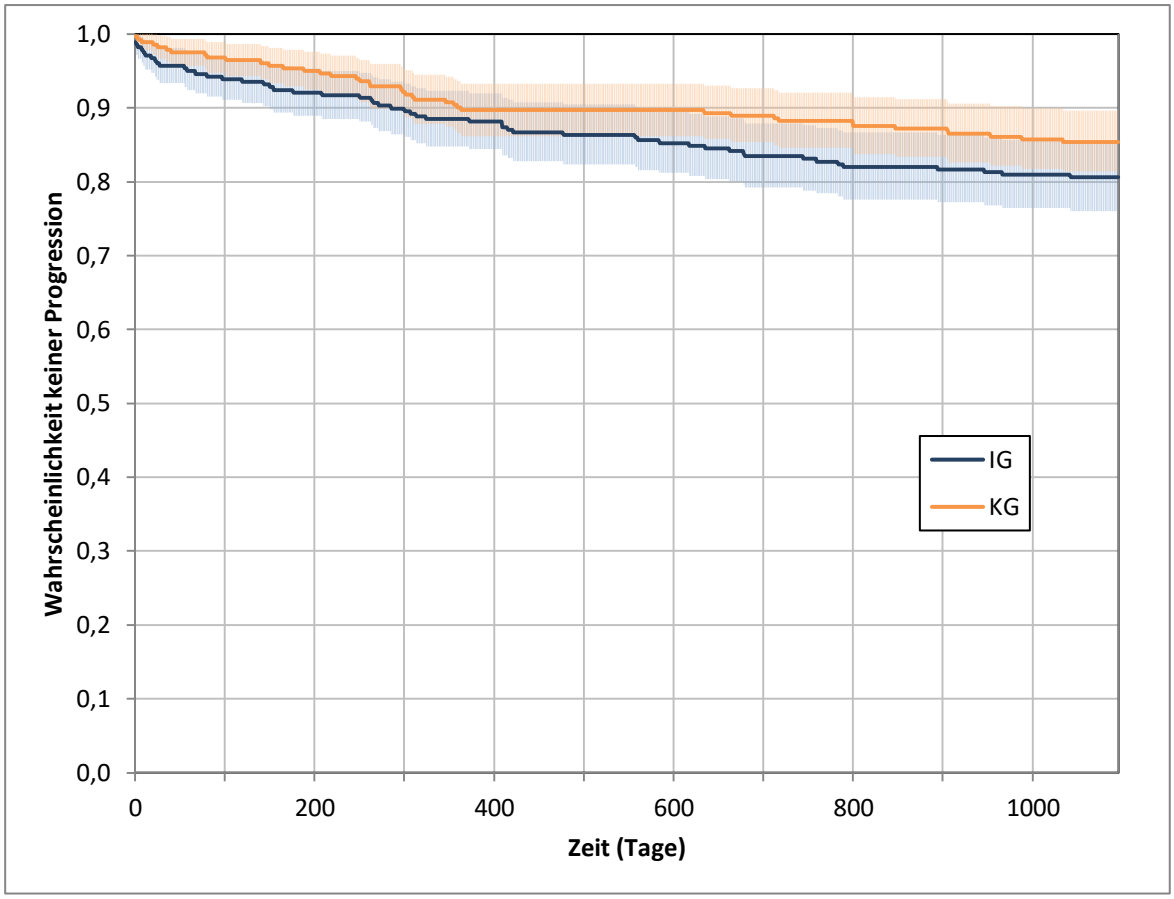
Progression A (→ schwere depressive Störung)



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. (3) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 3,4 %; KG: 2,2 %) sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und der Verordnung von Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,0 %; KG: 0,0 %). Die Fallzahlen waren zu gering, um inferenzstatistische Analysen durchzuführen.

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG geringer als in der KG waren (IG: 5,5 %; KG: 8,5 %). Der Anteil an den Personen mit Demenz, die keine Antipsychotikaverordnung erhielten, war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 40,7 %; KG: 42,5 %). Bei der anderen Untersuchung zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 48,7 %; KG: 47,7 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (IG: 19,9 %; KG: 12,5 %; Gruppenschätzer = 1,8).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG höher als in der KG (IG: 88,5 %; KG: 81,1 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Der Anteil der Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode mit antipsychotischer Medikation war in der

IG statistisch signifikant größer im Vergleich zur KG (IG: 92,5 %; KG: 84,7 %; Gruppenschätzer = 2,4). Bei der weiteren Untersuchung zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit[3]	**204**	**228**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	3,4 %	2,2 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**268**	**246**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	0,0 %	0,0 %

[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)		
• Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz[1]	**183**	**188**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	5,5 %	8,5 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**47**	**34**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	42,6 %	52,9 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**108**	**87**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	40,7 %	42,5 %

[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)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**712**	**818**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	48,7 %	47,7 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**810**	**678**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	19,9 %	12,5 %

[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 (≥ 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)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[2]	**192**	**196**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	88,5 %	81,1 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**133**	**131**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	92,5 %	84,7 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**44**	**53**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	15,9 %	22,6 %

[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

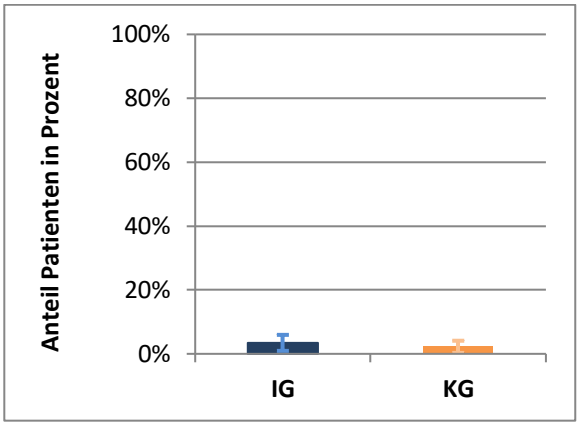
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

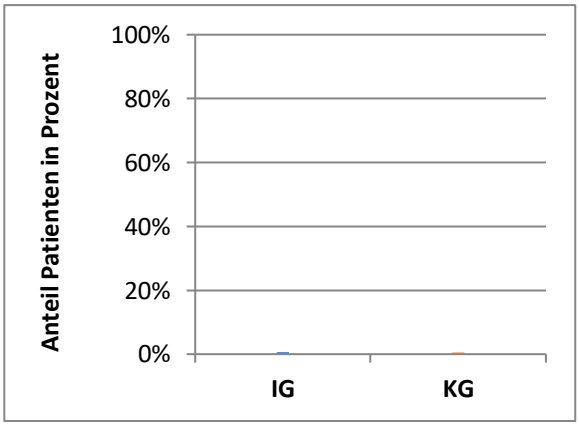
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

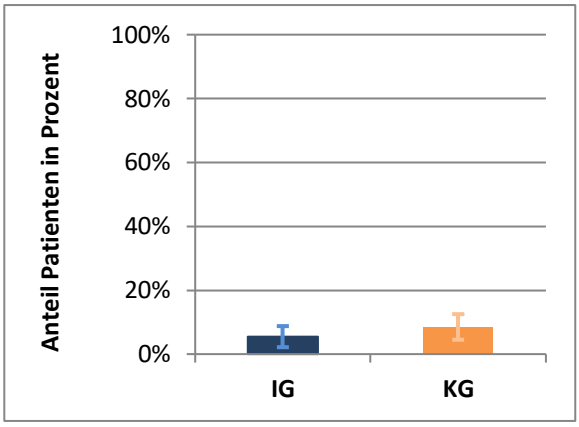
Alkoholabhängigkeit B



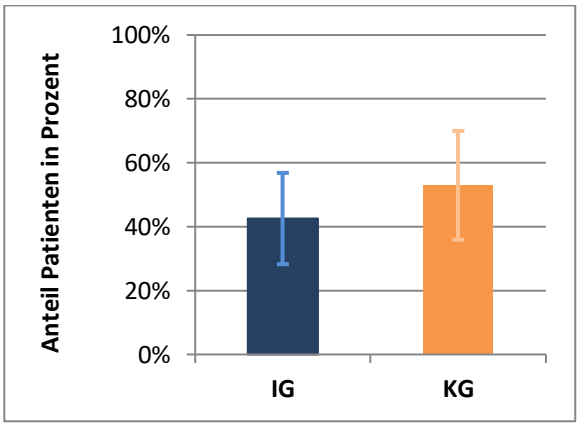
Alkoholabhängigkeit C



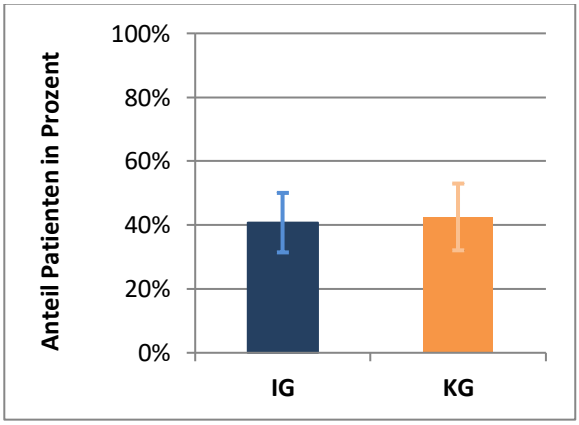
Demenz D



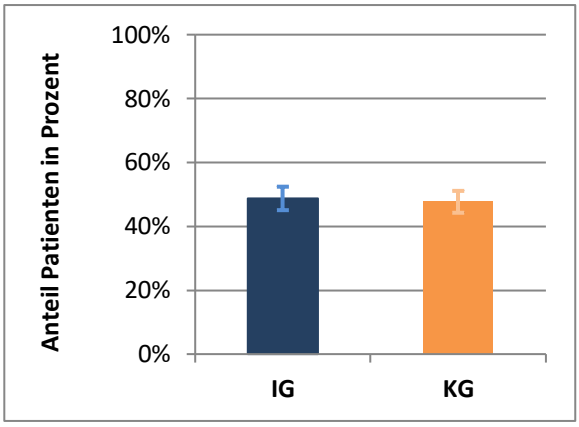
Demenz E



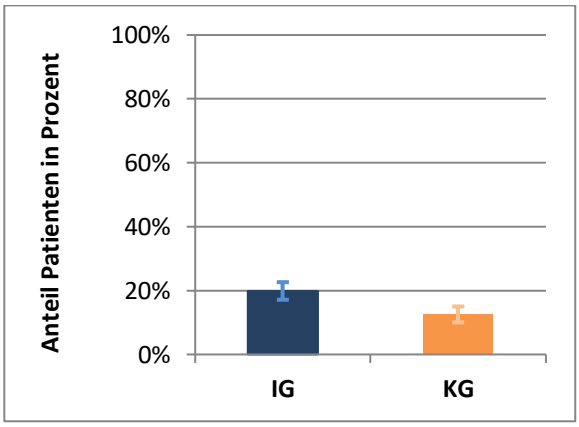
Demenz F



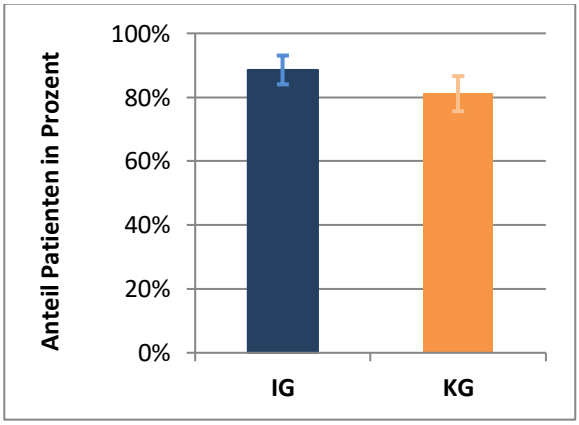
Depression G



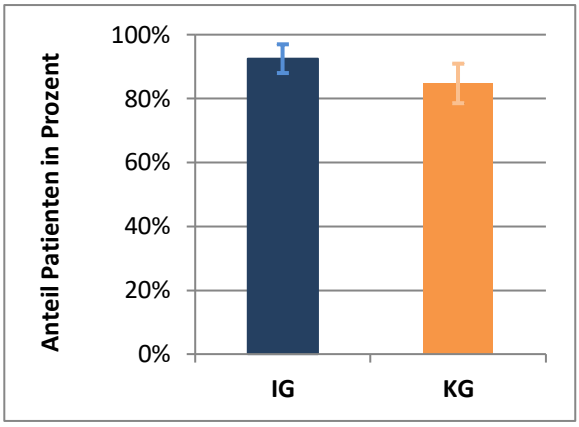
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

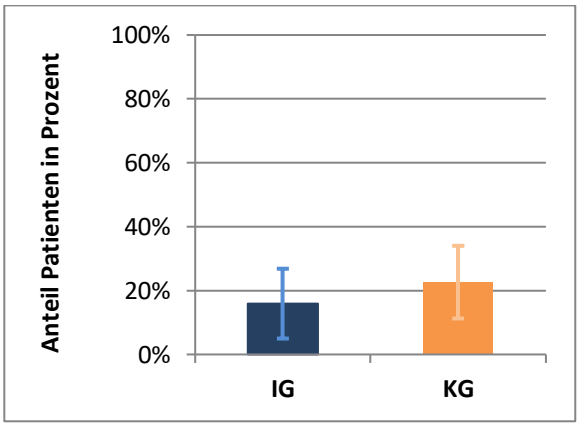


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	1,55 0,79…3,04	1,00 0,81…1,22	1,82*** 1,35…2,45	1,71 0,95…3,08	2,35* 1,04…5,31	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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich kein Unterschied in den Verteilungen der Behandlungssettings im Präzeitraum (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36). Statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich hingegen in der Verteilung der Behandlungssettings im Referenzfall. Während in der IG 420 Patienten (67 %) vollstationär behandelt wurden traf dies nur auf 352 Patienten (58 %) der KG zu. Während der Anteil der in der Tagesklinik behandelten Patienten in der IG nur 1% (n=4) betrug, waren es in der KG mit 5% (n=32) signifikant mehr. Ein dazu umgekehrtes Verhältnis ergab sich hingegen bei den vollstationären Referenzfällen. Hier waren es 67 % der Patienten der IG und 58 % der Patienten der KG. Daran anschließend zeigten Unterschiede in den Patientenzahlen der Settings, die eine tagesklinische Behandlung beinhalten: hier waren die Anteile in der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr jeweils höher als in der KG. Die Anteile der PIA-Patienten waren hingegen geringer. Auffällig ist, dass im zweiten bis vierten Jahr der Anteil der Patienten ohne Klinikfall in der IG signifikant geringer ausfiel. In der KG waren hingegen die PIA-Anteile jeweils höher.
Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich weder im Präzeitraum, noch im Referenzfall signifikante Unterschiede in den Verteilungen der Behandlungssettings (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37). Im ersten Jahr (ohne Referenzfall) ergaben sich signifikante Unterschiede bzgl. vollstationärer Behandlung: Während in der IG nur 64 Patienten (12 %) vollstationär behandelt wurden, traf dies auf 97 Patienten (16 %) der KG zu. Im dritten Nachbeobachtungsjahr hatten bereits 222 Patienten (45 %) der IG keinen Fall mehr, während dies nur auf 172 Patienten (35 %) der KG zutraf. Ausschließlich in der PIA behandelt wurden 144 Patienten (29 %) der IG, in der KG hingegen 190 Patienten (39 %). Im vierten Jahr hatten in der IG 205 Patienten (44 %) der IG keinen Fall mehr, während dies nur auf 162 Patienten der KG zutraf (35 %). Gleichzeitig wurden 140 Patienten (30 %) der IG in der PIA behandelt, während dies auf 178 Patienten (38 %) der KG zutraf.

U2: Für die klinikneuen 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). Ihren Referenzfall hatten 56 Patienten der IG (2 %) tagesklinisch, während dies auf 152 Patienten (6 %) der KG zutraf. Gleichzeitig hatten 1.405 Patienten (58 %) der IG ihren Referenzfall vollstationär, während dies nur auf 1.253 Patienten (52 %) der KG zutraf. Im ersten Jahr (ohne Referenzfall) hatten in der IG 1.037 Patienten (43 %) keinen Fall, während dies hingegen auf 1.167 Patienten (48 %) der KG zutraf. Gleichzeitig wurden 223 Patienten (9 %) der IG in der PIA behandelt, in der KG hingegen 522 Patienten (22 %). 323 Patienten (13 %) der IG wurden tagesklinisch behandelt, in der KG dagegen nur 101

Patienten (4 %). Eine vollstationäre Behandlung erhielten 227 Patienten (9 %) der IG, in der KG dagegen 297 (12 %). Eine Behandlung in der Tagesklinik und PIA erhielten 235 Patienten (10 %) in der IG, in der KG dagegen nur 120 (5 %). Eine vollstationäre und tagesklinische Behandlung erhielten 114 Patienten (5 %) der IG, in der KG traf dies auf 27 Patienten (1 %) zu. Vollstationär, tagesklinisch und in der PIA wurden in der IG 114 Patienten (6 %), in der KG nur 27 Patienten (2 %) behandelt.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich kein Unterschied in den Behandlungssettings zwischen IG und KG im Präzeitraum (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Ihren Referenzfall hatten 39 Patienten der IG (2 %) tagesklinisch, während dies auf 116 Patienten (6 %) der KG zutraf. Gleichzeitig hatten 1.102 Patienten (60 %) der IG ihren Referenzfall vollstationär, während dies nur auf 963 Patienten (53 %) der KG zutraf. Im ersten Jahr (ohne Referenzfall) hatten nur 763 Patienten (42 %) der IG keinen Fall, während dies auf 866 Patienten (48 %) der KG zutraf. Ausschließlich in der PIA behandelt wurden in der IG nur 160 Patienten (9 %), in der KG hingegen 388 Patienten (21 %). 257 Patienten (14 %) der IG wurden ausschließlich tagesklinisch behandelt, in der KG waren es nur 69 Patienten (4 %). Eine vollstationäre Behandlung erhielten 181 Patienten (10 %) in der IG, in der KG dagegen237 Patienten (13 %). In der IG wurden 186 Patienten (10 %) der IG sowohl tagesklinisch als auch in der PIA behandelt, in der KG traf dies nur auf 90 Patienten (5 %) zu. Im zweiten Jahr hatten 1.361 Patienten (77 %) der IG keinen Fall, während dies nur auf 1.229 Patienten (70 %) der KG zutraf. Gleichzeitig wurden 125 Patienten (7 %) der IG in der PIA behandelt, in der KG waren es 288 Patienten (16 %).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergaben sich im Präzeitraum keine signifikanten Unterschiede bzgl. des Behandlungssettings zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 40). Ihren Referenzfall hatten 22 Patienten (2 %) der IG in der Tagesklinik, was auf 63 Patienten (5 %) der KG zutraf. Gleichzeitig wurden 775 Patienten (62 %) der IG vollstationär behandelt, in der KG waren es nur 692 Patienten (56 %). Im ersten Jahr (ohne Referenzfall) wurden nur 90 Patienten (7 %) der IG (ausschließlich) in der PIA behandelt, während dies auf 261 Patienten (21 %) zutraf. Gleichzeitig wurden 169 Patienten (14 %) der Patienten (ausschließlich) tagesklinisch behandelt, in der KG hingegen nur 43 Patienten (3 %). Tagesklinisch und zusätzlich in der PIA wurden 129 Patienten (10 %) der IG und 56 Patienten (5 %) der KG behandelt. Im zweiten Jahr hatten 932 Patienten (78 %) der IG keinen Fall, während dies nur auf 827 Patienten (69 %) der KG zutraf. Gleichzeitig wurden nur 77 Patienten (6 %) der IG in der PIA behandelt, während dies auf 201 Patienten (17 %) der KG zutraf. Im dritten Jahr hatten 949 Patienten (80 %) der IG keinen Fall, dagegen hatten nur 869 Patienten (74 %) der KG keinen Fall.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich weder im Präzeitraum noch im Referenzfall signifikante Unterschiede bzgl. Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 68 und Abbildung 41). Im ersten Jahr (ohne Referenzfall) wurden in der IG 78 Patienten (13 %), in der KG dagegen 116 Patienten (20 %) vollstationär behandelt. Im dritten Jahr hatten 258 Patienten (46 %) der IG keinen

Fall, während dies nur auf 209 Patienten (37 %) der KG zutraf. Gleichzeitig wurden 157 Patienten (28 %) der IG und 207 Patienten (37 %) der KG in der PIA behandelt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

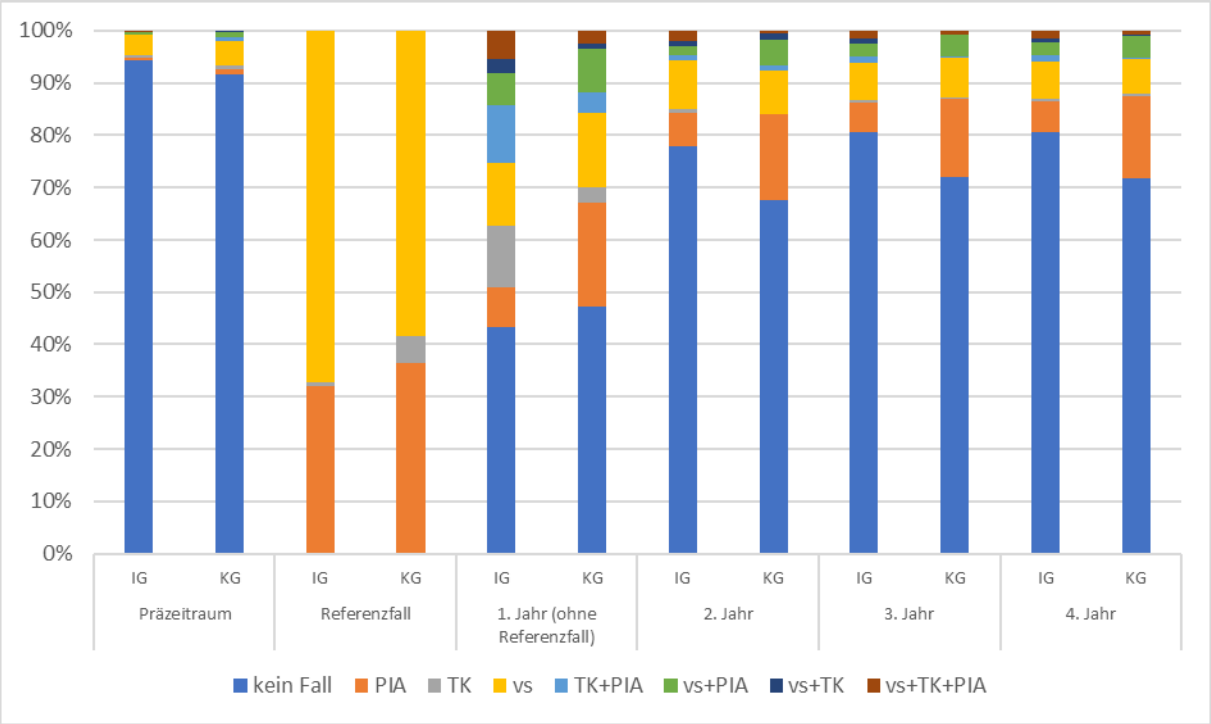
Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	1		1,000				34	15	0,047	12	3	0,202	9	4	0,916	4	4	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	1	1	1,000				16	7	0,384	6	7	1,000	5	1	0,916	9	1	0,177
vs+PIA	2	7	1,000				39	51	0,555	10	30	0,011	15	24	0,856	14	24	0,572
vs+HT																		
TK+PIA		4	1,000				69	24	0,000	6	5	1,000	7	1	0,486	2	1	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	25	29	1,000	420	362	0,003	75	89	0,555	56	50	1,000	42	44	1,000	43	39	1,000
TK	3	5	1,000	4	32	0,000	74	18	0,000	5		0,303	3	2	1,000	8	2	0,572
PIA	4	6	1,000	200	225	0,124	46	122	0,000	39	98	0,000	33	87	0,000	38	83	0,000
HT																		
kein Fall	588	567	0,806				271	293	0,555	471	403	0,001	476	415	0,003	461	408	0,047
Gesamtergebnis	624	619	1,000	624	619	0,000	624	619	0,000	605	596	0,000	590	578	0,000	579	562	0,000

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

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



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

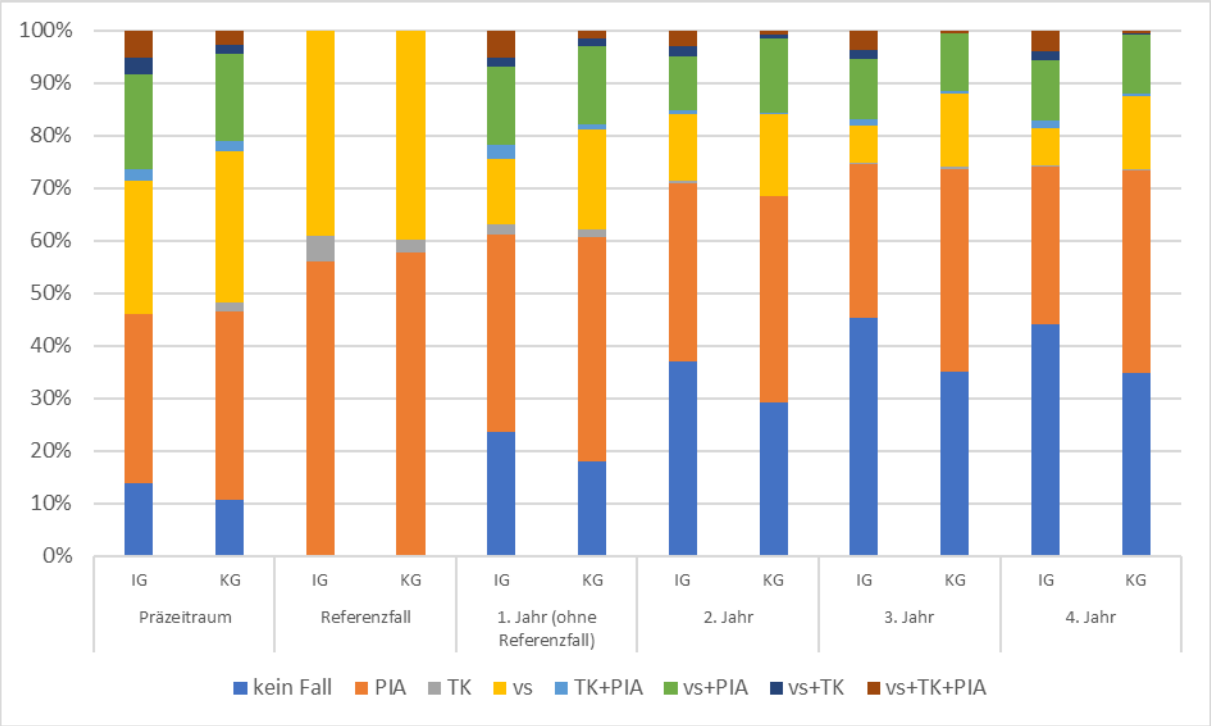
Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Behandlungssetting	**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	27	14	0,420				27	8	0,017	15	4	0,137	18	2	0,005	16	2	0,015
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	16	9	1,000				8	7	1,000	9	4	0,774	8	1	0,177	10	1	0,094
vs+PIA	93	85	1,000				78	77	1,000	52	71	0,552	57	53	1,000	46	51	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	12	10	1,000				14	5	0,335	4	1	0,774	6	3	1,000	4	1	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	131	147	1,000	202	204	1,000	64	97	0,034	63	79	0,765	34	68	0,005	44	70	0,094
TK	1	9	0,201	25	13	0,295	10	8	1,000	2		0,774	1	2	1,000	3	4	1,000
PIA	166	184	1,000	291	296	1,000	195	218	0,508	170	198	0,552	144	190	0,013	132	161	0,219
HT																		
kein Fall	72	55	0,869				122	93	0,233	186	148	0,082	222	172	0,008	223	190	0,160
Gesamtergebnis	518	513	0,150	518	513	0,445	518	513	0,003	501	505	0,014	490	491	0,000	478	480	0,000

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

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



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

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

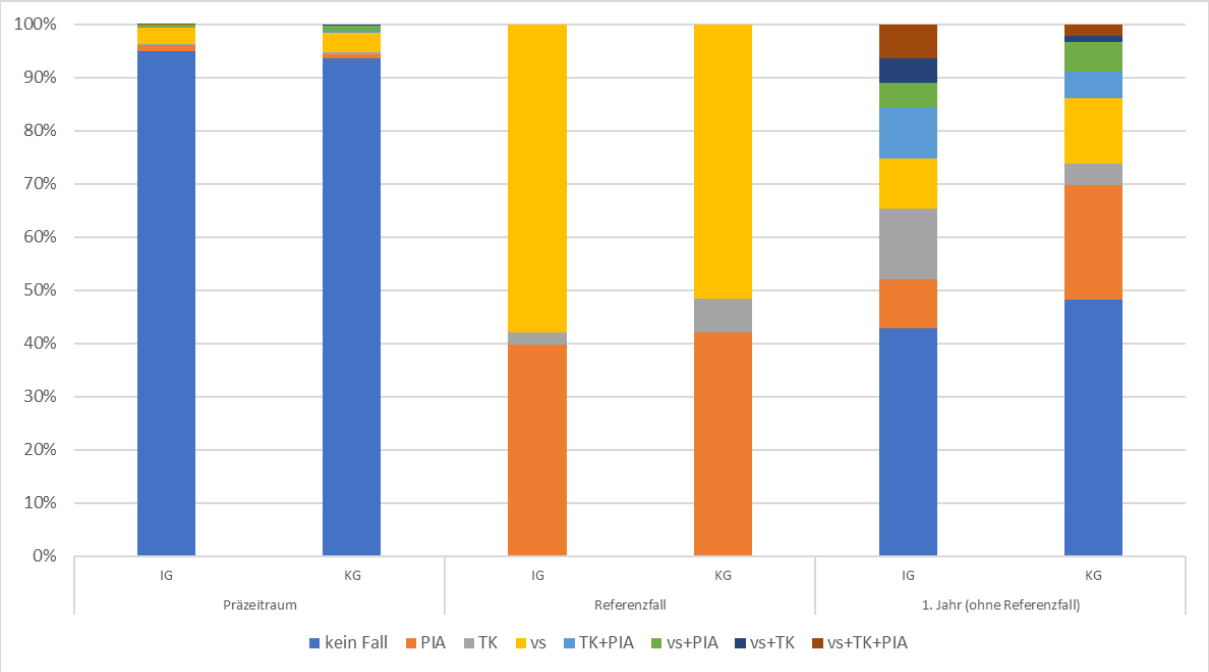
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	3		1,000				154	53	0,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	1	5	1,000				114	27	0,000
vs+PIA	10	23	0,253				112	138	0,104
vs+HT									
TK+PIA	1	10	0,126				235	120	0,000
TK+HT									
HT+PIA									
vs	75	90	1,000	1.405	1.253	0,000	227	297	0,003
TK	4	7	1,000	56	152	0,000	323	101	0,000
PIA	30	21	1,000	964	1.020	0,108	223	522	0,000
HT									
kein Fall	2.301	2.269	0,338				1.037	1.167	0,001
Gesamtergebnis	2.425	2.425	0,022	2.425	2.425	0,000	2.425	2.425	0,000

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

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



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

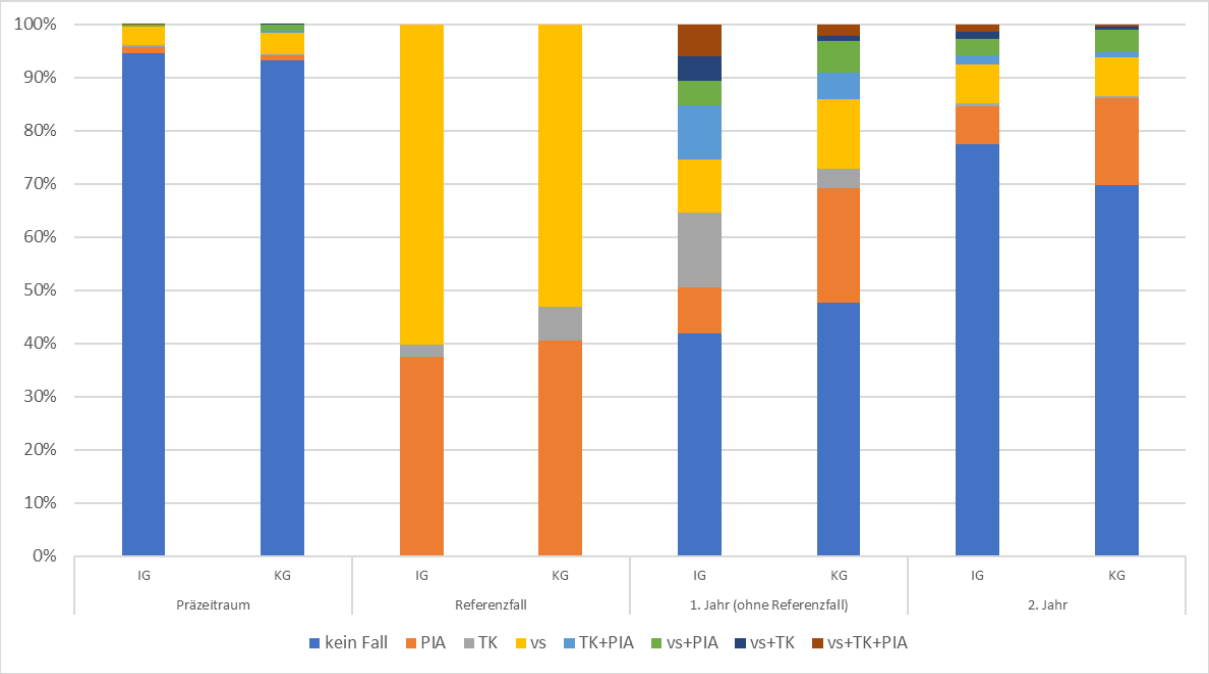
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	2		1,000				111	39	0,000	25	7	0,015
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	1	3	1,000				82	19	0,000	25	13	0,356
vs+PIA	6	18	0,182				86	107	0,128	54	73	0,372
vs+HT												
TK+PIA		7	0,182				186	90	0,000	28	16	0,372
TK+HT												
HT+PIA												
vs	64	73	1,000	1.102	963	0,000	181	237	0,007	128	131	0,920
TK	4	6	1,000	39	116	0,000	257	69	0,000	11	6	0,655
PIA	22	16	1,000	685	736	0,065	160	388	0,000	125	288	0,000
HT												
kein Fall	1.727	1.692	0,607				763	866	0,001	1.361	1.229	0,000
Gesamtergebnis	1.826	1.815	0,098	1.826	1.815	0,000	1.826	1.815	0,000	1.757	1.763	0,000

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

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



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

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

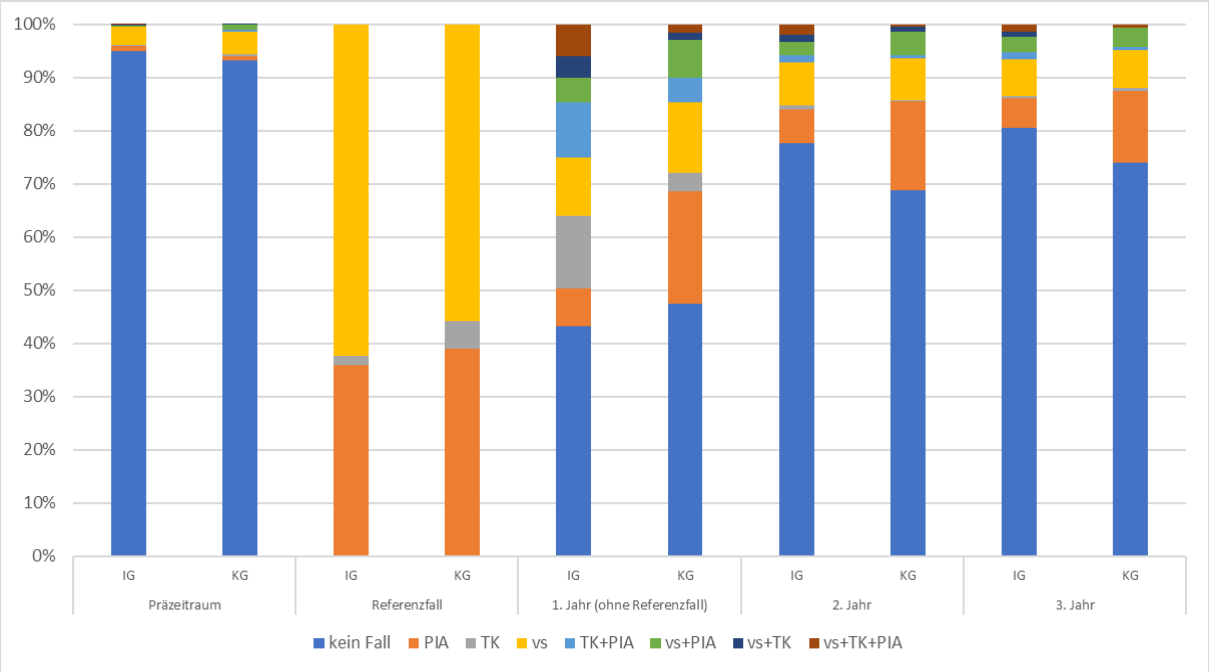
Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	2		1,000				74	21	0,000	23	6	0,017	17	7	0,330
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	1	1	1,000				52	15	0,000	18	10	0,453	11	1	0,056
vs+PIA	3	12	0,338				57	89	0,023	30	54	0,053	35	42	1,000
vs+HT															
TK+PIA		4	0,794				129	56	0,000	16	8	0,453	16	7	0,381
TK+HT															
HT+PIA															
vs	43	52	1,000	775	692	0,003	136	166	0,070	97	95	0,940	80	85	1,000
TK	3	5	1,000	22	63	0,000	169	43	0,000	9	1	0,106	6	5	1,000
PIA	12	11	1,000	447	484	0,116	90	261	0,000	77	201	0,000	66	160	0,000
HT															
kein Fall	1.180	1.154	0,604				537	588	0,070	932	827	0,000	949	869	0,001
Gesamtergebnis	1.244	1.239	0,562	1.244	1.239	0,000	1.244	1.239	0,000	1.202	1.202	0,000	1.180	1.176	0,000

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

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



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

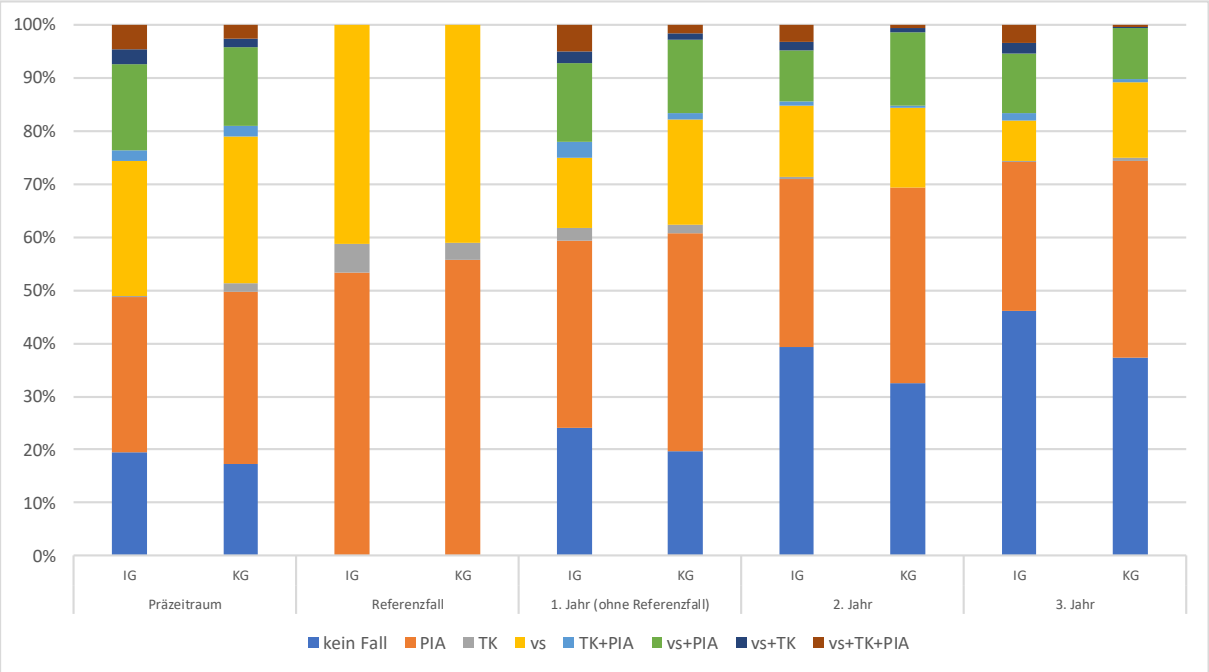
Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungssetting	**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	27	15	0,609				30	9	0,010	18	4	0,039	19	2	0,003
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	17	10	1,000				12	7	1,000	9	4	1,000	11	1	0,036
vs+PIA	95	87	1,000				88	82	1,000	56	80	0,238	63	54	1,000
vs+HT															
TK+PIA	12	12	1,000				18	7	0,267	4	2	1,000	8	4	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	150	162	1,000	243	241	1,000	78	116	0,023	77	87	1,000	43	79	0,005
TK	1	9	0,231	32	19	0,357	14	10	1,000	2		1,000	1	3	1,000
PIA	173	190	1,000	315	327	0,919	208	241	0,267	182	213	0,377	157	207	0,010
HT															
kein Fall	115	102	1,000				142	115	0,295	225	187	0,127	258	209	0,020
Gesamtergebnis	590	587	0,406	590	587	0,511	590	587	0,001	573	577	0,009	560	559	0,000

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

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



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

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1:
(vgl. Tabelle 69 bis Tabelle 72).

(vgl. Tabelle 73 bis Tabelle 76).

Die Intensität der Behandlungen lässt sich über die als OPS-Schlüssel dokumentierten Therapieeinheiten abschätzen. Hierzu wurden für jeden Patienten die Therapieeinheiten je Behandlungssetting im jeweiligen Beobachtungszeitraum kumuliert und die durchschnittlichen Werte je Untersuchungsgruppe (IG/KG) miteinander verglichen.[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 Gesamt	624	624	619	619	624	624	619	619	624	624	619	619	605	605	596	596	590	590	580	580	565	565	546	546
N mit mind. einem Fall	29	5	37	10	420	4	362	32	164	193	162	64	84	29	90	15	71	24	73	8	67	22	65	8
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	0,1	0,1	2,7	1,2	0,1	0,5	1,8	1,0	2,2	0,9	0,6	0,5	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,4	0,2	0,4	7,0	2,9	0,1	0,8	4,4	2,4	6,2	1,8	1,1	1,2	1,0	0,4	0,5	0,8	0,4	0,1	0,5	0,7	0,4	0,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	-	0,3	0,2	-	-	0,2	0,2	-	-	0,1	0,1	-	-	0,1	0,0	-	-	0,1	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,6	-	-	1,8	0,9	-	-	1,1	0,8	-	-	0,5	0,6	-	-	0,4	0,5	-	-	0,4	0,5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	-	0,0	0,4	0,1	0,2	-	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	-	0,0	0,3	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,2	0,1	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,5	-	-	-	0,0	-	-	0,3	0,5	-	0,1	0,3	0,2	-	-	0,2	0,1	-	-	0,2	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,4	-	-	-	0,0	-	-	0,2	0,4	-	0,1	0,2	0,2	-	-	0,1	0,0	-	-	0,1	-	-	-
Gesamt	**1,3**	**2,4**	**0,4**	**0,5**	**12,3**	**5,4**	**0,1**	**1,4**	**8,7**	**5,5**	**8,8**	**2,8**	**2,9**	**3,0**	**1,4**	**0,6**	**1,6**	**1,9**	**0,7**	**0,1**	**1,5**	**1,8**	**0,7**	**0,1**

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 Gesamt	624	624	619	619	624	624	619	619	624	624	619	619	605	605	596	596	590	590	580	580	565	565	546	546
N mit mind. einem Fall	29	5	37	10	420	4	362	32	164	193	162	64	84	29	90	15	71	24	73	8	67	22	65	8
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	4,8	6,8	8,0	4,1	2,1	9,8	10,3	7,0	3,8	7,2	8,7	4,0	3,3	7,7	9,1	2,1	2,0	3,8	2,9	1,9	2,0	4,1	2,9
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	12,7	7,2	29,2	22,2	10,4	5,0	13,3	14,8	16,8	9,1	20,2	17,1	7,8	8,1	20,2	15,0	4,1	6,0	9,2	5,4	4,1	6,0	10,0	5,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	1,9	-	-	0,4	0,4	-	-	0,6	0,7	-	-	0,8	0,7	-	-	0,5	0,4	-	-	0,5	0,4	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,4	10,7	-	-	2,7	1,5	-	-	4,3	3,1	-	-	3,7	4,0	-	-	3,4	4,0	-	-	3,2	4,4	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	1,0	9,0	0,3	0,3	0,0	-	0,7	1,5	0,5	0,7	-	0,1	0,7	0,2	-	0,2	0,6	2,3	-	0,2	0,7	2,5	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,9	0,2	6,2	0,3	0,4	0,0	-	0,6	1,2	0,3	0,5	-	0,2	0,6	0,2	-	0,2	1,2	1,7	-	0,2	1,3	1,8	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	4,5	8,1	-	-	-	0,1	-	-	1,0	2,0	-	0,5	2,3	1,5	-	-	1,8	0,4	-	-	1,5	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	6,0	-	-	-	0,1	-	-	0,8	1,5	-	0,9	1,7	1,2	-	-	1,1	0,1	-	-	1,0	-	-	-
Gesamt	**27,6**	**39,9**	**51,2**	**30,8**	**18,2**	**9,2**	**23,0**	**26,3**	**33,3**	**21,0**	**28,6**	**27,2**	**20,6**	**20,1**	**28,3**	**24,1**	**13,3**	**14,7**	**17,0**	**8,3**	**12,6**	**14,8**	**18,5**	**8,3**

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	624	619	624	619	624	619	605	596	590	578	579	562
N mit Fall	7	16	200	225	188	212	67	136	64	116	58	112
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,6	1,0	2,6	0,6	2,0	0,6	1,8	0,7	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,7	1,7	3,1	0,9	2,4	1,0	2,2	1,2	2,6
Gesamt	0,0	0,0	0,3	0,7	1,7	3,3	0,9	2,5	1,0	2,3	1,2	2,7
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,039		0,015		0,076		0,082		0,033	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,116		0,000		0,001		0,000		0,001		0,002	

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	624	619	624	619	624	619	605	596	590	578	579	562
N mit Fall	7	16	200	225	188	212	67	136	64	116	58	112
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,4	0,0	0,2	2,2	1,5	3,1	1,6	3,4	1,8	5,0	2,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,5	1,0	1,8	3,4	7,7	5,1	8,8	5,6	9,0	7,3	10,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,5	0,0	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,3	0,8	0,3	0,7	0,1	0,6
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,9	1,1	2,0	5,6	9,2	8,2	10,4	9,0	10,9	12,2	13,1
Gesamt	0,0	0,9	1,1	2,1	5,7	9,6	8,5	11,2	9,3	11,6	12,3	13,7
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,039		0,017		0,272		0,258		0,053	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,119		0,000		0,002		0,199		0,308		0,721	

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 Gesamt	518	518	513	513	518	518	513	513	518	518	513	513	501	501	505	505	490	490	491	491	465	465	464	464
N mit mind. einem Fall	267	56	255	42	202	25	204	13	177	59	189	28	139	30	158	9	117	33	124	8	113	33	119	8
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3,1	2,0	0,5	0,7	1,2	0,6	0,3	0,2	1,8	1,5	0,6	0,3	1,2	1,4	0,3	0,1	1,1	0,7	0,2	0,1	1,1	0,7	0,2	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	11,7	5,7	1,9	1,3	4,3	1,9	0,8	0,4	9,4	3,7	1,7	0,7	5,4	3,8	0,7	0,2	2,7	2,5	0,8	0,2	2,7	2,6	0,8	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,4	-	-	0,2	0,2	-	0,0	0,3	0,4	-	-	0,4	0,4	-	-	0,2	0,2	-	-	0,2	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,6	1,7	-	-	0,9	0,6	-	0,0	2,1	1,2	-	-	1,8	1,5	-	-	1,0	1,1	-	-	1,1	1,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,0	-	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,0	-	0,0	0,1	0,0	-	-	0,1	-	0,0	0,0	0,1	0,1	-	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,4	-	0,1	-	-	-	-	0,2	0,2	-	0,0	0,2	0,1	-	-	0,1	0,0	-	-	0,1	0,0	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,4	-	0,0	-	-	-	-	0,2	0,1	-	-	0,1	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-
Gesamt	**17,8**	**10,7**	**2,4**	**2,2**	**6,7**	**3,4**	**1,1**	**0,6**	**14,3**	**7,1**	**2,4**	**1,1**	**9,3**	**7,6**	**1,0**	**0,4**	**5,2**	**4,6**	**1,0**	**0,3**	**5,2**	**4,8**	**1,0**	**0,4**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne 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 Gesamt	518	518	513	513	518	518	513	513	518	518	513	513	501	501	505	505	490	490	491	491	465	465	464	464
N mit mind. einem Fall	267	56	255	42	202	25	204	13	177	59	189	28	139	30	158	9	117	33	124	8	113	33	119	8
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,1	3,9	4,5	8,7	3,0	1,6	5,7	7,5	5,3	4,0	5,6	6,2	4,5	4,5	4,9	6,1	4,6	2,8	2,2	5,9	4,5	2,9	2,2	5,9
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	22,7	11,5	17,6	16,1	11,0	4,8	16,1	15,2	27,5	10,0	15,0	13,1	19,5	12,2	12,2	11,4	11,5	9,9	11,5	13,0	11,1	10,0	11,5	13,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,9	-	-	0,4	0,5	-	0,3	0,9	1,1	-	-	1,3	1,2	-	-	0,9	0,7	-	-	0,9	0,7	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,2	3,5	-	-	2,2	1,6	-	0,7	6,2	3,3	-	-	6,5	4,9	-	-	4,4	4,5	-	-	4,4	4,7	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	0,1	-	0,5	0,2	0,1	-	0,2	0,3	-	0,2	0,6	0,3	0,6	0,1	3,0	-	-	0,2	0,8	-	-	0,2	0,8
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,1	0,1	-	0,4	0,3	0,0	-	-	0,4	-	0,1	0,3	0,5	0,3	-	4,3	-	-	0,5	0,8	-	-	0,5	0,8
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,8	-	1,0	-	-	-	-	0,5	0,5	-	0,1	0,6	0,4	-	-	0,2	0,2	-	-	0,3	0,2	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,8	-	0,2	-	-	-	-	0,6	0,4	-	-	0,3	0,2	-	-	0,1	0,1	-	-	0,1	0,1	-	-
Gesamt	**34,6**	**21,6**	**22,1**	**26,7**	**17,2**	**8,5**	**21,8**	**23,8**	**41,8**	**19,3**	**20,8**	**20,4**	**33,5**	**24,3**	**17,2**	**24,9**	**21,7**	**18,3**	**14,4**	**20,4**	**21,2**	**18,7**	**14,4**	**20,4**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	518	513	518	513	518	513	501	505	490	491	478	480
N mit Fall	298	289	291	296	314	308	241	274	225	248	198	215
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,5	0,2	3,6	1,4	4,2	1,8	2,3	1,4	2,0	1,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,9	0,9	2,8	3,3	2,6	3,5	2,8	3,0	2,8	3,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,0	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,1	0,6	0,1	0,5	0,1	0,6
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,5	1,2	6,4	4,7	6,9	5,3	5,1	4,4	4,8	4,4
Gesamt	0,0	0,1	1,5	1,2	6,5	5,1	7,0	5,9	5,2	4,9	4,8	5,0
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,180		0,167		0,002		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,516		0,058		0,079		0,214		0,289		0,537	

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	518	513	518	513	518	513	501	505	490	491	478	480
N mit Fall	298	289	291	296	314	308	241	274	225	248	198	215
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	1,0	0,4	5,9	2,3	8,8	3,3	5,0	2,9	4,8	2,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,7	1,6	4,6	5,5	5,5	6,5	6,0	5,9	6,7	6,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1	0,7
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,7	0,2	1,1	0,3	1,1	0,2	1,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	2,6	2,1	10,5	7,8	14,3	9,8	11,0	8,7	11,5	9,8
Gesamt	0,1	0,1	2,7	2,1	10,7	8,5	14,5	10,9	11,3	9,8	11,7	11,1
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,180		0,179		0,002		0,000		0,001		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,500		0,017		0,074		0,065		0,041		0,151	

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum mit 1.048,69 € je Patient der IG und 1.114,68 € je Patient der KG auf gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich dabei zum Großteil aus Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 53 %; KG: 63 %), den Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 23 %; KG: 14 %) und den Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (IG: 17 %; KG: 17 %) zusammen. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die durchschnittlichen psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG nahezu identisch an: in der IG auf 6.710,93 € je Patient und in der KG auf 6.766,69 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 10,23 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 79). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stieg der Anteil der vollstationären psychiatrischen Kosten in der IG und in der KG deutlich an (IG: 66 %; KG: 74 %). Die teilstationären psychiatrischen Kosten nahmen in der IG im Vergleich zur KG einen größeren Anteil an den gesamten Kosten ein (IG: 19 %; KG: 10 %). Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in IG und KG auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums. Insgesamt entwickelten sich die Kosten der IG und KG nahezu identisch. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG (relativ zur KG) um 0,47 € nicht signifikant günstiger (vgl. Tabelle 79).

Bei den klinikbekannten Patienten lagen die durchschnittlichen Kosten im Präzeitraum mit 6.138,40 € je Patient der IG unterhalb der 7.267,99 € je Patient der KG (vgl. Tabelle 78,

Tabelle 80 und Abbildung 43). Im Präzeitraum war der Anteil der vollstationären psychiatrischen Kosten an den gesamten Kosten in der IG geringer als in der KG (IG: 66 %; KG: 75 %). Gleichzeitig war der Anteil der Kosten der Psychopharmakaversorgung an den gesamten psychiatrischen Kosten in der IG größer als in der KG (IG: 20 %; KG: 11 %). Zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 6.747,48 € und in der KG auf 7.563,00 € je Patient. Vom

Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 314,07 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 80). In beiden Gruppen setzten sich die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr in etwa wie im Präzeitraum zusammen. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten deutlich (IG: 4.225,22 €; KG 5.211,15 €). In der IG stiegen die Kosten zum vierten Nachbeobachtungsjahr etwas an, während sie in der KG weiter abnahmen (IG: 4.571,92 €; KG: 4.193,92 €). Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 691,90 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 80).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Gruppen, wobei sie in der IG von 1.011,47 € auf 7.502,07 € und in der KG von 1.011,30 € auf 6.764,28 € stiegen. Der Anstieg der Kosten je Patient der IG war somit stärker als in der KG (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44). Im Präzeitraum ergaben sich ähnliche Anteile der vollstationären psychiatrischen Kosten (IG: 50 %; KG: 56 %), der vertragsärztlichen psychiatrischen Kosten (IG: 25 %; 21 %) und der Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 21 %; KG: 17 %) an den jeweiligen gesamten Kosten. Zum ersten Nachbeobachtungsjahr unterschieden sich die Gruppen bzgl. der Anteile der vollstationären psychiatrischen Kosten (IG: 64 %; KG: 71 %) und der teilstationären psychiatrischen Kosten (IG: 23 %; KG: 14 %) an den jeweiligen gesamten Kosten.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich für den Verlauf der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein zu U1 vergleichbares Muster (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45). Die Kosten im Präzeitraum in beiden Gruppen waren nahezu identisch (IG: 1.068,69 €; KG: 1.066,12 €) und stiegen auch im ersten Jahr fast gleich stark an: in der IG auf 7.164,11 € und in der KG auf 6.759,09 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 402,44 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 83). Zum zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 2.341,42 €; KG: 1.953,38 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 351,53 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 83).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein vergleichbares Bild zu U1 (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46). Auch hier ergab sich im Zeitverlauf ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG.

Auch bei den klinikbekannten Patienten ergab sich ein zu U1 vergleichbarer Verlauf (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47). Zum ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, um dann zum dritten Nachbeobachtungsjahr auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen Präzeitraums zu sinken.

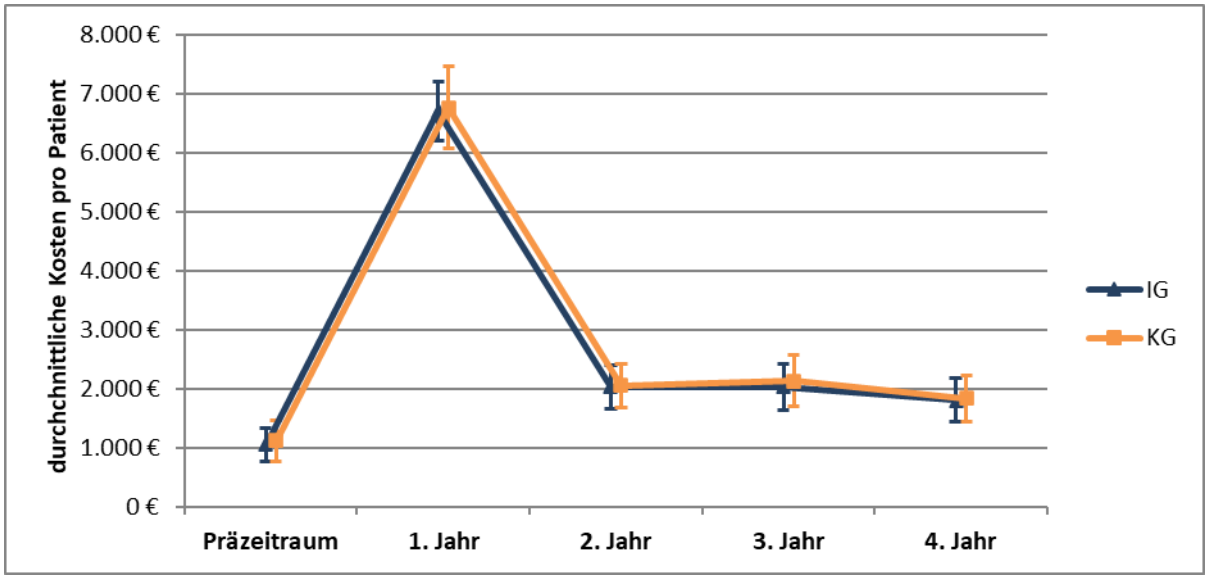
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	566	624	547	522	514	544	619	511	479	457
durchschnittliche Kosten	**1.048,69 €**	**6.710,93 €**	**2.025,97 €**	**2.026,08 €**	**1.801,12 €**	**1.114,68 €**	**6.766,69 €**	**2.050,89 €**	**2.129,26 €**	**1.831,41 €**
Standardabweichung	3.661,91 €	6.323,60 €	4.654,96 €	4.847,90 €	4.511,67 €	4.403,64 €	8.806,37 €	4.689,38 €	5.378,69 €	4.713,73 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,87 €	2.264,13 €	67,12 €	47,86 €	29,23 €	15,55 €	1.165,39 €	37,41 €	26,33 €	17,47 €
Median	141,56 €	5.035,60 €	484,11 €	340,60 €	233,80 €	126,29 €	4.026,53 €	428,78 €	310,72 €	286,69 €
75%-Perzentil	630,98 €	9.193,24 €	1.747,97 €	1.581,24 €	1.096,31 €	537,38 €	8.855,64 €	1.869,07 €	1.605,67 €	1.613,83 €
Maximum	49.450,04 €	41.928,61 €	42.811,66 €	47.802,65 €	34.274,26 €	71.623,45 €	66.979,57 €	44.312,68 €	52.380,82 €	66.894,68 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	514	518	484	469	457	511	513	484	470	446
durchschnittliche Kosten	**6.138,40 €**	**6.747,48 €**	**4.225,22 €**	**4.360,12 €**	**4.482,71 €**	**7.267,99 €**	**7.563,00 €**	**5.211,15 €**	**4.611,77 €**	**4.158,16 €**
Standardabweichung	7.371,42 €	7.756,81 €	6.229,50 €	7.387,75 €	10.310,60 €	10.321,20 €	9.544,36 €	8.602,30 €	7.870,06 €	7.171,63 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.009,90 €	1.441,27 €	576,25 €	369,19 €	223,47 €	1.227,47 €	1.714,47 €	692,75 €	499,47 €	289,06 €
Median	3.612,27 €	4.301,83 €	1.581,36 €	1.415,64 €	1.146,01 €	2.972,03 €	3.915,70 €	1.992,86 €	1.591,16 €	1.453,10 €
75%-Perzentil	8.059,17 €	9.128,34 €	5.137,55 €	5.040,09 €	4.081,70 €	9.510,12 €	10.063,21 €	6.093,06 €	3.932,48 €	3.656,16 €
Maximum	45.166,65 €	67.719,75 €	39.471,27 €	65.985,96 €	151.740,01 €	79.074,03 €	69.363,15 €	90.238,57 €	49.530,14 €	54.121,25 €

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

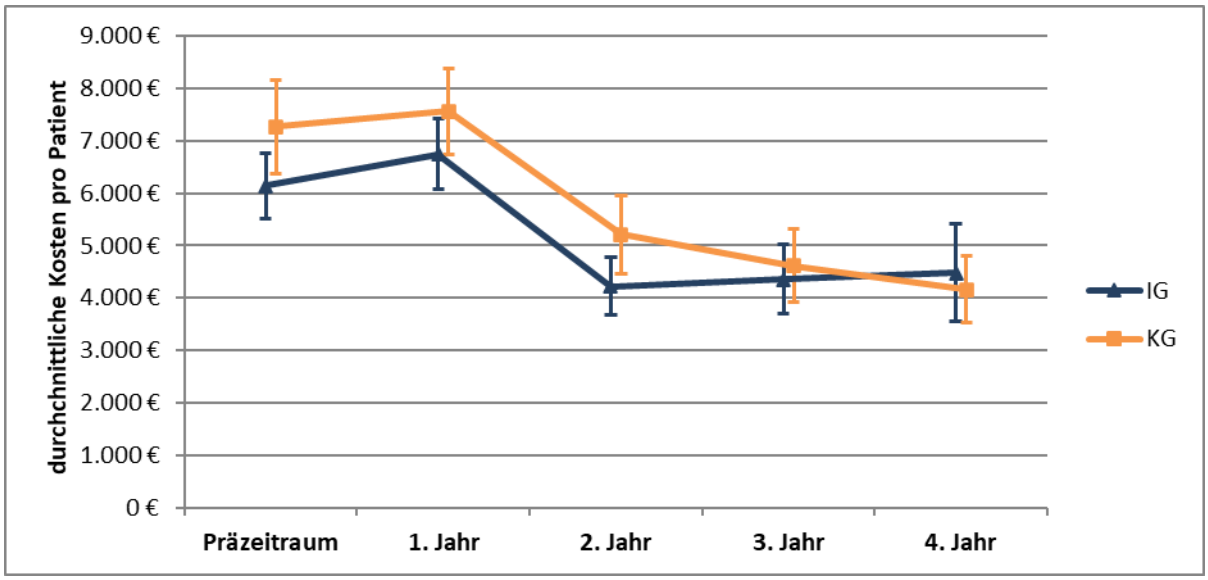


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.114,68 €	0,000	1.114,68 €	0,000	-299,33 €	0,561
IG (vs. KG)	-65,99 €	0,774	-65,99 €	0,774	7,74 €	0,967
Post (vs. Prä)	2.142,59 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-0,47 €	0,999				
1. Jahr (vs. Prä)			5.652,01 €	0,000	6.408,74 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			936,21 €	0,000	1.678,17 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			1.014,58 €	0,000	1.749,15 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			716,73 €	0,004	1.442,63 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			10,23 €	0,982	-56,44 €	0,900
IG x Jahr 2 (DiD)			41,07 €	0,897	-16,49 €	0,957
IG x Jahr 3 (DiD)			-37,18 €	0,911	-95,67 €	0,772
IG x Jahr 4 (DiD)			35,70 €	0,915	-24,45 €	0,938
Alter (30-47 J. vs. U30)					303,22 €	0,286
Alter (48-64 J. vs. U30)					-3,24 €	0,991
Alter (Ü64 vs. U30)					-250,94 €	0,421
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-301,01 €	0,108
F 00 (Demenz)					381,97 €	0,210
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-82,17 €	0,855
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1.231,91 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-293,64 €	0,409
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.836,59 €	0,104
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-218,26 €	0,393
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.917,80 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					859,50 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-36,29 €	0,880
F 45 (Somatoforme Störungen)					-300,76 €	0,228
F 40-48 (ohne F43 und F45)					259,22 €	0,379
F 50 (Essstörungen)					1.530,37 €	0,078
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.346,64 €	0,010
F 70-79 (Intelligenzstörung)					987,60 €	0,145
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.382,78 €	0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					597,55 €	0,778
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.633,15 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.415,56 €	0,206
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.958,16 €	0,011
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,78 €	0,945
R^2		0,023		0,127		0,212

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

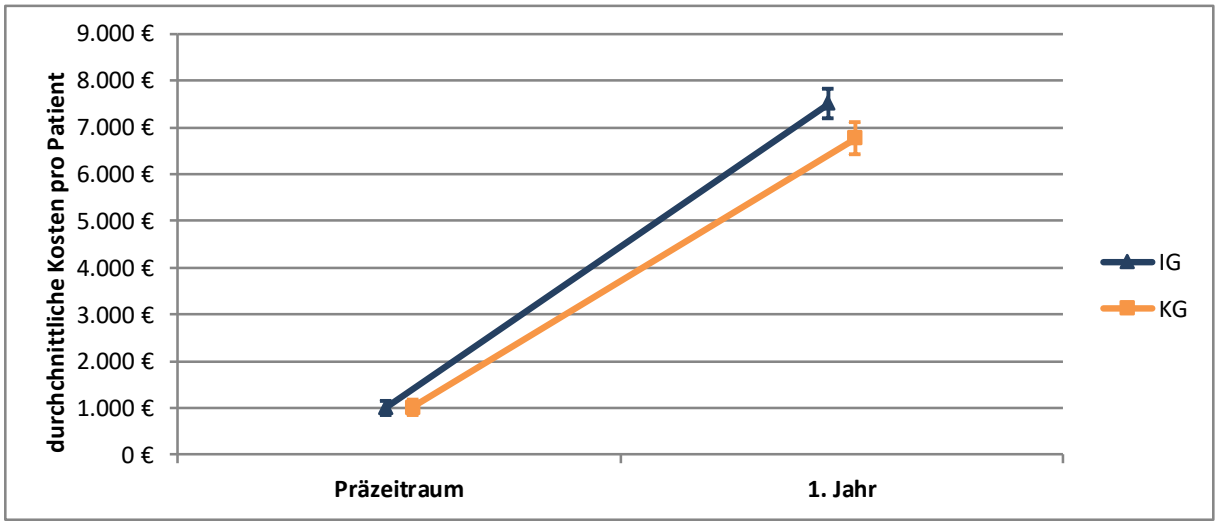
Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	7.267,99 €	0,000	7.267,99 €	0,000	-1.594,15 €	0,113
IG (vs. KG)	-1.129,59 €	0,043	-1.129,59 €	0,043	-1.330,78 €	0,005
Post (vs. Prä)	-1.852,33 €	0,000				
IG x Post (DiD)	691,90 €	0,220				
1. Jahr (vs. Prä)			295,01 €	0,526	7.983,06 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-2.056,83 €	0,000	5.610,92 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-2.656,22 €	0,000	4.987,86 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-3.109,83 €	0,000	4.508,01 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			314,07 €	0,599	525,30 €	0,367
IG x Jahr 2 (DiD)			143,66 €	0,828	351,30 €	0,575
IG x Jahr 3 (DiD)			877,94 €	0,183	1.093,84 €	0,077
IG x Jahr 4 (DiD)			1.454,14 €	0,047	1.698,28 €	0,015
Alter (30-47 J. vs. U30)					-109,49 €	0,878
Alter (48-64 J. vs. U30)					-991,56 €	0,146
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.236,79 €	0,101
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					656,58 €	0,063
F 00 (Demenz)					-205,87 €	0,833
F 01 (Vaskuläre Demenz)					2.263,88 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					107,05 €	0,874
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.370,05 €	0,026
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-273,63 €	0,824
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					725,36 €	0,165
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.004,18 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					744,40 €	0,160
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-217,17 €	0,700
F 45 (Somatoforme Störungen)					-530,33 €	0,468
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-951,07 €	0,239
F 50 (Essstörungen)					386,79 €	0,794
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.872,18 €	0,053
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.266,98 €	0,057
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.235,82 €	0,117
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.428,19 €	0,330
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.319,72 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.632,92 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.895,78 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.614,06 €	0,001
R^2		0,007		0,022		0,121

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	2.234	2.425	2.163	2.425
durchschnittliche Kosten	**1.011,47 €**	**7.502,07 €**	**1.011,30 €**	**6.764,28 €**
Standardabweichung	3.755,71 €	8.066,33 €	4.371,91 €	8.611,62 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	23,74 €
25%-Perzentil	41,87 €	1.908,75 €	30,80 €	1.144,77 €
Median	173,06 €	5.425,88 €	138,33 €	4.016,27 €
75%-Perzentil	640,65 €	10.235,15 €	588,36 €	9.077,29 €
Maximum	61.050,89 €	82.738,45 €	125.569,58 €	71.042,60 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	1.680	1.826	1.585	1.610	1.815	1.514
durchschnittliche Kosten	**1.068,69 €**	**7.164,11 €**	**2.231,42 €**	**1.066,12 €**	**6.759,09 €**	**1.953,38 €**
Standardabweichung	4.037,89 €	7.453,16 €	5.321,88 €	4.871,01 €	8.531,22 €	4.532,53 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	23,74 €	0,00 €
25%-Perzentil	41,94 €	2.130,96 €	63,12 €	28,36 €	1.149,44 €	37,22 €
Median	171,64 €	5.362,62 €	446,97 €	138,87 €	4.088,84 €	380,12 €
75%-Perzentil	642,15 €	9.593,61 €	1.673,62 €	587,44 €	9.125,36 €	1.666,95 €
Maximum	61.050,89 €	82.307,69 €	63.325,58 €	125.569,58 €	71.042,60 €	44.312,68 €

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

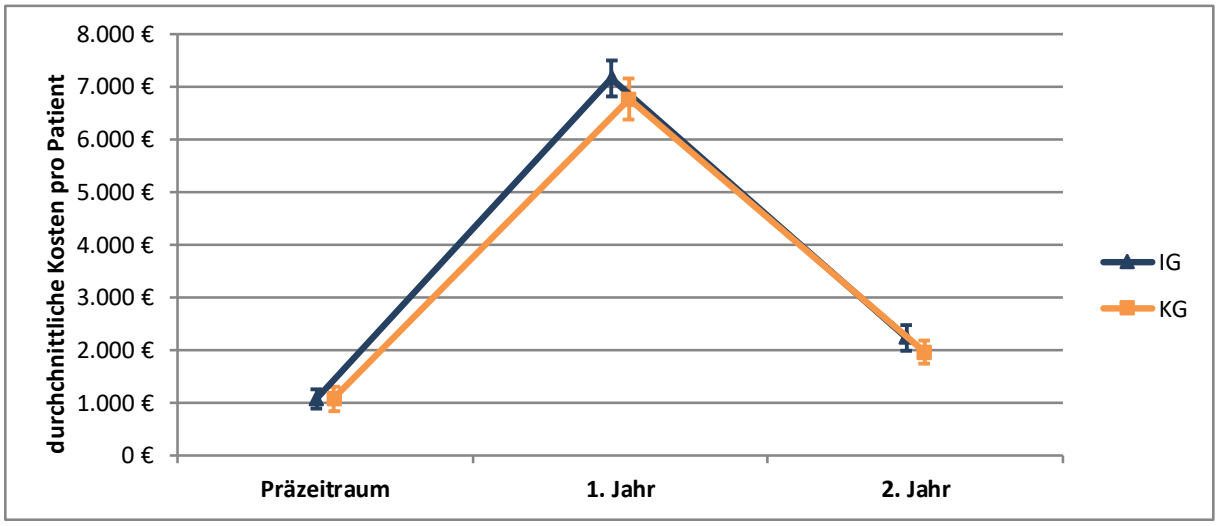


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.066,12 €	0,000	1.066,12 €	0,000	-1.145,36 €	0,000
IG (vs. KG)	2,58 €	0,986	2,58 €	0,986	91,77 €	0,479
Post (vs. Prä)	3.325,04 €	0,000				
IG x Post (DiD)	351,53 €	0,092				
1. Jahr (vs. Prä)			5.692,98 €	0,000	6.732,48 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			887,27 €	0,000	1.913,37 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			402,44 €	0,153	316,20 €	0,255
IG x Jahr 2 (DiD)			275,46 €	0,168	195,53 €	0,317
Alter (30-47 J. vs. U30)					321,86 €	0,121
Alter (48-64 J. vs. U30)					293,89 €	0,155
Alter (Ü64 vs. U30)					106,99 €	0,644
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-164,03 €	0,221
F 00 (Demenz)					-179,55 €	0,561
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-258,09 €	0,439
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-2.457,75 €	0,004
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-175,61 €	0,600
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-190,54 €	0,773
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-66,78 €	0,749
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.733,45 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.241,92 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					554,62 €	0,008
F 45 (Somatoforme Störungen)					-407,87 €	0,034
F 40-48 (ohne F43 und F45)					239,05 €	0,366
F 50 (Essstörungen)					1.028,05 €	0,109
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.927,92 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					969,33 €	0,032
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-453,71 €	0,374
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					91,79 €	0,916
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.769,12 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.649,38 €	0,057
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.943,22 €	0,004
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					348,07 €	0,072
R^2		0,064		0,156		0,244

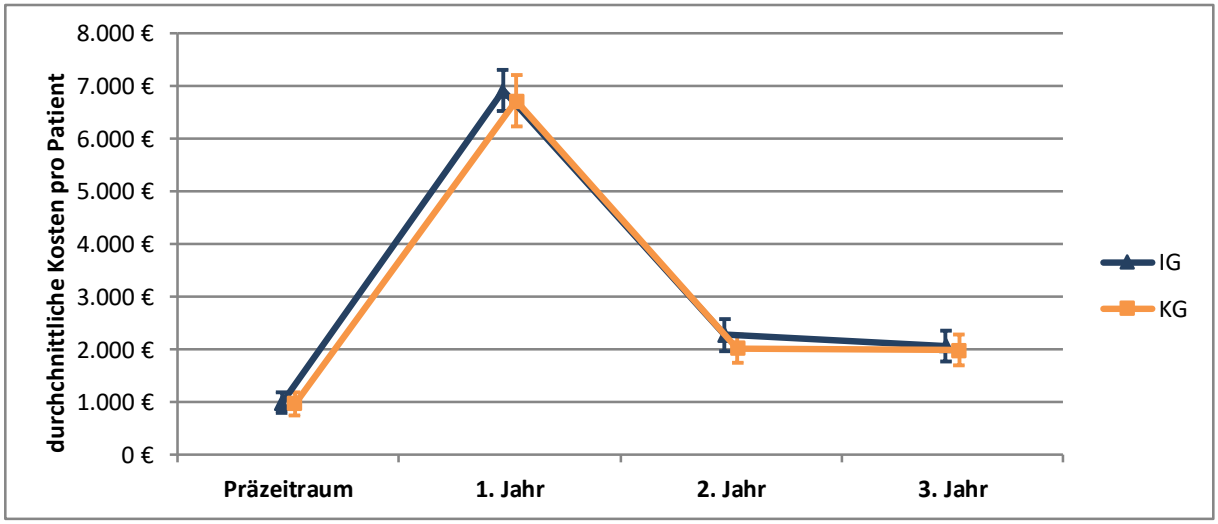
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	1.137	1.244	1.087	1.027	1.093	1.239	1.033	967
durchschnittliche Kosten	**987,57 €**	**6.918,32 €**	**2.277,97 €**	**2.069,18 €**	**964,77 €**	**6.714,63 €**	**2.013,74 €**	**1.985,67 €**
Standardabweichung	3.567,79 €	7.174,89 €	5.374,47 €	5.111,12 €	4.073,71 €	8.763,00 €	4.645,85 €	5.027,28 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	38,16 €	2.108,23 €	69,57 €	42,40 €	21,19 €	1.156,55 €	37,33 €	23,13 €
Median	164,55 €	5.180,49 €	474,24 €	325,69 €	127,73 €	3.973,61 €	404,66 €	258,64 €
75%-Perzentil	643,35 €	9.221,11 €	1.758,30 €	1.366,24 €	542,58 €	8.871,53 €	1.731,46 €	1.463,21 €
Maximum	58.375,29 €	82.307,69 €	53.482,52 €	51.739,70 €	83.504,80 €	70.501,79 €	44.312,68 €	54.835,61 €

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

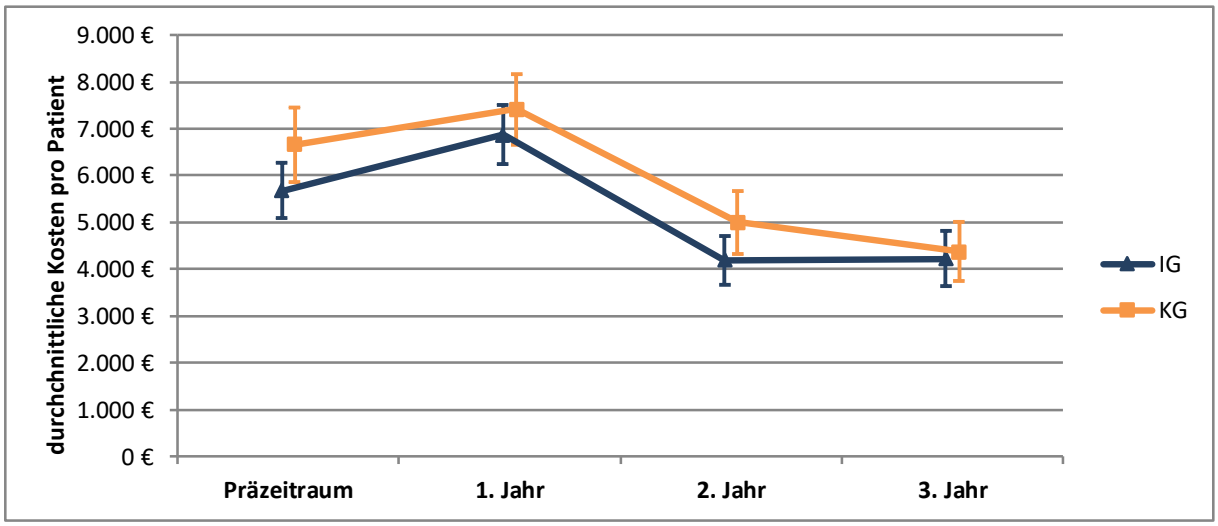


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	585	590	553	536	581	587	553	535
durchschnittliche Kosten	**5.683,16 €**	**6.873,67 €**	**4.193,35 €**	**4.227,43 €**	**6.668,32 €**	**7.424,61 €**	**4.998,03 €**	**4.373,21 €**
Standardabweichung	7.172,98 €	7.799,64 €	6.353,74 €	7.118,52 €	9.868,93 €	9.374,99 €	8.267,61 €	7.573,10 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	823,96 €	1.484,96 €	544,53 €	341,68 €	972,97 €	1.724,19 €	578,38 €	490,26 €
Median	2.908,59 €	4.457,14 €	1.481,46 €	1.395,28 €	2.555,81 €	3.729,91 €	1.915,53 €	1.509,18 €
75%-Perzentil	7.334,59 €	9.424,43 €	5.031,21 €	5.046,05 €	8.765,51 €	9.788,83 €	5.874,50 €	3.733,98 €
Maximum	45.166,65 €	67.719,75 €	39.471,27 €	65.985,96 €	79.074,03 €	69.363,15 €	90.238,57 €	49.530,14 €

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum etwas unterhalb der Kosten der KG (IG: 558,22 €; KG: 705,26 €; vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48). Zum ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an (IG: 4.411,99 €; KG: 5.009,24 €). Zum zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums, wobei sie in beiden Gruppen bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr weiterhin leicht sanken. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 107,23 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 88).

Bei den klinikbekannten Patienten hatte die IG im Präzeitraum geringere Kosten als die KG (IG: 4.017,89 €; KG: 5.461,66 €; vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in beiden Gruppen etwa konstant, zum zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen deutlich unterhalb des Präzeitraumniveaus. Zum vierten Jahr stiegen die Kosten der IG etwas an, während sie in der KG weiter sanken, wobei beide Gruppen im vierten Jahr etwa gleich hohe Kosten aufwiesen (IG: 2.708,59 €; KG: 2.679,73 €). Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 699,91 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 89).

U2:Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen Patienten der IG und KG etwa gleich hohe Kosten auf (IG: 501,91 €: KG: 569,43 €; vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen deutlich an (IG: 4.817,90 €; KG: 4.767,12 €). Der Kostenanstieg fiel in der IG stärker aus als in der KG.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum mit 560,27 € geringere durchschnittliche Kosten als die KG mit 631,47 € (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Im ersten Jahr stiegen in beiden

Gruppen die Kosten deutlich an (IG: 4.614,82 €; KG: 4,803,14 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 117,12 € nicht signifikant schwächer an (vgl. Tabelle 92). In beiden Gruppen sanken die Kosten zum zweiten Nachbeobachtungsjahr auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 1.219,56 €; KG: 1.067,25 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 58,74 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 92).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52). Ausgehend von etwas geringeren Kosten der IG im Präzeitraum stiegen in beiden Gruppen die Kosten zum ersten Jahr deutlich an. Zum zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums ab. Insgesamt zeigte sich ein nahezu identischer Verlauf zwischen IG und KG.

Bei den klinikbekannten Patienten verliefen die Kosten zwischen IG und KG etwa parallel zueinander (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53). Die Kosten der IG waren dabei durchgehend geringer als in der KG.

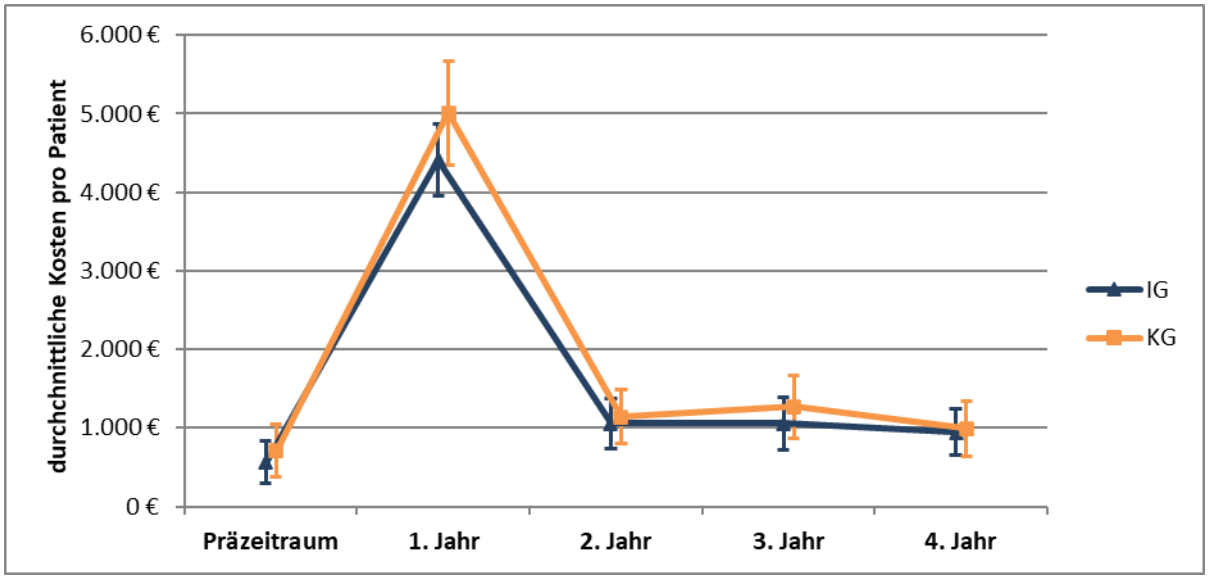
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	58	463	85	75	66	59	402	94	80	68
durchschnittliche Kosten	**558,22 €**	**4.411,99 €**	**1.053,89 €**	**1.053,87 €**	**941,94 €**	**705,26 €**	**5.009,24 €**	**1.143,16 €**	**1.270,86 €**	**993,51 €**
Standardabweichung	3.436,70 €	5.792,24 €	4.018,85 €	4.073,56 €	3.580,55 €	4.256,15 €	8.408,96 €	4.263,12 €	4.933,90 €	4.252,70 €
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 €	2.636,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.158,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.129,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.910,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	48.958,86 €	40.613,85 €	33.468,54 €	46.971,70 €	33.648,83 €	71.623,45 €	66.979,57 €	43.599,43 €	52.014,44 €	65.299,45 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	264	268	139	120	105	262	266	166	127	130
durchschnittliche Kosten	**4.017,89 €**	**4.227,92 €**	**2.328,33 €**	**2.472,11 €**	**2.708,59 €**	**5.461,66 €**	**5.409,96 €**	**3.524,98 €**	**3.067,92 €**	**2.679,73 €**
Standardabweichung	6.644,20 €	7.187,17 €	5.379,17 €	6.598,64 €	9.526,41 €	10.134,61 €	9.363,30 €	8.301,11 €	7.635,95 €	6.835,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	334,62 €	629,17 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	435,40 €	538,43 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	5.663,01 €	5.891,09 €	1.428,96 €	0,00 €	0,00 €	6.814,65 €	7.352,64 €	2.994,26 €	596,04 €	640,48 €
Maximum	40.193,98 €	67.366,36 €	36.409,00 €	64.596,39 €	149.456,73 €	78.351,06 €	68.077,66 €	90.215,71 €	47.533,62 €	53.471,33 €

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

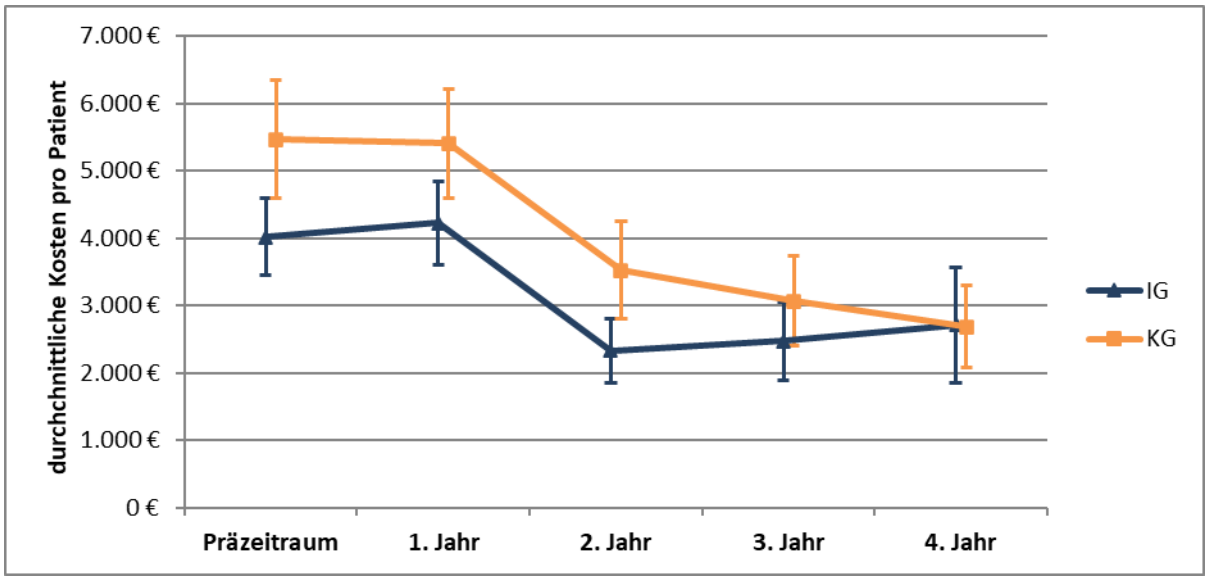


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	705,26 €	0,000	705,26 €	0,000	-139,84 €	0,775
IG (vs. KG)	-147,05 €	0,503	-147,05 €	0,503	-109,91 €	0,539
Post (vs. Prä)	1.449,70 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-107,23 €	0,696				
1. Jahr (vs. Prä)			4.303,98 €	0,000	4.766,17 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			437,89 €	0,046	896,55 €	0,050
3. Jahr (vs. Prä)			565,59 €	0,018	1.024,89 €	0,029
4. Jahr (vs. Prä)			288,25 €	0,229	746,05 €	0,105
IG x Jahr 1 (DiD)			-450,20 €	0,309	-492,31 €	0,257
IG x Jahr 2 (DiD)			57,78 €	0,847	21,15 €	0,941
IG x Jahr 3 (DiD)			-69,94 €	0,827	-106,16 €	0,733
IG x Jahr 4 (DiD)			95,47 €	0,759	57,99 €	0,841
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1,69 €	0,995
Alter (48-64 J. vs. U30)					-80,80 €	0,737
Alter (Ü64 vs. U30)					56,22 €	0,837
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-311,76 €	0,056
F 00 (Demenz)					111,43 €	0,675
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-96,15 €	0,867
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-712,41 €	0,065
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-338,14 €	0,266
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.747,10 €	0,113
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					158,58 €	0,474
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.794,60 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					532,99 €	0,012
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-265,33 €	0,175
F 45 (Somatoforme Störungen)					-236,04 €	0,274
F 40-48 (ohne F43 und F45)					53,84 €	0,835
F 50 (Essstörungen)					1.094,97 €	0,151
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.825,48 €	0,031
F 70-79 (Intelligenzstörung)					651,69 €	0,240
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.166,42 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					788,10 €	0,691
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.484,77 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.881,97 €	0,009
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.925,84 €	0,103
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-207,46 €	0,627
R^2		0,013		0,089		0,156

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.461,66 €	0,000	5.461,66 €	0,000	-1.984,24 €	0,030
IG (vs. KG)	-1.443,77 €	0,007	-1.443,77 €	0,007	-1.568,97 €	0,001
Post (vs. Prä)	-1.767,32 €	0,000				
IG x Post (DiD)	699,91 €	0,202				
1. Jahr (vs. Prä)			-51,71 €	0,911	6.700,37 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.936,68 €	0,000	4.808,29 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-2.393,74 €	0,000	4.343,59 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-2.781,93 €	0,000	3.938,95 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			261,74 €	0,655	376,63 €	0,519
IG x Jahr 2 (DiD)			247,12 €	0,705	358,33 €	0,566
IG x Jahr 3 (DiD)			847,97 €	0,184	960,53 €	0,113
IG x Jahr 4 (DiD)			1.472,64 €	0,037	1.607,33 €	0,018
Alter (30-47 J. vs. U30)					-3,08 €	0,996
Alter (48-64 J. vs. U30)					-459,22 €	0,460
Alter (Ü64 vs. U30)					-516,60 €	0,457
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					577,82 €	0,071
F 00 (Demenz)					-478,17 €	0,593
F 01 (Vaskuläre Demenz)					3.105,76 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-861,83 €	0,169
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.381,80 €	0,008
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-692,93 €	0,349
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					989,15 €	0,036
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.116,99 €	0,020
F 30-39 (Affektive Störungen)					173,20 €	0,717
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-704,99 €	0,126
F 45 (Somatoforme Störungen)					-236,09 €	0,729
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.184,09 €	0,053
F 50 (Essstörungen)					-188,88 €	0,865
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.617,65 €	0,075
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.169,65 €	0,037
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.475,55 €	0,054
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					688,05 €	0,531
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.227,52 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.220,11 €	0,198
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					907,18 €	0,081
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.564,71 €	0,000
R^2		0,009		0,019		0,103

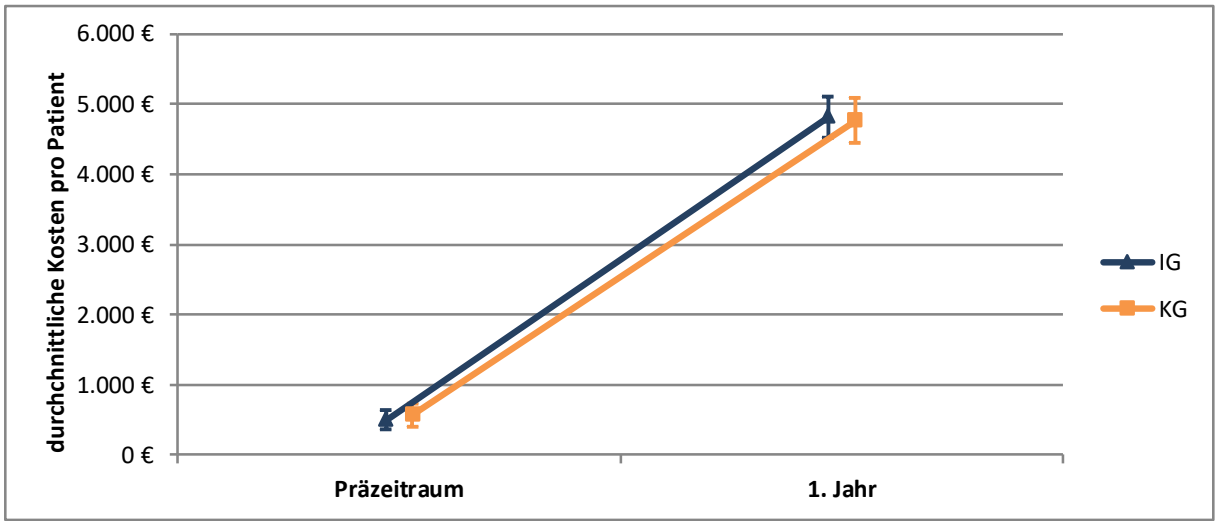
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	192	1.648	222	1.423
durchschnittliche Kosten	**501,91 €**	**4.817,90 €**	**569,43 €**	**4.767,12 €**
Standardabweichung	3.459,37 €	7.258,83 €	4.198,95 €	8.072,46 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.385,44 €	0,00 €	840,76 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.655,86 €	0,00 €	6.859,62 €
Maximum	60.144,26 €	82.138,01 €	125.116,32 €	70.268,62 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	150	1.266	242	168	1.083	238
durchschnittliche Kosten	**560,27 €**	**4.614,82 €**	**1.219,56 €**	**631,47 €**	**4.803,14 €**	**1.067,25 €**
Standardabweichung	3.768,70 €	6.874,45 €	4.654,64 €	4.717,62 €	8.063,09 €	4.114,18 €
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 €	2.383,46 €	0,00 €	0,00 €	954,51 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.324,38 €	0,00 €	0,00 €	6.878,88 €	0,00 €
Maximum	60.144,26 €	82.138,01 €	62.104,37 €	125.116,32 €	69.459,53 €	43.599,43 €

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

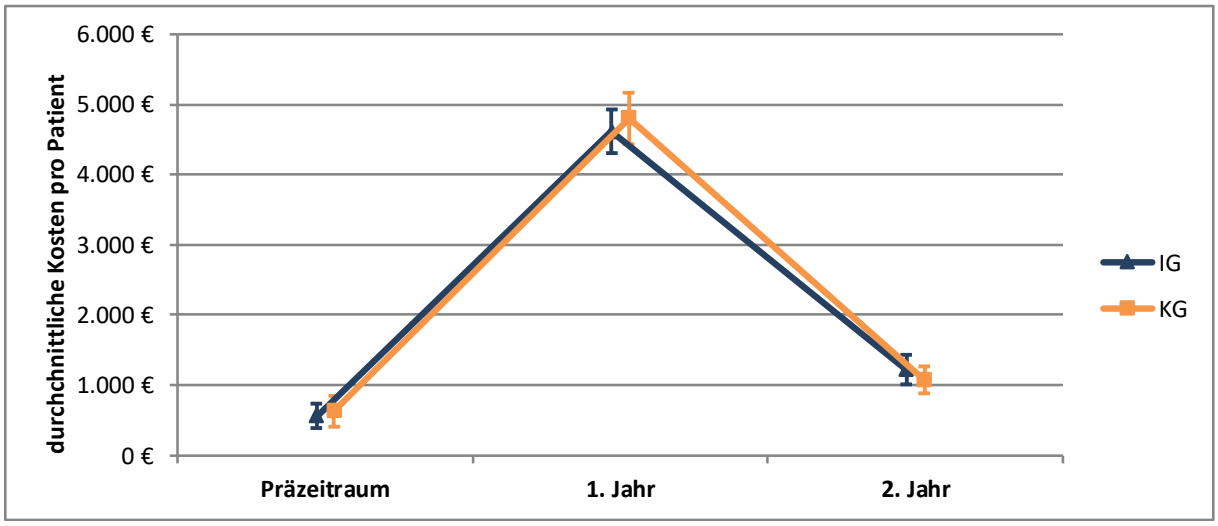


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	631,47 €	0,000	631,47 €	0,000	-1.106,49 €	0,000
IG (vs. KG)	-71,20 €	0,615	-71,20 €	0,615	-8,99 €	0,943
Post (vs. Prä)	2.330,88 €	0,000				
IG x Post (DiD)	58,74 €	0,769				
1. Jahr (vs. Prä)			4.171,68 €	0,000	4.953,99 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			435,79 €	0,002	1.219,13 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-117,12 €	0,664	-189,94 €	0,477
IG x Jahr 2 (DiD)			223,51 €	0,237	156,43 €	0,395
Alter (30-47 J. vs. U30)					16,35 €	0,932
Alter (48-64 J. vs. U30)					108,42 €	0,575
Alter (Ü64 vs. U30)					424,30 €	0,049
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-190,87 €	0,120
F 00 (Demenz)					-132,55 €	0,634
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-132,99 €	0,658
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1.995,28 €	0,014
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-37,21 €	0,904
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					25,60 €	0,965
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					634,16 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.996,03 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					825,69 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					191,05 €	0,314
F 45 (Somatoforme Störungen)					-215,37 €	0,227
F 40-48 (ohne F43 und F45)					34,45 €	0,887
F 50 (Essstörungen)					977,14 €	0,099
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.448,44 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					863,15 €	0,034
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-456,09 €	0,326
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					224,96 €	0,769
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.435,56 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-202,94 €	0,911
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.144,47 €	0,022
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					143,08 €	0,444
R^2		0,036		0,097		0,176

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

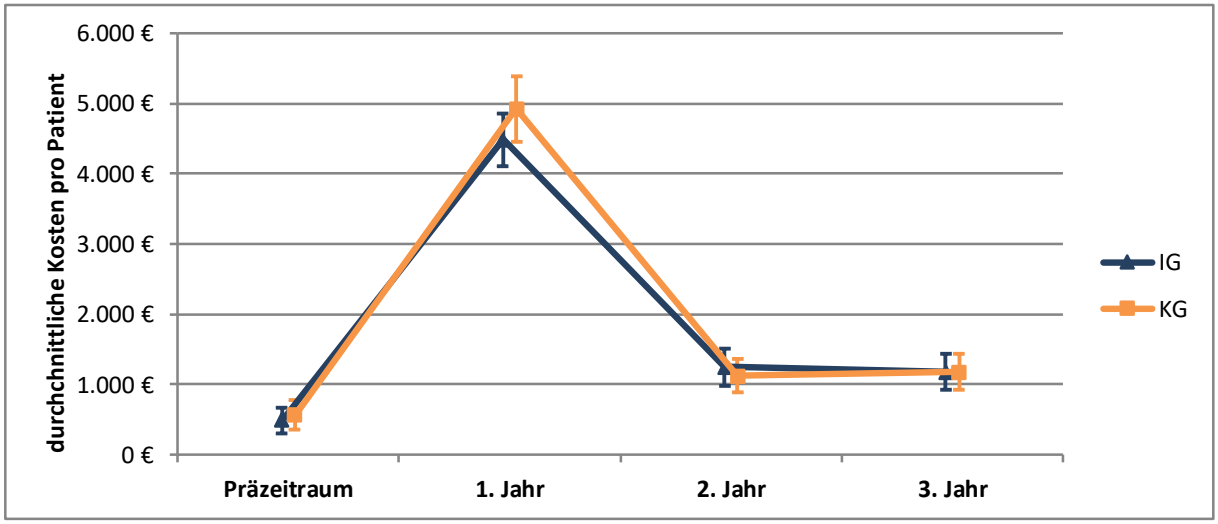
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	103	875	172	152	113	774	174	145
durchschnittliche Kosten	**491,74 €**	**4.487,31 €**	**1.248,26 €**	**1.173,71 €**	**566,54 €**	**4.926,80 €**	**1.124,15 €**	**1.177,02 €**
Standardabweichung	3.289,06 €	6.674,90 €	4.670,93 €	4.472,27 €	3.934,10 €	8.318,84 €	4.226,67 €	4.573,08 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.326,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.225,25 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.139,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.912,85 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.514,67 €	82.138,01 €	52.231,18 €	49.358,94 €	82.604,98 €	69.459,53 €	43.599,43 €	53.818,54 €

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

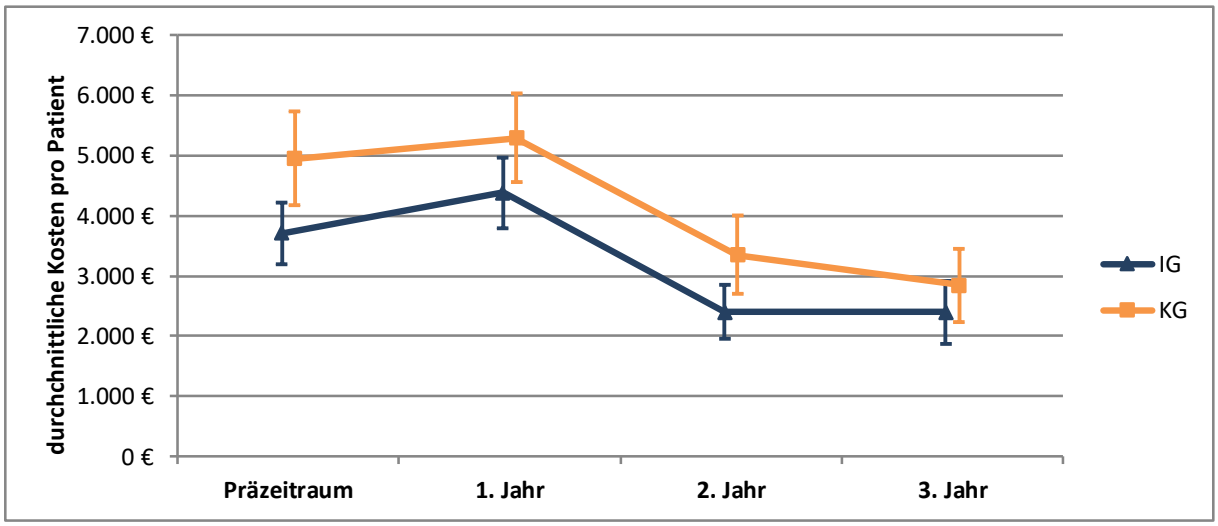


Klinikbekannte Patienten

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	287	318	160	140	285	309	184	139
durchschnittliche Kosten	**3.708,39 €**	**4.387,97 €**	**2.398,92 €**	**2.392,46 €**	**4.953,61 €**	**5.293,73 €**	**3.350,96 €**	**2.847,13 €**
Standardabweichung	6.422,13 €	7.284,92 €	5.552,91 €	6.326,30 €	9.632,65 €	9.181,01 €	7.942,91 €	7.301,20 €
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 €	873,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	559,92 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	4.891,40 €	6.096,66 €	1.623,19 €	74,77 €	6.479,92 €	7.205,56 €	2.679,92 €	0,00 €
Maximum	40.193,98 €	67.366,36 €	37.513,04 €	64.596,39 €	78.351,06 €	68.077,66 €	90.215,71 €	47.533,62 €

Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.3 Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Da keine **Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung** anfielen entfallen die entsprechenden Tabellen und Abbildungen.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Klinikbekannte Patienten

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Abbildung 55: Kosten stationsersetzender 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 stationsersetzender 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 stationsersetzender 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 stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Klinikneue Patienten

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 103: Kosten stationsersetzender 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 stationsersetzender 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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum gleichauf mit der KG (IG: 40,81 €; KG: 45,01 €; vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an, wobei der Anstieg in der IG stärker ausfiel (IG: 1.263,98 €; KG: 666,96 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 601,20 € signifikant stärker an (vgl. Tabelle 106). Zum zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums und blieben bis zum vierten Jahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 215,35 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 106).

Bei den klinikbekannten Patienten waren die Kosten der IG und KG im Präzeitraum annähernd gleich hoch (IG: 390,51 €; KG: 332,54 €; vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). Während in der IG die Kosten zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen, sanken sie in der KG. Die Veränderung zum ersten Jahr ist in etwa proportional zur Veränderung der relativ geringen Inanspruchnahme in beiden Gruppen. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 182,86 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 107). Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten, um bis zum vierten Jahr wieder auf ein Niveau unterhalb des Präzeitraums anzusteigen. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 111,36 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 107).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatten IG und KG im Präzeitraum gleich hohe, der niedrigen Inanspruchnahme entsprechende Kosten (IG: 22,72 €; KG: 34,29 €; vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). Zum ersten Nachbeobachtungsjahr stieg die Inanspruchnahme und damit die durchschnittlichen Kosten in der IG deutlich stärker an als in der KG (IG: 1,685,91 €; KG: 923,97 €). Entsprechend fiel der Kostenanstieg in der IG stärker aus als in der KG.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatten IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten (IG: 19,47 €; KG: 29,19 €; vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei der unterschiedlich starke Anstieg proportional zur Anzahl an Patienten mit teilstationärem Fall war (IG: 1.542,98 €; KG: 866,36 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 686,34 € signifikant stärker an (vgl. Tabelle 110). Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 225,46 €; KG: 95,97 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 419,86 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 110).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatten IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten (IG: 23,52 €; KG: 22,48 €; vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten proportional zur Anzahl der Patienten mit mindestens einem Fall an (IG: 1.412,38 €; 704,13 €). Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums, wo sie zum dritten Jahr in etwa konstant blieben.

Bei den klinikbekannten Patienten wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 345,80 €; KG: 313,46 €; vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG an, während sie in der KG in etwa konstant blieben (IG: 586,69 €; KG: 335,98 €). Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen Präzeitraums. In der IG stiegen die Kosten zum vierten Jahr etwas an, während sie in der KG konstant blieben.

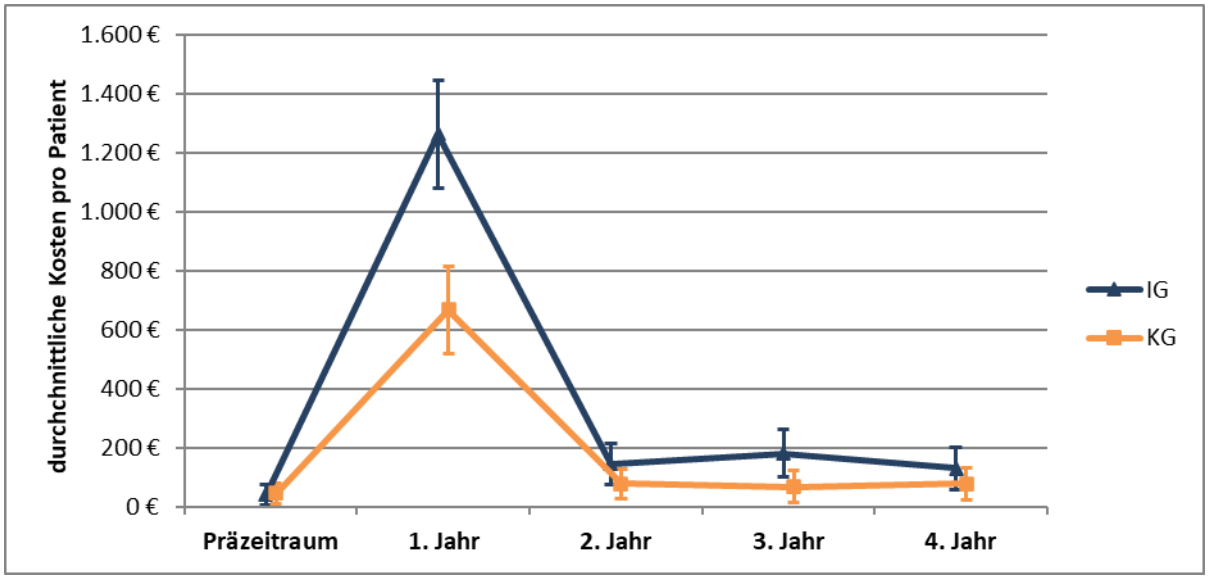
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	<10	195	29	24	16	10	93	15	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**40,81 €**	**1.263,98 €**	**144,94 €**	**179,53 €**	**128,88 €**	**45,01 €**	**666,96 €**	**77,42 €**	**66,94 €**	**76,61 €**
Standardabweichung	449,75 €	2.330,71 €	871,97 €	987,65 €	860,21 €	434,00 €	1.877,81 €	622,28 €	649,73 €	675,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.575,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.956,56 €	12.147,51 €	10.397,62 €	9.261,73 €	10.220,70 €	7.099,12 €	14.004,55 €	9.256,94 €	10.654,61 €	7.997,17 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	56	82	30	33	26	42	39	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**390,51 €**	**541,78 €**	**170,43 €**	**234,69 €**	**287,85 €**	**332,54 €**	**300,95 €**	**52,56 €**	**60,98 €**	**149,15 €**
Standardabweichung	1.371,70 €	1.576,83 €	831,25 €	1.077,94 €	1.372,68 €	1.299,96 €	1.271,80 €	440,88 €	590,47 €	1.264,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	11.289,90 €	11.493,97 €	6.698,19 €	11.162,60 €	13.874,76 €	12.470,51 €	9.741,36 €	6.414,04 €	8.122,24 €	16.508,32 €

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

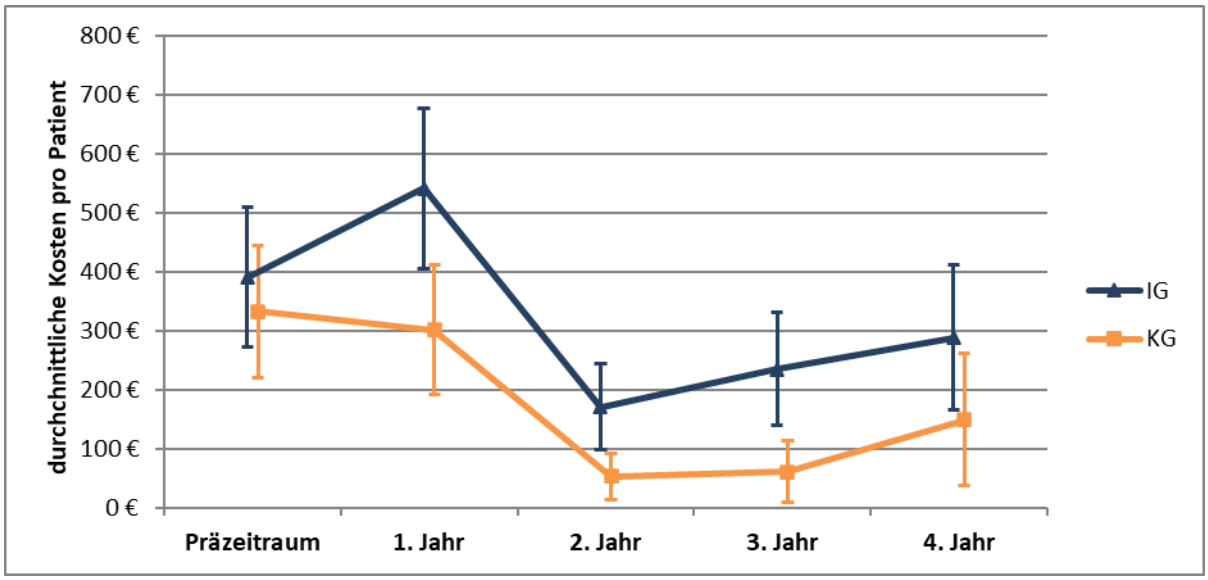


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	45,01 €	0,010	45,01 €	0,010	158,81 €	0,006
IG (vs. KG)	-4,19 €	0,867	-4,19 €	0,867	32,68 €	0,036
Post (vs. Prä)	184,61 €	0,000				
IG x Post (DiD)	215,35 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			621,96 €	0,000	622,10 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			32,41 €	0,296	25,68 €	0,396
3. Jahr (vs. Prä)			21,93 €	0,498	10,68 €	0,723
4. Jahr (vs. Prä)			31,61 €	0,326	16,40 €	0,603
IG x Jahr 1 (DiD)			601,20 €	0,000	572,32 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			71,71 €	0,157	44,27 €	0,331
IG x Jahr 3 (DiD)			116,79 €	0,031	88,95 €	0,076
IG x Jahr 4 (DiD)			56,46 €	0,246	28,52 €	0,537
Alter (30-47 J. vs. U30)					29,94 €	0,549
Alter (48-64 J. vs. U30)					-72,82 €	0,134
Alter (Ü64 vs. U30)					-213,55 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-7,18 €	0,826
F 00 (Demenz)					-269,41 €	0,000
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-231,11 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-165,00 €	0,017
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-177,47 €	0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					91,77 €	0,255
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-216,88 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-73,76 €	0,220
F 30-39 (Affektive Störungen)					67,76 €	0,111
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					61,83 €	0,233
F 45 (Somatoforme Störungen)					-64,66 €	0,160
F 40-48 (ohne F43 und F45)					36,13 €	0,693
F 50 (Essstörungen)					140,83 €	0,289
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					76,08 €	0,497
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-153,40 €	0,060
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-384,18 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-328,35 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,32 €	0,687
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.172,52 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					295,89 €	0,109
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-71,62 €	0,000
R^2		0,016		0,098		0,136

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

Tabelle 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	332,54 €	0,000	332,54 €	0,000	236,67 €	0,023
IG (vs. KG)	57,96 €	0,486	57,96 €	0,486	-35,23 €	0,448
Post (vs. Prä)	-190,53 €	0,002				
IG x Post (DiD)	111,36 €	0,202				
1. Jahr (vs. Prä)			-31,59 €	0,694	287,60 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-279,98 €	0,000	37,44 €	0,519
3. Jahr (vs. Prä)			-271,57 €	0,000	43,04 €	0,475
4. Jahr (vs. Prä)			-183,39 €	0,016	128,53 €	0,094
IG x Jahr 1 (DiD)			182,86 €	0,124	281,67 €	0,005
IG x Jahr 2 (DiD)			59,91 €	0,504	157,56 €	0,009
IG x Jahr 3 (DiD)			115,75 €	0,232	214,25 €	0,003
IG x Jahr 4 (DiD)			80,74 €	0,465	180,24 €	0,053
Alter (30-47 J. vs. U30)					-179,18 €	0,032
Alter (48-64 J. vs. U30)					-232,93 €	0,005
Alter (Ü64 vs. U30)					-308,77 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					32,78 €	0,337
F 00 (Demenz)					-106,68 €	0,073
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-841,32 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-145,92 €	0,010
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-177,14 €	0,000
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-85,70 €	0,046
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-145,65 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-40,64 €	0,426
F 30-39 (Affektive Störungen)					69,84 €	0,151
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					106,18 €	0,338
F 45 (Somatoforme Störungen)					-115,96 €	0,061
F 40-48 (ohne F43 und F45)					175,52 €	0,294
F 50 (Essstörungen)					240,59 €	0,395
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					146,16 €	0,183
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-163,76 €	0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-323,44 €	0,015
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-23,64 €	0,512
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-67,54 €	0,234
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.743,89 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					77,09 €	0,178
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,45 €	0,900
R^2		0,006		0,015		0,218

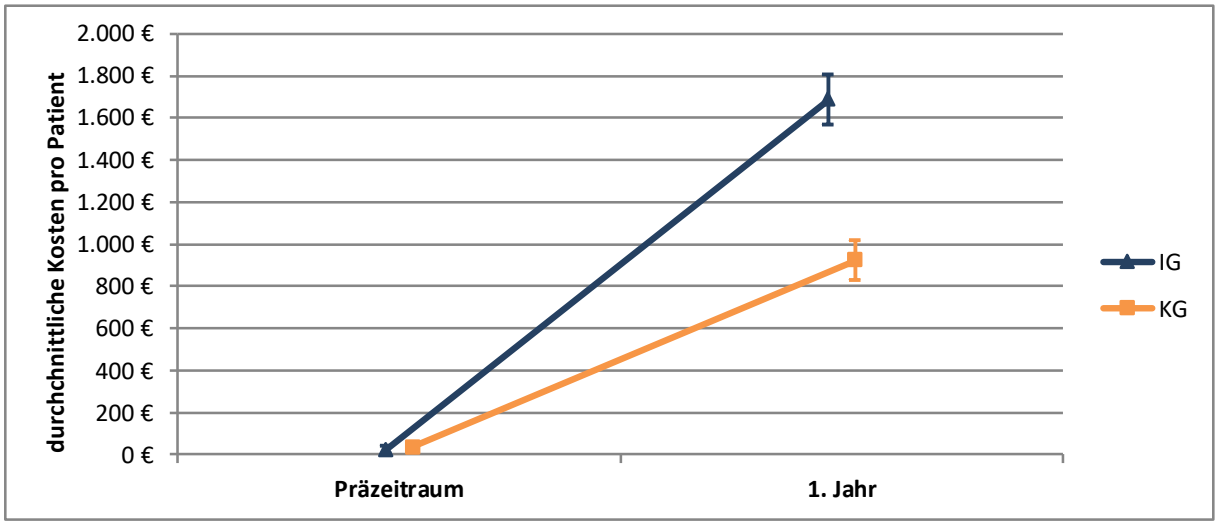
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	10	875	22	440
durchschnittliche Kosten	**22,72 €**	**1.685,91 €**	**34,29 €**	**923,97 €**
Standardabweichung	422,33 €	2.993,65 €	410,70 €	2.354,95 €
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 €	2.559,62 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.323,27 €	45.134,42 €	8.337,42 €	26.487,50 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	<10	667	90	16	324	42
durchschnittliche Kosten	**19,47 €**	**1.542,98 €**	**225,46 €**	**29,19 €**	**866,36 €**	**95,97 €**
Standardabweichung	314,26 €	2.606,98 €	1.236,62 €	367,87 €	2.160,27 €	719,07 €
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 €	2.308,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	6.281,49 €	20.705,17 €	13.660,25 €	8.337,42 €	14.172,95 €	9.885,78 €

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

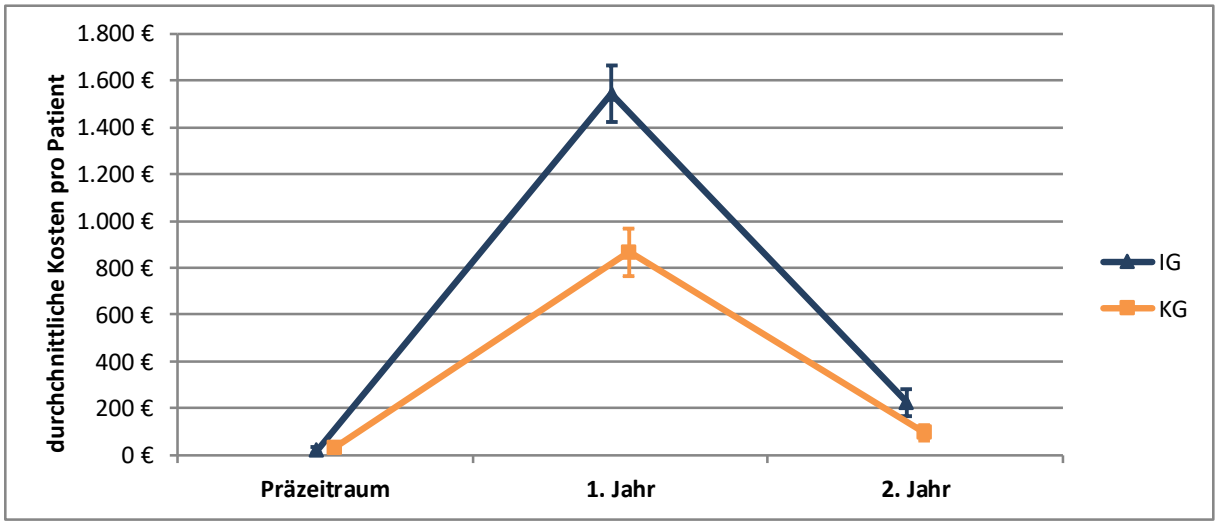


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	29,19 €	0,001	29,19 €	0,001	152,01 €	0,004
IG (vs. KG)	-9,72 €	0,391	-9,72 €	0,391	25,59 €	0,016
Post (vs. Prä)	457,58 €	0,000				
IG x Post (DiD)	419,86 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			837,17 €	0,000	767,91 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			66,78 €	0,001	-11,67 €	0,593
IG x Jahr 1 (DiD)			686,34 €	0,000	662,94 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			139,21 €	0,000	113,65 €	0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					55,65 €	0,223
Alter (48-64 J. vs. U30)					-27,43 €	0,538
Alter (Ü64 vs. U30)					-322,93 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					22,11 €	0,470
F 00 (Demenz)					-120,67 €	0,066
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-193,40 €	0,002
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-150,72 €	0,017
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-166,73 €	0,008
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-108,65 €	0,171
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-340,59 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-107,27 €	0,046
F 30-39 (Affektive Störungen)					205,71 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					191,15 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					-112,54 €	0,005
F 40-48 (ohne F43 und F45)					93,12 €	0,319
F 50 (Essstörungen)					-73,29 €	0,607
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					152,02 €	0,097
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-299,36 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-277,05 €	0,345
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-445,52 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					94,38 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.576,20 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-23,91 €	0,756
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-127,26 €	0,000
R^2		0,049		0,122		0,164

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

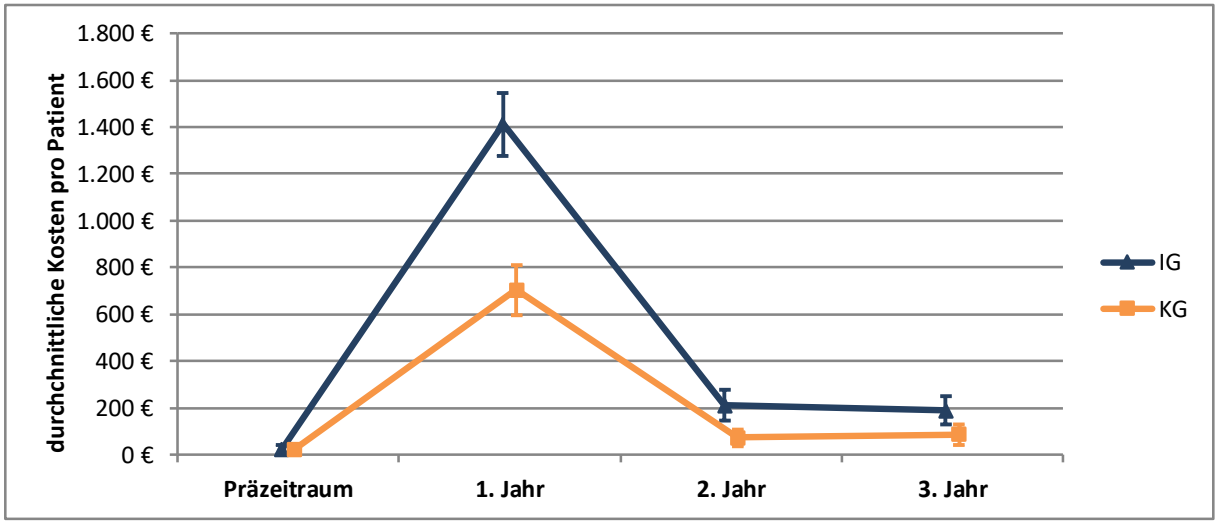
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	<10	441	66	50	10	194	25	20
durchschnittliche Kosten	**23,52 €**	**1.412,38 €**	**211,04 €**	**188,96 €**	**22,48 €**	**704,13 €**	**71,77 €**	**85,03 €**
Standardabweichung	336,54 €	2.400,18 €	1.137,39 €	1.030,34 €	307,46 €	1.940,50 €	595,33 €	729,54 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.864,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.956,56 €	12.147,51 €	13.315,32 €	11.041,65 €	7.099,12 €	14.172,95 €	9.256,94 €	10.654,61 €

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

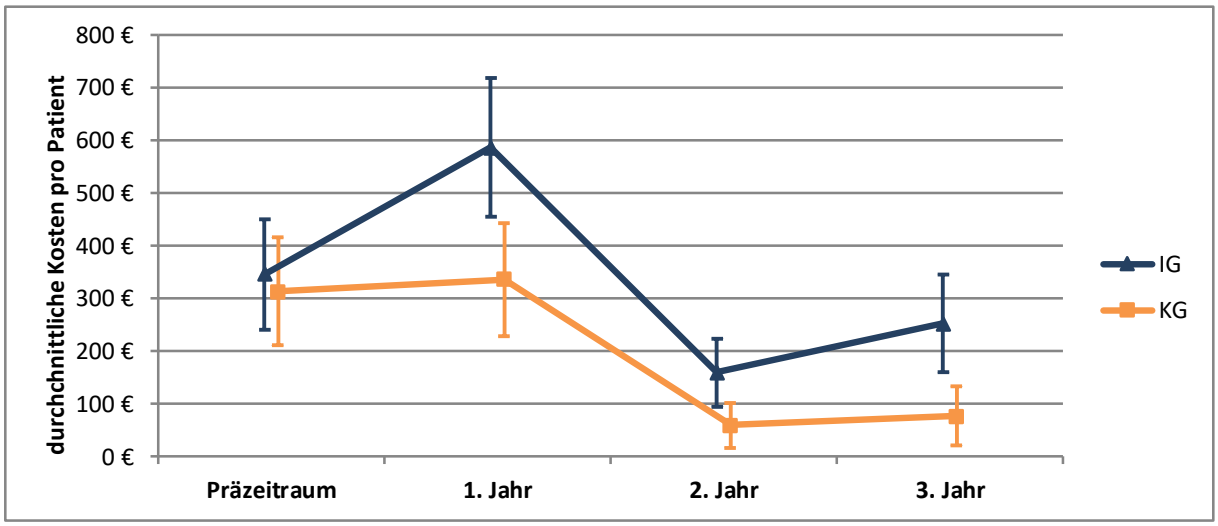


Klinikbekannte Patienten

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	57	103	33	39	45	49	10	10
durchschnittliche Kosten	**345,80 €**	**586,69 €**	**158,65 €**	**252,23 €**	**313,46 €**	**335,98 €**	**58,93 €**	**75,97 €**
Standardabweichung	1.292,68 €	1.628,13 €	791,57 €	1.122,32 €	1.261,77 €	1.318,47 €	515,41 €	673,15 €
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	11.289,90 €	11.493,97 €	6.698,19 €	11.162,60 €	12.470,51 €	9.741,36 €	7.460,33 €	8.122,24 €

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 Ausgleiche und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** der IG und KG im Präzeitraum gleich hoch (IG: 7,36 €; KG: 15,64 €; vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und Abbildung 66). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen deutlich an, wobei der Anstieg in der KG stärker ausfiel (IG: 175,07 €; KG: 436,33 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 252,98 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 115). Zum zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau unterhalb des ersten Jahres (IG: 70,12 €; KG: 261,90 €), und blieben für beide Gruppen in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 185,15 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 115).

Bei den klinikbekannten Patienten lagen die Kosten der IG im Präzeitraum unterhalb der KG (IG: 291,93 €; KG: 462,57 €; vgl. Tabelle 114,

Tabelle 116 und

Abbildung 67). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 440,94 €; KG: 670,50 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 58,91 € signifikant schwächer (vgl.

Tabelle 116). In beiden Gruppen sanken die Kosten im zweiten Jahr auf ein Niveau unterhalb des ersten Jahres (IG: 322,09 €; KG: 561,47 €). In der IG blieben die Kosten bis zum vierten Jahr in etwa konstant, während sie in der KG weiterhin leicht sanken. Insgesamt zeigte sich ein zueinander paralleler Kostenverlauf zwischen beiden Gruppen, wobei die IG durchgehend günstiger war. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 23,70 € nicht signifikant schwächer (vgl.

Tabelle 116).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 10,40 €; KG: 10,99 €; vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an (IG: 208,53 €; KG: 433,71 €). Insgesamt fiel der Kostenanstieg in der IG relativ zur KG weniger stark aus.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 8,70 €; KG: 10,76 €; vgl. Tabelle 118,

Tabelle 119 und Abbildung 69). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an (IG: 190,94 €; KG: 420,66 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 227,67 € signifikant schwächer (vgl.

Tabelle 119). Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des ersten Jahres (IG: 79,21 €; KG: 224,62 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 185,86 € signifikant schwächer (vgl.

Tabelle 119).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 6,36 €; KG: 11,48 €; vgl. Tabelle 120 und Abbildung 70). Im Präzeitraum stiegen die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 174,09 €; KG: 424,54 €). Der Anstieg fiel in der IG (relativ zur KG) weniger stark aus. Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des ersten Jahres und blieben bis zum dritten Jahr in etwa konstant.

Bei den klinikbekannten Patienten hatte die IG im Präzeitraum geringere Kosten als die KG (IG: 260,09 €; KG: 423,24 €; vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen (IG: 418,29 €; KG: 643,84 €). Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau zwischen Präzeitraum und erstem Jahr und blieben bis zum dritten Jahr in etwa konstant.

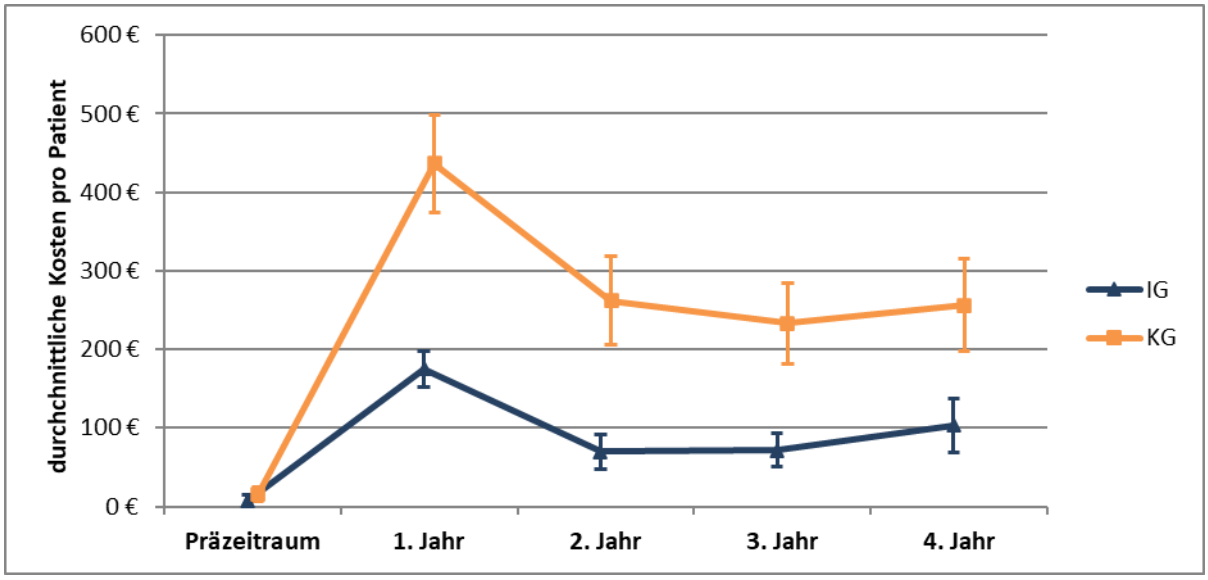
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	<10	315	69	64	60	16	305	140	118	113
durchschnittliche Kosten	**7,36 €**	**175,07 €**	**70,12 €**	**71,75 €**	**103,02 €**	**15,64 €**	**436,33 €**	**261,90 €**	**232,95 €**	**255,85 €**
Standardabweichung	88,20 €	287,74 €	277,59 €	264,41 €	414,05 €	113,56 €	791,86 €	698,20 €	625,25 €	711,10 €
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 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	540,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.755,35 €	4.351,72 €	3.880,19 €	2.772,45 €	4.087,50 €	1.436,58 €	5.427,96 €	5.488,74 €	6.084,27 €	7.383,88 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	298	374	242	225	201	293	353	275	250	217
durchschnittliche Kosten	**291,93 €**	**440,94 €**	**322,09 €**	**338,75 €**	**314,11 €**	**462,57 €**	**670,50 €**	**561,47 €**	**497,27 €**	**461,48 €**
Standardabweichung	303,40 €	391,34 €	394,62 €	452,08 €	454,48 €	614,20 €	722,34 €	708,35 €	656,23 €	664,50 €
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	190,29 €	380,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	236,70 €	527,44 €	264,58 €	161,92 €	0,00 €
75%-Perzentil	563,81 €	761,16 €	771,14 €	820,44 €	701,79 €	741,16 €	1.048,04 €	913,83 €	918,42 €	871,53 €
Maximum	1.119,11 €	3.016,71 €	2.074,78 €	2.420,42 €	2.451,73 €	3.479,10 €	3.747,64 €	3.109,80 €	4.674,14 €	5.107,47 €

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

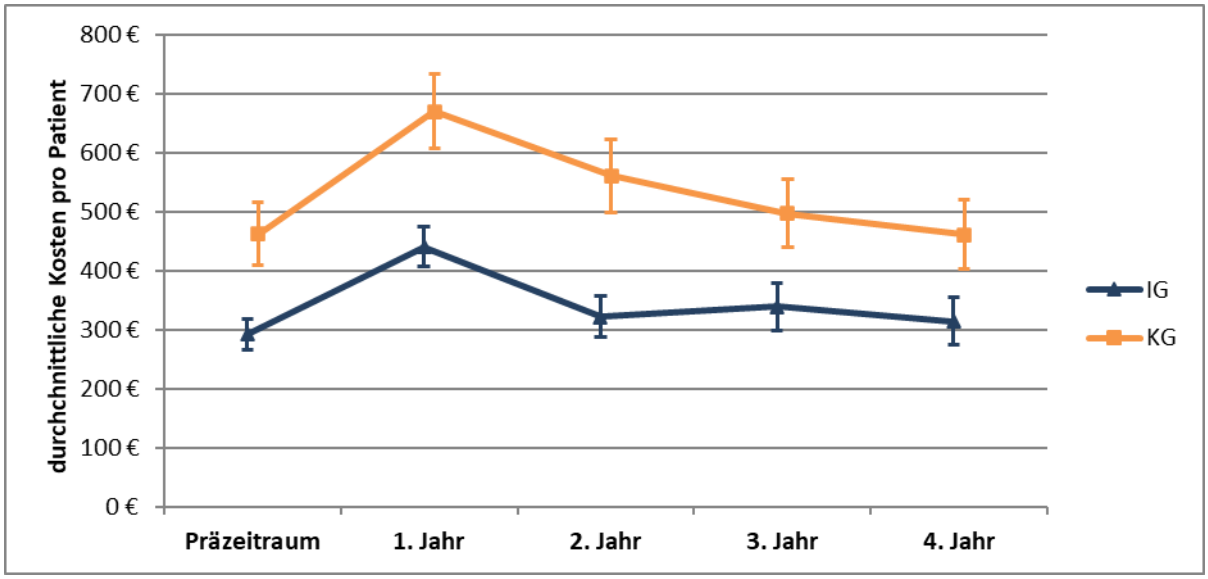


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	15,64 €	0,001	15,64 €	0,001	-44,28 €	0,267
IG (vs. KG)	-8,28 €	0,151	-8,28 €	0,152	3,91 €	0,481
Post (vs. Prä)	283,56 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-185,15 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			420,69 €	0,000	402,29 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			246,26 €	0,000	225,27 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			217,31 €	0,000	194,12 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			240,20 €	0,000	215,25 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-252,98 €	0,000	-263,78 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-183,51 €	0,000	-193,63 €	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			-152,92 €	0,000	-162,83 €	0,000
IG x Jahr 4 (DiD)			-144,55 €	0,000	-154,41 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					54,84 €	0,084
Alter (48-64 J. vs. U30)					36,22 €	0,231
Alter (Ü64 vs. U30)					-36,95 €	0,203
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					35,14 €	0,118
F 00 (Demenz)					-31,54 €	0,527
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-39,74 €	0,469
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-157,33 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-35,05 €	0,352
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-50,06 €	0,239
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-43,46 €	0,202
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					77,67 €	0,054
F 30-39 (Affektive Störungen)					51,86 €	0,146
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					57,30 €	0,164
F 45 (Somatoforme Störungen)					25,36 €	0,471
F 40-48 (ohne F43 und F45)					134,47 €	0,090
F 50 (Essstörungen)					74,67 €	0,486
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					127,06 €	0,224
F 70-79 (Intelligenzstörung)					32,76 €	0,587
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					120,84 €	0,214
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					38,20 €	0,707
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,22 €	0,165
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-16,32 €	0,796
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					592,80 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-41,65 €	0,000
R^2		0,052		0,065		0,094

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

Tabelle 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	462,57 €	0,000	462,57 €	0,000	500,02 €	0,000
IG (vs. KG)	-170,65 €	0,000	-170,65 €	0,000	-140,59 €	0,000
Post (vs. Prä)	87,04 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-23,70 €	0,381				
1. Jahr (vs. Prä)			207,92 €	0,000	64,40 €	0,464
2. Jahr (vs. Prä)			98,90 €	0,000	-45,27 €	0,604
3. Jahr (vs. Prä)			34,70 €	0,204	-111,49 €	0,215
4. Jahr (vs. Prä)			-1,09 €	0,970	-147,60 €	0,104
IG x Jahr 1 (DiD)			-58,91 €	0,031	-82,66 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			-68,73 €	0,022	-92,88 €	0,004
IG x Jahr 3 (DiD)			12,13 €	0,715	-10,45 €	0,760
IG x Jahr 4 (DiD)			23,27 €	0,511	1,35 €	0,969
Alter (30-47 J. vs. U30)					15,47 €	0,751
Alter (48-64 J. vs. U30)					56,38 €	0,263
Alter (Ü64 vs. U30)					96,22 €	0,105
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-56,29 €	0,040
F 00 (Demenz)					-179,92 €	0,023
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-244,12 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					49,75 €	0,412
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-293,03 €	0,000
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					88,08 €	0,606
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-132,05 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					257,77 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					32,92 €	0,426
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1,81 €	0,967
F 45 (Somatoforme Störungen)					-35,37 €	0,536
F 40-48 (ohne F43 und F45)					119,17 €	0,408
F 50 (Essstörungen)					316,33 €	0,180
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					96,61 €	0,093
F 70-79 (Intelligenzstörung)					399,41 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					172,99 €	0,410
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-141,38 €	0,590
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-73,77 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-32,27 €	0,267
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					522,30 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-442,01 €	0,000
R^2		0,031		0,042		0,221

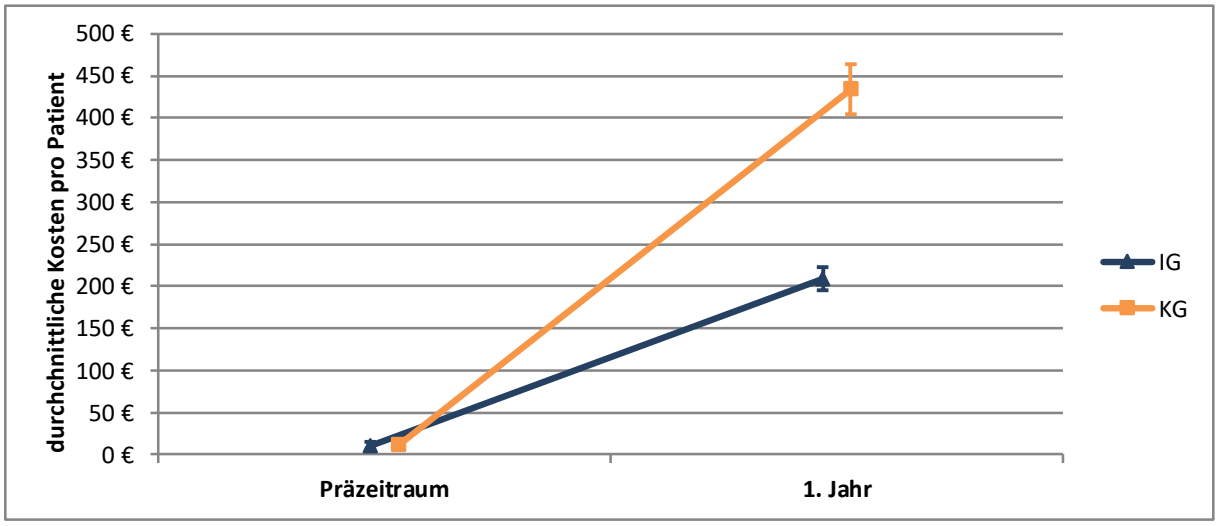
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	44	1.358	50	1.277
durchschnittliche Kosten	**10,40 €**	**208,53 €**	**10,99 €**	**433,71 €**
Standardabweichung	105,05 €	348,55 €	92,96 €	735,78 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	190,29 €	0,00 €	175,78 €
75%-Perzentil	0,00 €	208,93 €	0,00 €	560,12 €
Maximum	2.913,55 €	7.767,86 €	1.436,58 €	6.180,83 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	30	996	236	38	943	395
durchschnittliche Kosten	**8,70 €**	**190,94 €**	**79,21 €**	**10,76 €**	**420,66 €**	**224,62 €**
Standardabweichung	83,13 €	279,74 €	275,41 €	89,25 €	722,28 €	610,62 €
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 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	175,17 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	208,93 €	0,00 €	0,00 €	541,05 €	0,00 €
Maximum	1.755,35 €	4.351,72 €	3.880,19 €	1.436,58 €	5.427,96 €	5.488,74 €

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

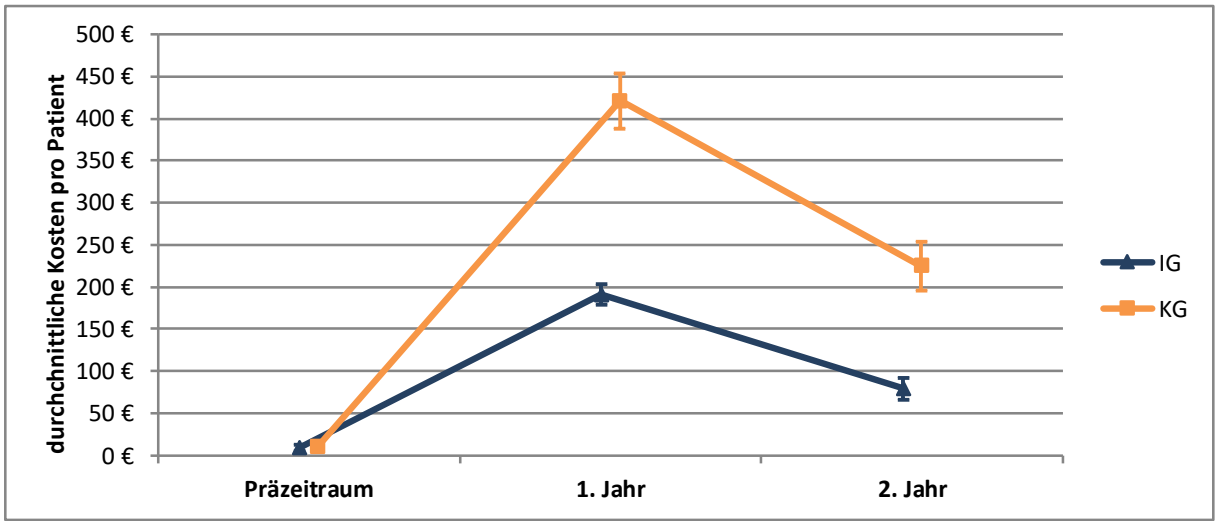


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	10,76 €	0,000	10,76 €	0,000	18,21 €	0,337
IG (vs. KG)	-2,05 €	0,473	-2,05 €	0,473	4,04 €	0,150
Post (vs. Prä)	313,31 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-185,86 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			409,90 €	0,000	399,51 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			213,86 €	0,000	201,31 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-227,67 €	0,000	-231,69 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-143,36 €	0,000	-147,50 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					32,24 €	0,046
Alter (48-64 J. vs. U30)					6,93 €	0,660
Alter (Ü64 vs. U30)					-64,23 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					12,55 €	0,242
F 00 (Demenz)					-16,62 €	0,550
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-46,91 €	0,087
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-74,10 €	0,064
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-45,55 €	0,019
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-40,35 €	0,140
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-106,26 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					15,85 €	0,428
F 30-39 (Affektive Störungen)					23,80 €	0,101
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					34,36 €	0,066
F 45 (Somatoforme Störungen)					19,29 €	0,268
F 40-48 (ohne F43 und F45)					49,80 €	0,190
F 50 (Essstörungen)					-23,18 €	0,531
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					23,19 €	0,479
F 70-79 (Intelligenzstörung)					21,25 €	0,579
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-12,17 €	0,869
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					87,36 €	0,066
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,74 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,43 €	0,868
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					495,41 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-27,54 €	0,000
R^2		0,085		0,106		0,138

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

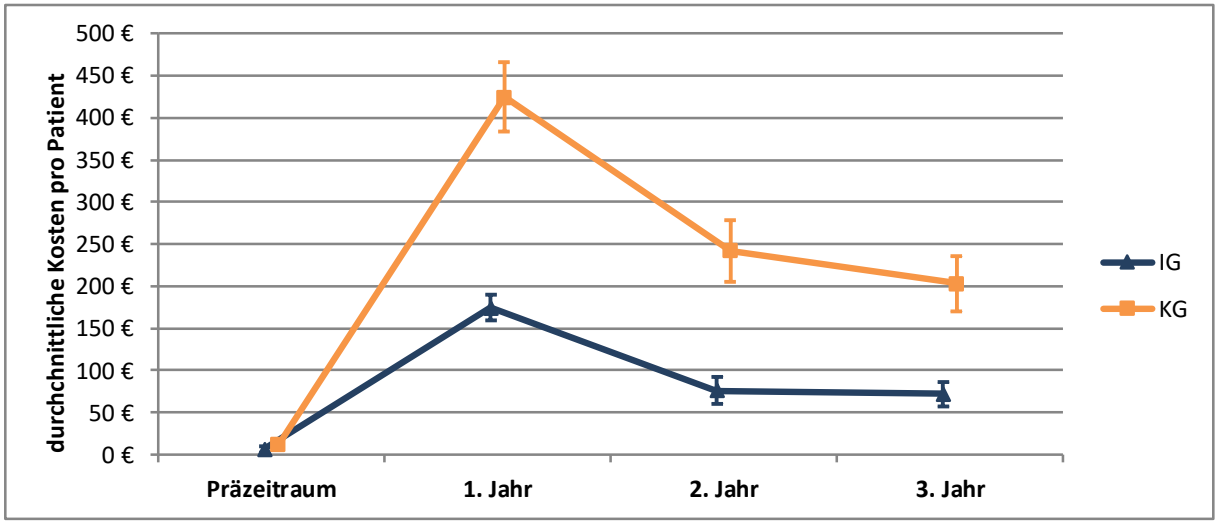
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	17	651	149	134	25	638	278	219
durchschnittliche Kosten	**6,36 €**	**174,09 €**	**75,92 €**	**71,72 €**	**11,48 €**	**424,54 €**	**241,92 €**	**203,03 €**
Standardabweichung	70,71 €	271,59 €	276,81 €	263,82 €	96,33 €	737,65 €	642,31 €	576,86 €
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 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	162,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	195,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	541,05 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.755,35 €	4.351,72 €	3.880,19 €	2.772,45 €	1.436,58 €	5.427,96 €	5.488,74 €	6.084,27 €

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

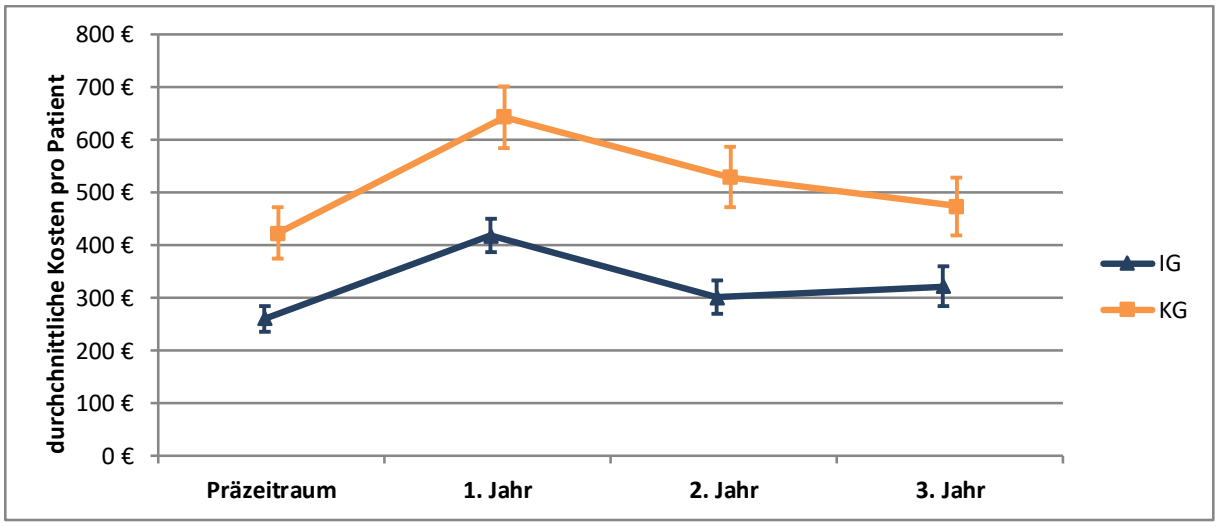


Klinikbekannte Patienten

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	307	414	261	248	304	392	301	270
durchschnittliche Kosten	**260,09 €**	**418,29 €**	**300,96 €**	**321,76 €**	**423,24 €**	**643,84 €**	**529,34 €**	**474,05 €**
Standardabweichung	299,02 €	388,34 €	388,27 €	456,46 €	605,40 €	720,18 €	693,96 €	657,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	186,76 €	380,58 €	0,00 €	0,00 €	161,31 €	458,16 €	182,77 €	0,00 €
75%-Perzentil	563,81 €	761,16 €	611,51 €	756,89 €	690,77 €	1.037,01 €	863,09 €	871,10 €
Maximum	1.119,11 €	3.016,71 €	2.074,78 €	2.700,00 €	3.479,10 €	3.747,64 €	3.109,80 €	4.674,14 €

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 (< 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.

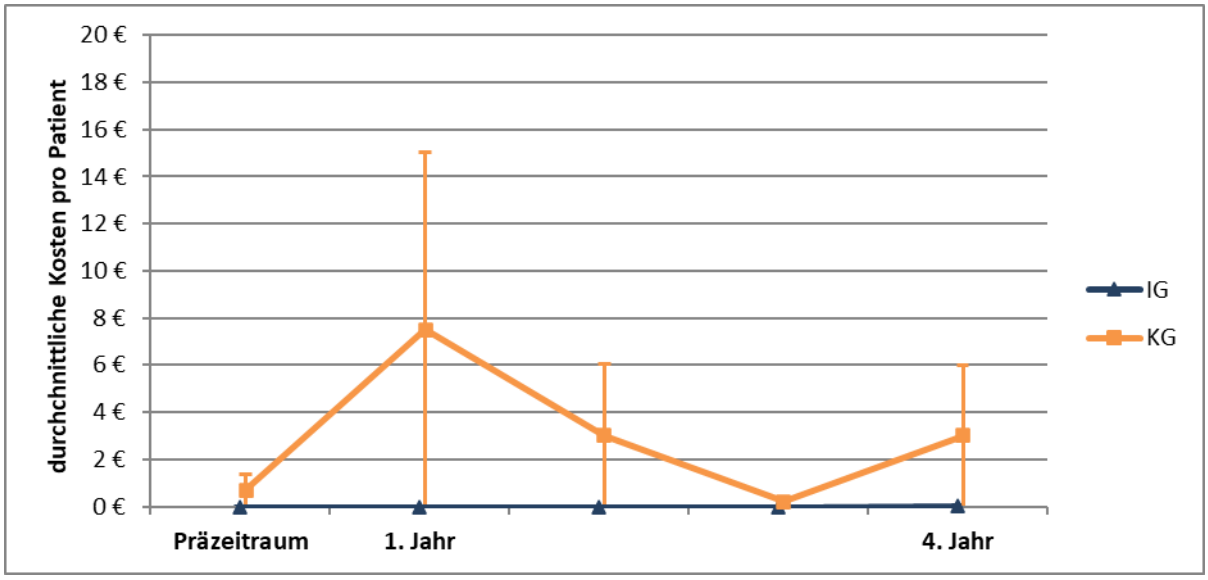
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,02 €**	**0,69 €**	**7,50 €**	**3,01 €**	**0,19 €**	**3,01 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,53 €	17,13 €	131,96 €	62,66 €	4,61 €	71,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12,64 €	426,17 €	2.410,75 €	1.501,76 €	110,82 €	1.690,23 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**3,50 €**	**5,07 €**	**2,87 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,13 €**	**0,00 €**	**0,74 €**	**0,00 €**
Standardabweichung	0,00 €	67,58 €	113,51 €	63,52 €	0,00 €	0,00 €	2,89 €	0,00 €	16,46 €	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 €	1.508,46 €	2.540,63 €	1.406,11 €	0,00 €	0,00 €	65,37 €	0,00 €	364,78 €	0,00 €

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

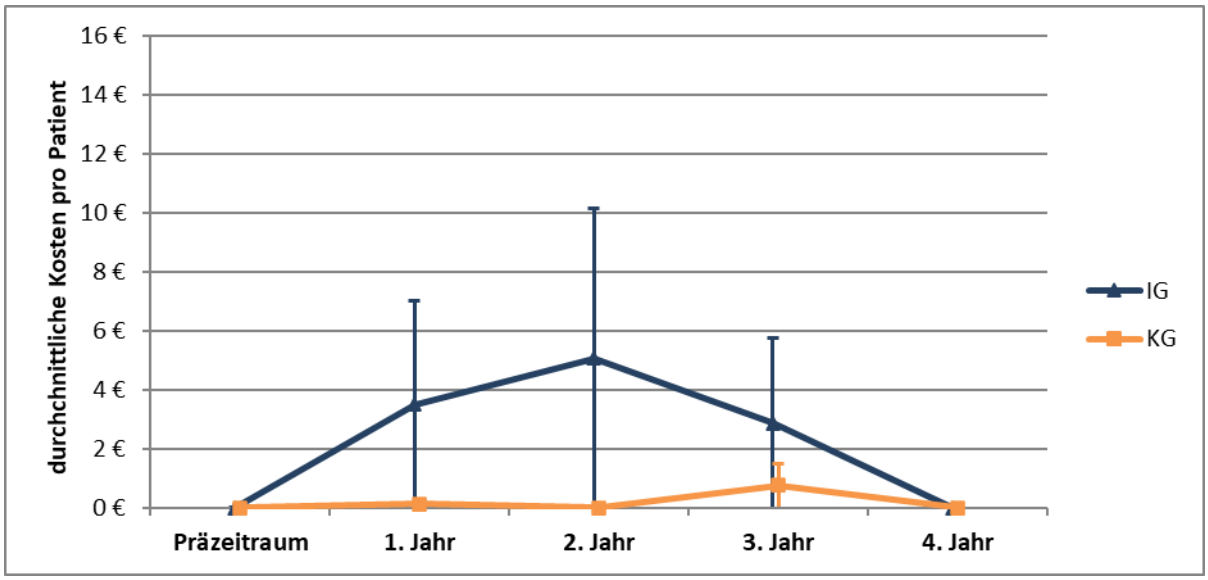


Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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

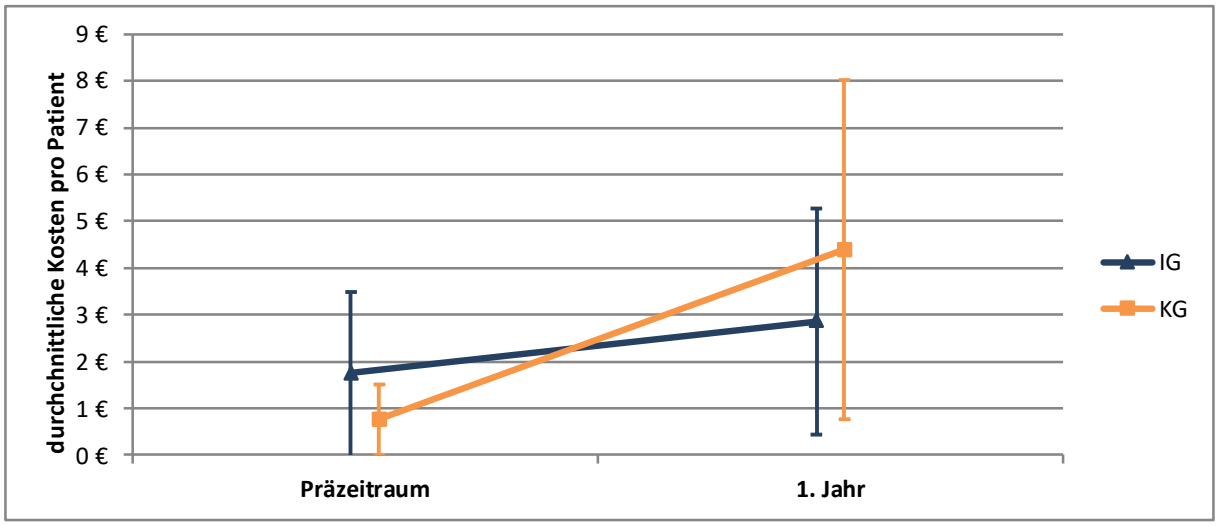
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**1,74 €**	**2,86 €**	**0,76 €**	**4,38 €**
Standardabweichung	66,62 €	60,77 €	19,11 €	91,12 €
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	3.143,16 €	1.544,91 €	601,24 €	2.410,75 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**2,27 €**	**2,43 €**	**1,83 €**	**0,57 €**	**3,89 €**	**5,08 €**
Standardabweichung	76,75 €	59,96 €	49,27 €	16,32 €	89,03 €	120,68 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.143,16 €	1.544,91 €	1.542,41 €	545,37 €	2.410,75 €	3.883,96 €

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

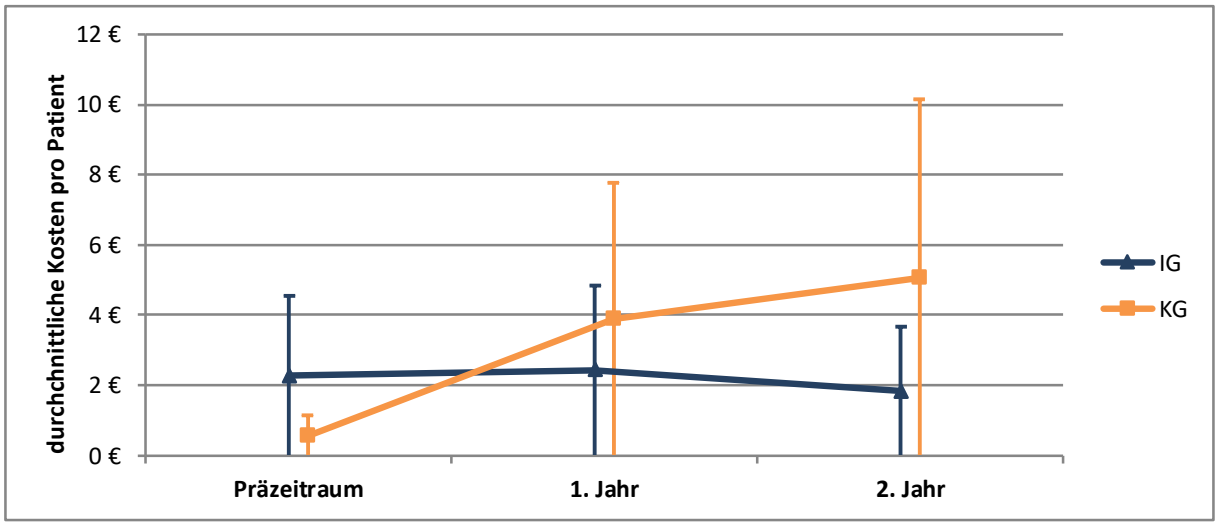


Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

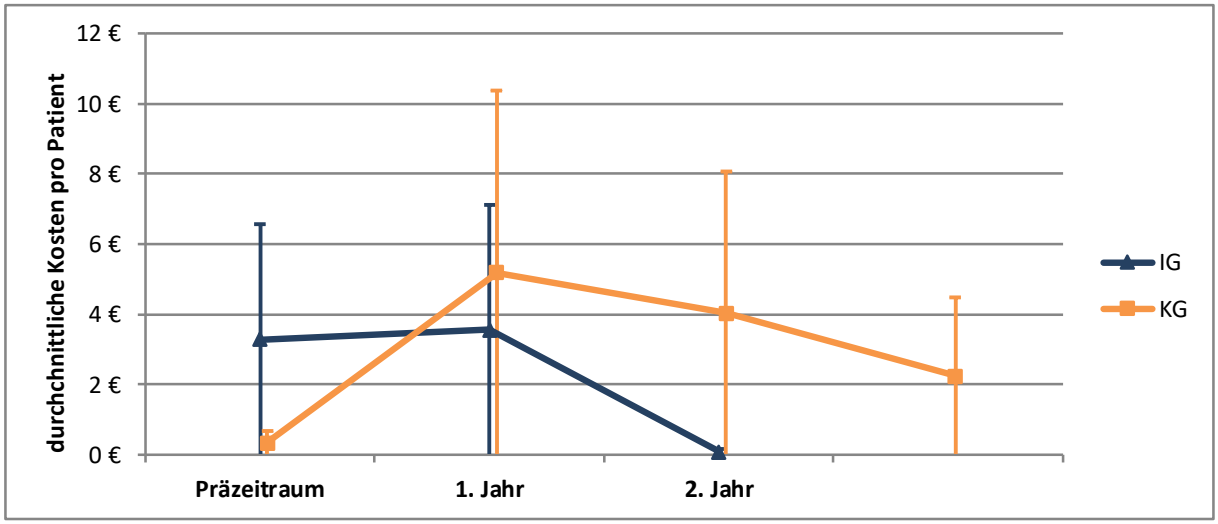
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**3,28 €**	**3,56 €**	**0,08 €**	**0,00 €**	**0,34 €**	**5,19 €**	**4,04 €**	**2,24 €**
Standardabweichung	92,95 €	72,63 €	2,78 €	0,00 €	12,11 €	106,25 €	93,76 €	73,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.143,16 €	1.544,91 €	96,46 €	0,00 €	426,17 €	2.410,75 €	2.863,21 €	2.514,36 €

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

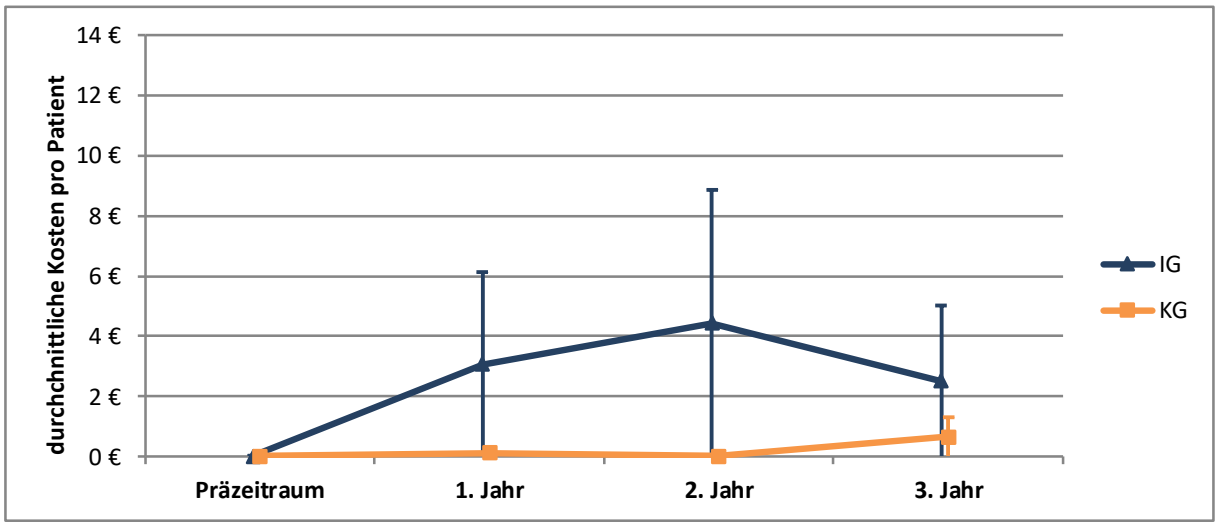


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**3,07 €**	**4,43 €**	**2,51 €**	**0,00 €**	**0,11 €**	**0,00 €**	**0,65 €**
Standardabweichung	0,00 €	63,32 €	106,14 €	59,42 €	0,00 €	2,70 €	0,00 €	15,43 €
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 €	1.508,46 €	2.540,63 €	1.406,11 €	0,00 €	65,37 €	0,00 €	364,78 €

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** in IG und KG im Präzeitraum gleich hoch (IG: 182,64 €; KG: 184,29 €; vgl. Tabelle 131,

Tabelle 133 und Abbildung 78). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an (IG: 394,07 €: KG: 259,50 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 136,22 € signifikant stärker (vgl.

Tabelle 133). In der IG sanken die Kosten bis zum vierten Jahr, während sie in der KG in etwa konstant blieben. Im vierten Jahr wiesen IG und KG wieder gleich hohe Kosten auf (IG: 225,83 €; KG: 222,23 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 85,55 € signifikant stärker (vgl.

Tabelle 133).

Bei den klinikbekannten Patienten wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 200,76 €; KG: 172,09 €; vgl. Tabelle 132,

Tabelle 134 und Abbildung 79). In der IG stiegen die Kosten bis zum dritten Jahr an, um im vierten Jahr erneut leicht abzufallen. In der KG verliefen die Kosten bis zum vierten Jahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 57,02 € signifikant stärker (vgl.

Tabelle 134).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten der IG im Präzeitraum etwas über denen der KG (IG: 255,38 €; KG: 211,67 €; vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 440,59 €; KG: 313,41 €). Insgesamt fiel der Kostenanstieg in der IG (relativ zur KG) stärker aus.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum leicht höhere Kosten als die KG (IG: 242,50 €; KG: 206,74 €; vgl. Tabelle 136,

Tabelle 137 und Abbildung 81). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 448,25 €; KG: 315,91 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 96,58 € signifikant stärker (vgl.

Tabelle 137). Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen leicht (IG: 3922,96 €; KG: 257,22 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 98,38 € signifikant schwächer (vgl.

Tabelle 137).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum etwa gleich hohe Kosten auf (IG: 217,50 €; KG 189,86 €; vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an (IG 426,36 €; KG: 292,88 €). Vom zweiten zum dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen weiter auf ein Niveau zwischen Präzeitraum und erstem Jahr.

Bei den klinikbekannten Patienten lagen die Kosten der IG und KG im Präzeitraum in etwa auf gleicher Höhe (IG: 215,99 €; KG: 195,17 €; vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83). In der IG stiegen die Kosten im Zeitverlauf zum dritten Jahr stetig an, während sie in der KG konstant blieben.

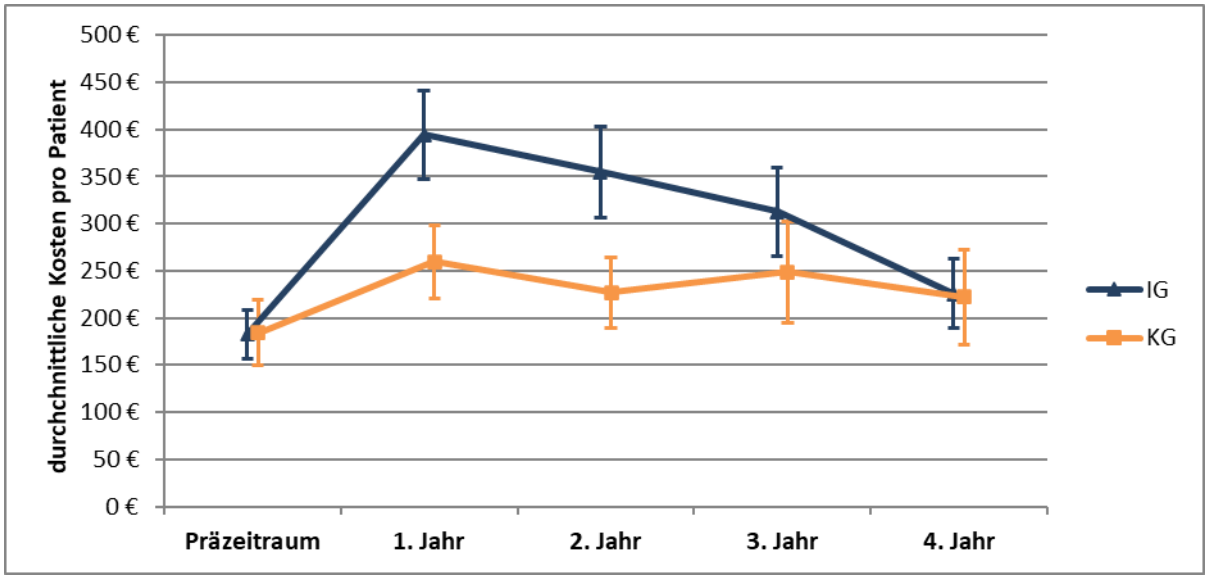
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	560	591	536	509	505	523	551	488	460	434
durchschnittliche Kosten	**182,64 €**	**394,07 €**	**354,81 €**	**312,75 €**	**225,83 €**	**184,29 €**	**259,50 €**	**226,71 €**	**248,59 €**	**222,23 €**
Standardabweichung	333,77 €	599,17 €	611,12 €	583,88 €	447,90 €	439,79 €	488,38 €	469,46 €	661,64 €	612,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	8,80 €	44,05 €	32,97 €	24,44 €	19,96 €	2,47 €	22,70 €	15,38 €	11,88 €	6,54 €
Median	63,54 €	162,55 €	123,48 €	92,80 €	66,19 €	58,74 €	98,76 €	68,54 €	59,81 €	46,42 €
75%-Perzentil	206,92 €	427,79 €	402,37 €	372,34 €	267,68 €	183,89 €	304,62 €	220,27 €	208,59 €	185,75 €
Maximum	2.270,61 €	3.376,09 €	6.038,80 €	4.286,47 €	3.886,32 €	3.884,38 €	3.448,17 €	3.771,08 €	8.698,97 €	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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	500	496	470	455	446	466	450	436	420	396
durchschnittliche Kosten	**200,76 €**	**254,69 €**	**280,69 €**	**288,37 €**	**242,24 €**	**172,09 €**	**192,41 €**	**191,66 €**	**179,84 €**	**158,23 €**
Standardabweichung	359,75 €	496,48 €	490,62 €	489,56 €	423,53 €	357,60 €	470,42 €	391,34 €	359,98 €	282,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	4,04 €	23,39 €	44,47 €	40,99 €	36,52 €	4,22 €	15,47 €	26,52 €	24,76 €	18,20 €
Median	54,52 €	70,50 €	100,46 €	100,40 €	90,45 €	48,70 €	55,35 €	68,84 €	69,42 €	64,81 €
75%-Perzentil	249,36 €	304,32 €	319,30 €	342,48 €	291,63 €	186,04 €	190,59 €	196,14 €	192,11 €	180,63 €
Maximum	2.839,87 €	4.332,67 €	3.791,79 €	3.283,72 €	4.011,11 €	3.788,25 €	6.627,71 €	3.447,54 €	4.358,78 €	2.693,87 €

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

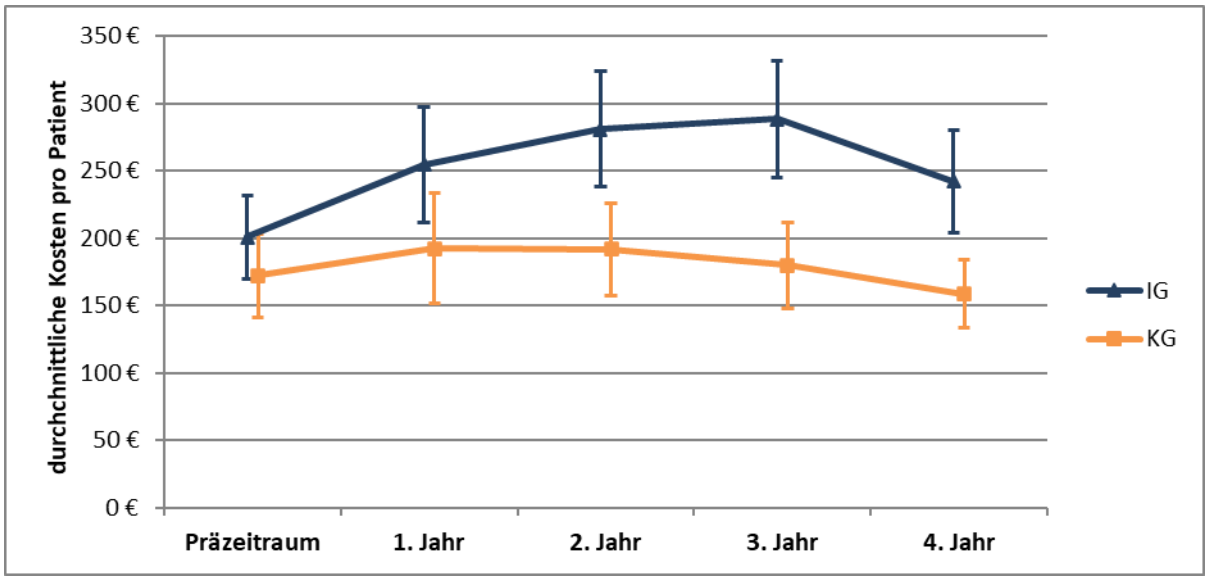


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	184,29 €	0,000	184,29 €	0,000	-78,19 €	0,160
IG (vs. KG)	-1,65 €	0,941	-1,65 €	0,941	-6,22 €	0,773
Post (vs. Prä)	55,34 €	0,003				
IG x Post (DiD)	85,55 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			75,21 €	0,000	219,24 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			42,41 €	0,039	182,60 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			64,30 €	0,019	202,03 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			37,94 €	0,162	173,45 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			136,22 €	0,000	143,25 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			129,75 €	0,000	138,22 €	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			65,81 €	0,079	74,22 €	0,049
IG x Jahr 4 (DiD)			5,25 €	0,879	13,49 €	0,695
Alter (30-47 J. vs. U30)					111,26 €	0,002
Alter (48-64 J. vs. U30)					42,29 €	0,201
Alter (Ü64 vs. U30)					-81,08 €	0,009
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					33,75 €	0,125
F 00 (Demenz)					-72,39 €	0,187
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-42,98 €	0,329
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					147,88 €	0,067
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					70,20 €	0,075
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-65,56 €	0,261
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-59,12 €	0,112
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					69,80 €	0,078
F 30-39 (Affektive Störungen)					127,08 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					70,74 €	0,155
F 45 (Somatoforme Störungen)					62,46 €	0,212
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-17,89 €	0,675
F 50 (Essstörungen)					217,61 €	0,054
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					110,69 €	0,390
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-15,14 €	0,700
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-10,06 €	0,942
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					31,02 €	0,819
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					74,01 €	0,094
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					195,82 €	0,409
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-10,62 €	0,914
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					158,70 €	0,000
R^2		0,010		0,016		0,066

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

Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	172,09 €	0,000	172,09 €	0,000	97,76 €	0,042
IG (vs. KG)	28,67 €	0,199	28,67 €	0,200	17,38 €	0,427
Post (vs. Prä)	8,78 €	0,522				
IG x Post (DiD)	57,02 €	0,010				
1. Jahr (vs. Prä)			20,32 €	0,279	90,46 €	0,004
2. Jahr (vs. Prä)			19,57 €	0,272	88,73 €	0,003
3. Jahr (vs. Prä)			7,75 €	0,650	75,85 €	0,008
4. Jahr (vs. Prä)			-13,86 €	0,390	53,49 €	0,062
IG x Jahr 1 (DiD)			33,61 €	0,207	39,69 €	0,149
IG x Jahr 2 (DiD)			60,36 €	0,027	66,00 €	0,019
IG x Jahr 3 (DiD)			79,86 €	0,005	85,32 €	0,003
IG x Jahr 4 (DiD)			55,34 €	0,038	61,48 €	0,021
Alter (30-47 J. vs. U30)					27,43 €	0,535
Alter (48-64 J. vs. U30)					-17,50 €	0,680
Alter (Ü64 vs. U30)					-74,19 €	0,083
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					46,49 €	0,032
F 00 (Demenz)					116,16 €	0,009
F 01 (Vaskuläre Demenz)					140,78 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-34,95 €	0,406
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					99,25 €	0,279
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-13,55 €	0,815
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-59,91 €	0,062
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-15,20 €	0,653
F 30-39 (Affektive Störungen)					15,86 €	0,655
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					126,74 €	0,033
F 45 (Somatoforme Störungen)					-18,31 €	0,698
F 40-48 (ohne F43 und F45)					57,43 €	0,603
F 50 (Essstörungen)					-0,77 €	0,995
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					108,04 €	0,100
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-104,16 €	0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-38,15 €	0,721
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					615,44 €	0,256
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					82,24 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21,60 €	0,550
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-124,87 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					107,54 €	0,000
R^2		0,010		0,011		0,061

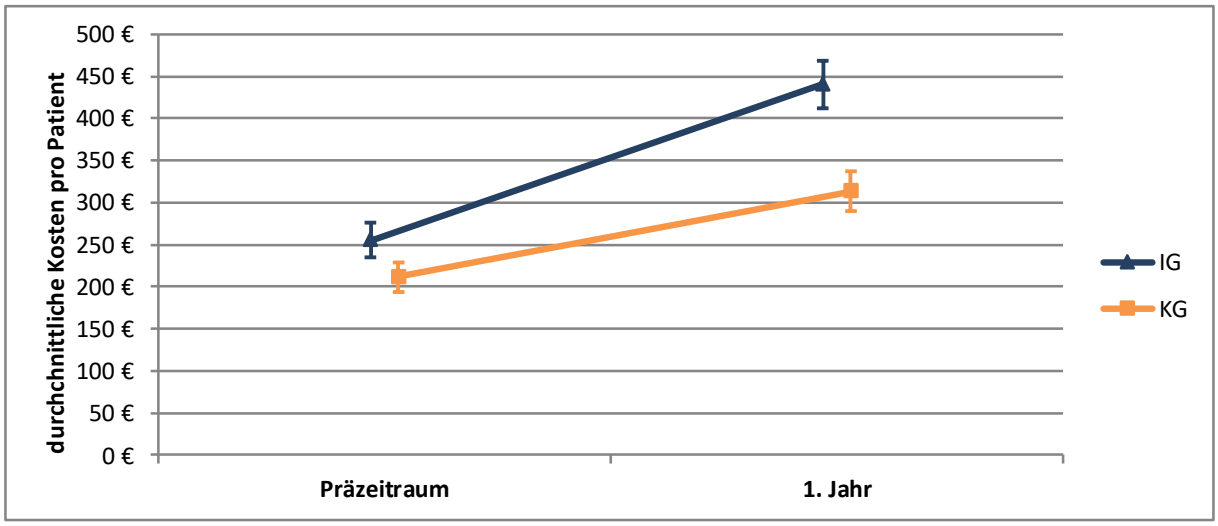
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	2.201	2.276	2.096	2.184
durchschnittliche Kosten	**255,38 €**	**440,59 €**	**211,67 €**	**313,41 €**
Standardabweichung	534,21 €	706,46 €	442,96 €	585,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,72 €	47,59 €	16,27 €	29,06 €
Median	88,76 €	171,02 €	71,55 €	109,90 €
75%-Perzentil	269,87 €	450,83 €	211,81 €	307,41 €
Maximum	9.824,62 €	6.939,28 €	5.635,36 €	5.031,68 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	1.660	1.718	1.548	1.555	1.641	1.437
durchschnittliche Kosten	**242,50 €**	**448,25 €**	**392,96 €**	**206,74 €**	**315,91 €**	**257,22 €**
Standardabweichung	504,74 €	701,66 €	759,87 €	438,41 €	587,22 €	548,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,69 €	48,42 €	28,15 €	15,52 €	29,79 €	15,34 €
Median	85,42 €	186,11 €	113,75 €	70,43 €	110,74 €	64,90 €
75%-Perzentil	264,87 €	467,77 €	408,36 €	214,15 €	323,76 €	233,02 €
Maximum	9.824,62 €	6.939,28 €	11.353,18 €	5.635,36 €	5.031,68 €	4.704,34 €

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

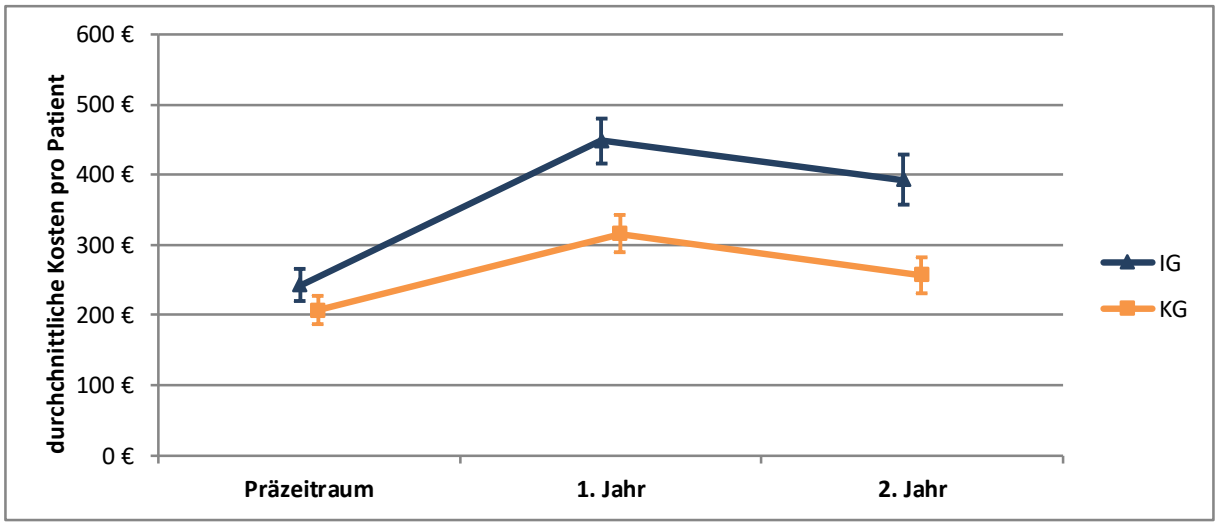


Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	206,74 €	0,000	206,74 €	0,000	-91,10 €	0,003
IG (vs. KG)	35,76 €	0,022	35,76 €	0,022	31,18 €	0,041
Post (vs. Prä)	80,25 €	0,000				
IG x Post (DiD)	98,38 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			109,17 €	0,000	279,05 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			50,48 €	0,001	216,56 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			96,58 €	0,000	103,65 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			99,98 €	0,000	106,68 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					117,50 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					90,12 €	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					-76,57 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					48,95 €	0,002
F 00 (Demenz)					32,40 €	0,307
F 01 (Vaskuläre Demenz)					10,69 €	0,747
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-60,20 €	0,449
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					29,34 €	0,287
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-54,17 €	0,187
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-123,11 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					34,74 €	0,161
F 30-39 (Affektive Störungen)					128,73 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					126,27 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					-9,85 €	0,677
F 40-48 (ohne F43 und F45)					20,62 €	0,599
F 50 (Essstörungen)					96,36 €	0,231
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					205,14 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-59,58 €	0,020
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					29,59 €	0,708
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-11,64 €	0,903
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					127,73 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					94,06 €	0,580
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					135,37 €	0,153
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					180,21 €	0,000
R^2		0,019		0,020		0,079

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

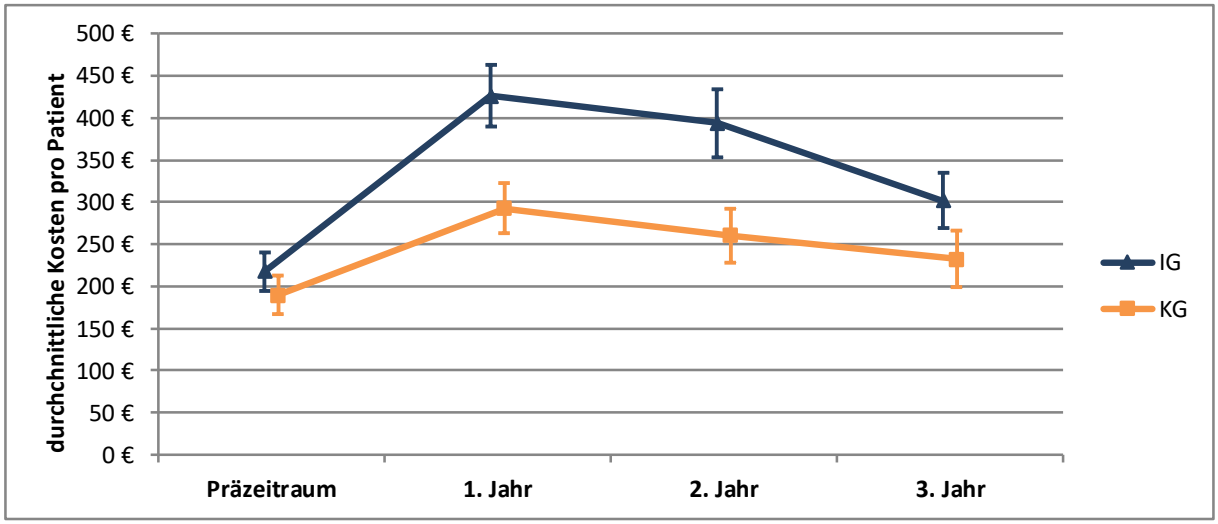
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	1.124	1.173	1.063	1.000	1.051	1.115	981	919
durchschnittliche Kosten	**217,50 €**	**426,36 €**	**393,83 €**	**301,92 €**	**189,86 €**	**292,88 €**	**260,67 €**	**232,15 €**
Standardabweichung	404,07 €	666,65 €	723,01 €	584,45 €	407,50 €	540,75 €	567,14 €	586,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,82 €	47,28 €	31,86 €	22,62 €	12,22 €	27,96 €	15,29 €	9,60 €
Median	78,05 €	181,97 €	125,56 €	89,69 €	64,24 €	107,80 €	65,93 €	54,77 €
75%-Perzentil	239,33 €	450,76 €	414,48 €	347,07 €	198,26 €	311,25 €	243,74 €	196,73 €
Maximum	3.669,72 €	6.939,28 €	8.801,03 €	5.444,68 €	3.884,38 €	4.042,54 €	4.704,34 €	8.698,97 €

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

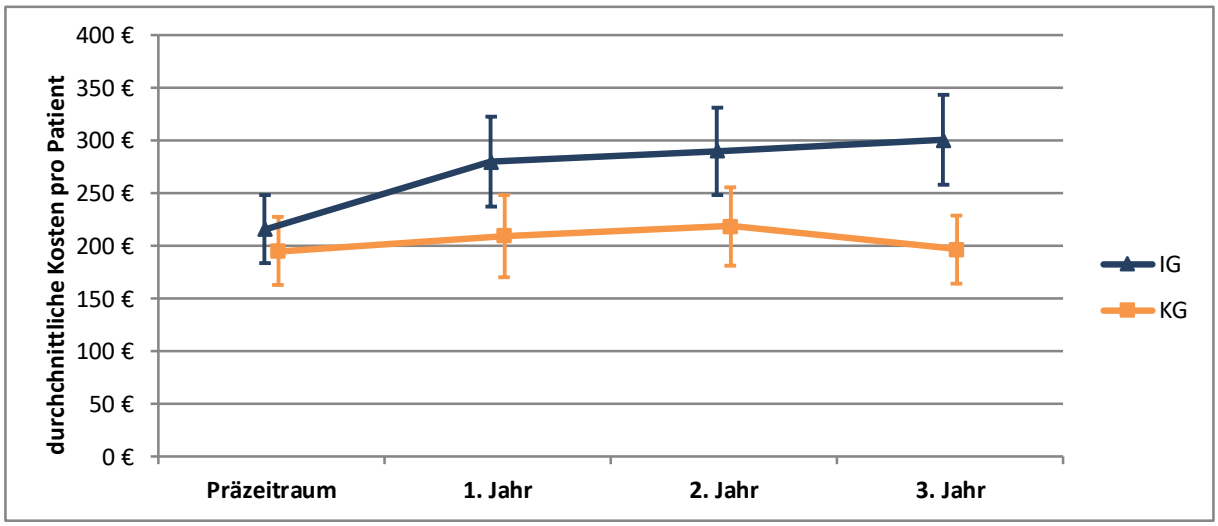


Klinikbekannte Patienten

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	570	568	539	522	535	521	502	484
durchschnittliche Kosten	**215,99 €**	**279,95 €**	**290,17 €**	**300,77 €**	**195,17 €**	**209,33 €**	**219,00 €**	**196,65 €**
Standardabweichung	394,99 €	531,64 €	508,72 €	510,29 €	401,96 €	476,15 €	456,31 €	387,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	4,65 €	27,33 €	45,60 €	41,17 €	7,13 €	17,30 €	27,96 €	26,47 €
Median	66,29 €	88,36 €	102,43 €	101,96 €	58,75 €	61,61 €	72,91 €	73,06 €
75%-Perzentil	268,44 €	320,76 €	342,02 €	347,02 €	199,48 €	214,41 €	208,17 €	208,89 €
Maximum	3.039,70 €	4.332,67 €	3.920,40 €	3.895,67 €	3.788,25 €	6.627,71 €	3.461,99 €	4.358,78 €

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



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten der Psychopharmakaversorgung** der IG im Präzeitraum höher als in der KG (IG: 242,53 €; KG: 157,89 €; vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und Abbildung 84). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 452,07 €; KG: 370,67 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 3,24 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 142). Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des ersten Jahres. In der IG blieben die Kosten bis zum vierten Jahr in etwa konstant, während sie in der KG weiter abnahmen. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 2,17 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 142).

Bei den klinikbekannten Patienten lagen im Präzeitraum die Kosten der IG oberhalb der KG (IG: 1.215,39 €, KG 832,04 €; vgl. Tabelle 141,

Tabelle 143 und Abbildung 85). Im ersten Jahr blieben die Kosten in der IG konstant, während sie in der KG leicht zunahmen (IG: 1.273,41 €; KG: 970,27 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 80,21 € nicht signifikant stärker an (vgl.

Tabelle 143). Ab dem zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten bis zum vierten Jahr. Im vierten Jahr erreichten die Kosten in beiden Gruppen ein Niveau unterhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 908,30 €; KG: 676,78 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 130,72 € nicht signifikant stärker (vgl.

Tabelle 143).

U2:Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG (IG: 208,98 €; KG: 169,25 €; vgl. Tabelle 144 und Abbildung 86). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an (IG: 333,46 €; KG: 295,75 €).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum etwas höhere Kosten als die KG (IG: 224,31 €; KG: 176,32 €; vgl. Tabelle 145,

Tabelle 146 und Abbildung 87). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an (IG 352,33 €; KG: 322,44 €). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 18,10 € nicht signifikant stärker (vgl.

Tabelle 146). Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des ersten Jahres (IG: 299,50 €; KG: 279,94 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 23,07 € nicht signifikant stärker (vgl.

Tabelle 146).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG auf (IG: 234,12 €; KG 166,26 €; vgl. Tabelle 147 und Abbildung 88). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 403,96 €; KG: 333,62 €). Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau zwischen Präzeitraum und erstem Jahr.

Bei den klinikbekannten Patienten hatte die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG (IG: 1.129,17 €; KG: 775,26 €; vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89). Während in der IG die Kosten im Zeitverlauf etwas abnahmen, blieben sie in der KG in etwa konstant.

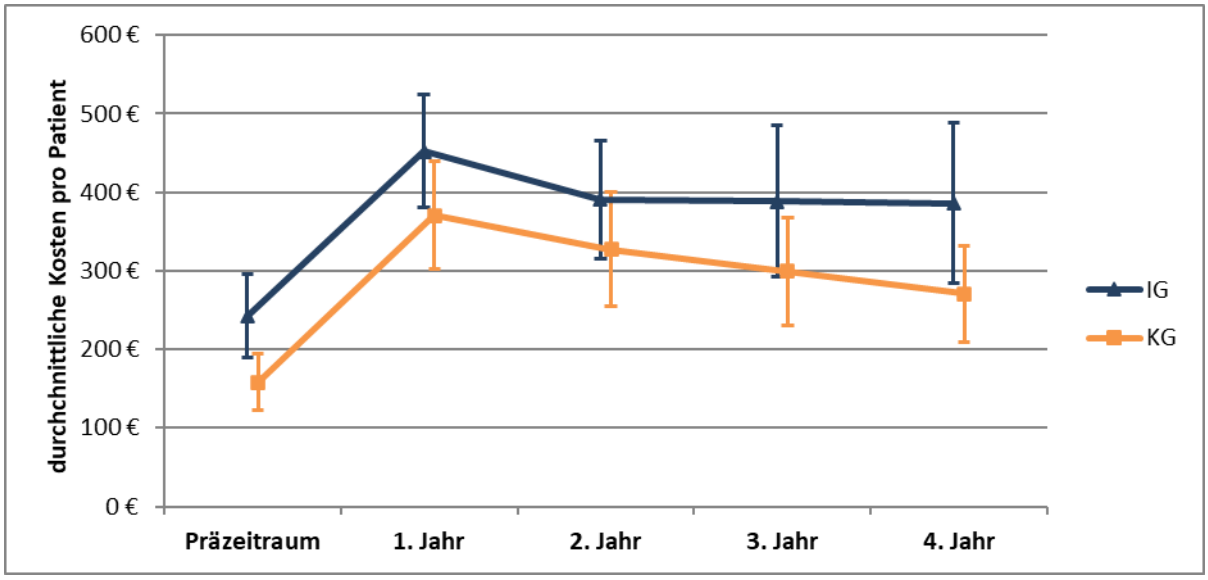
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	377	464	399	360	349	330	403	334	310	292
durchschnittliche Kosten	**242,53 €**	**452,07 €**	**390,78 €**	**388,18 €**	**386,24 €**	**157,89 €**	**370,67 €**	**326,83 €**	**299,11 €**	**270,81 €**
Standardabweichung	674,29 €	917,85 €	941,42 €	1.196,31 €	1.254,37 €	454,27 €	873,40 €	904,77 €	835,32 €	739,80 €
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	26,16 €	133,41 €	90,23 €	56,78 €	60,49 €	12,57 €	78,31 €	27,76 €	26,21 €	14,25 €
75%-Perzentil	166,25 €	437,85 €	332,12 €	294,85 €	293,97 €	95,15 €	320,98 €	235,25 €	256,38 €	245,99 €
Maximum	5.552,46 €	9.266,63 €	9.199,87 €	18.897,04 €	19.179,13 €	4.192,63 €	10.101,47 €	10.479,36 €	8.437,65 €	8.658,78 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	439	445	404	379	362	390	409	381	378	345
durchschnittliche Kosten	**1.215,39 €**	**1.273,41 €**	**1.115,92 €**	**1.011,33 €**	**908,30 €**	**832,04 €**	**970,27 €**	**870,62 €**	**785,86 €**	**676,78 €**
Standardabweichung	2.145,84 €	2.126,74 €	2.079,60 €	2.125,45 €	1.824,53 €	1.681,86 €	1.678,74 €	1.721,87 €	1.507,48 €	1.422,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	59,27 €	80,65 €	52,67 €	25,73 €	13,27 €	11,95 €	29,49 €	12,51 €	17,07 €	0,00 €
Median	333,92 €	426,21 €	318,53 €	268,02 €	255,31 €	183,85 €	312,08 €	260,47 €	272,30 €	208,00 €
75%-Perzentil	1.331,66 €	1.306,62 €	1.071,61 €	902,64 €	827,94 €	892,19 €	1.192,36 €	898,62 €	911,34 €	766,57 €
Maximum	17.685,28 €	12.784,96 €	14.986,35 €	19.860,31 €	12.721,70 €	20.150,66 €	15.132,60 €	15.129,40 €	12.692,39 €	15.260,17 €

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

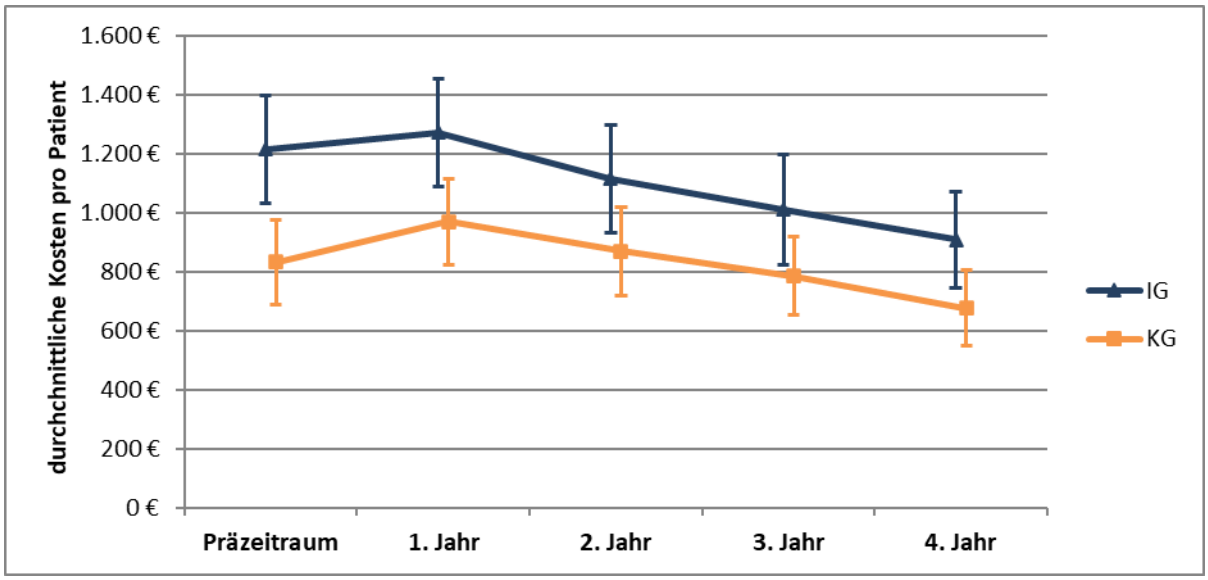


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	157,89 €	0,000	157,89 €	0,000	-186,77 €	0,009
IG (vs. KG)	84,64 €	0,009	84,64 €	0,009	76,80 €	0,014
Post (vs. Prä)	160,29 €	0,000				
IG x Post (DiD)	2,17 €	0,960				
1. Jahr (vs. Prä)			212,78 €	0,000	373,89 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			168,93 €	0,000	332,14 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			141,21 €	0,000	305,63 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			112,92 €	0,000	278,09 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-3,24 €	0,941	4,87 €	0,911
IG x Jahr 2 (DiD)			-20,69 €	0,658	-12,81 €	0,784
IG x Jahr 3 (DiD)			4,44 €	0,938	11,20 €	0,843
IG x Jahr 4 (DiD)			30,79 €	0,590	37,43 €	0,507
Alter (30-47 J. vs. U30)					102,36 €	0,041
Alter (48-64 J. vs. U30)					76,00 €	0,156
Alter (Ü64 vs. U30)					24,73 €	0,662
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-56,44 €	0,157
F 00 (Demenz)					654,91 €	0,000
F 01 (Vaskuläre Demenz)					340,61 €	0,052
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-330,95 €	0,117
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					173,82 €	0,049
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					124,46 €	0,331
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-50,04 €	0,407
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.046,08 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					67,42 €	0,138
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					44,97 €	0,274
F 45 (Somatoforme Störungen)					-90,03 €	0,026
F 40-48 (ohne F43 und F45)					54,10 €	0,423
F 50 (Essstörungen)					-5,67 €	0,951
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					222,23 €	0,093
F 70-79 (Intelligenzstörung)					419,38 €	0,016
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					67,03 €	0,743
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-41,01 €	0,713
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					36,33 €	0,483
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-27,97 €	0,836
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					111,81 €	0,319
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					183,71 €	0,000
R^2		0,007		0,009		0,161

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

Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	832,04 €	0,000	832,04 €	0,000	-407,77 €	0,134
IG (vs. KG)	383,35 €	0,001	383,35 €	0,001	384,62 €	0,001
Post (vs. Prä)	-3,42 €	0,941				
IG x Post (DiD)	-130,72 €	0,116				
1. Jahr (vs. Prä)			138,23 €	0,003	805,42 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			38,57 €	0,507	696,13 €	0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-46,18 €	0,418	601,45 €	0,005
4. Jahr (vs. Prä)			-155,27 €	0,014	486,48 €	0,027
IG x Jahr 1 (DiD)			-80,21 €	0,276	-66,70 €	0,387
IG x Jahr 2 (DiD)			-138,04 €	0,159	-122,31 €	0,227
IG x Jahr 3 (DiD)			-157,87 €	0,129	-137,48 €	0,190
IG x Jahr 4 (DiD)			-151,82 €	0,157	-127,80 €	0,239
Alter (30-47 J. vs. U30)					0,42 €	0,998
Alter (48-64 J. vs. U30)					-360,15 €	0,039
Alter (Ü64 vs. U30)					-444,87 €	0,014
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					44,41 €	0,659
F 00 (Demenz)					452,46 €	0,054
F 01 (Vaskuläre Demenz)					123,04 €	0,257
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.102,51 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					353,62 €	0,096
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					436,96 €	0,263
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					88,88 €	0,564
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.685,68 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					457,80 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					255,38 €	0,216
F 45 (Somatoforme Störungen)					-109,29 €	0,315
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-97,39 €	0,622
F 50 (Essstörungen)					37,68 €	0,786
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-154,41 €	0,162
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-214,11 €	0,390
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					443,97 €	0,122
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.302,69 €	0,189
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					128,35 €	0,301
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-397,92 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					494,01 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					387,57 €	0,077
R^2		0,006		0,010		0,185

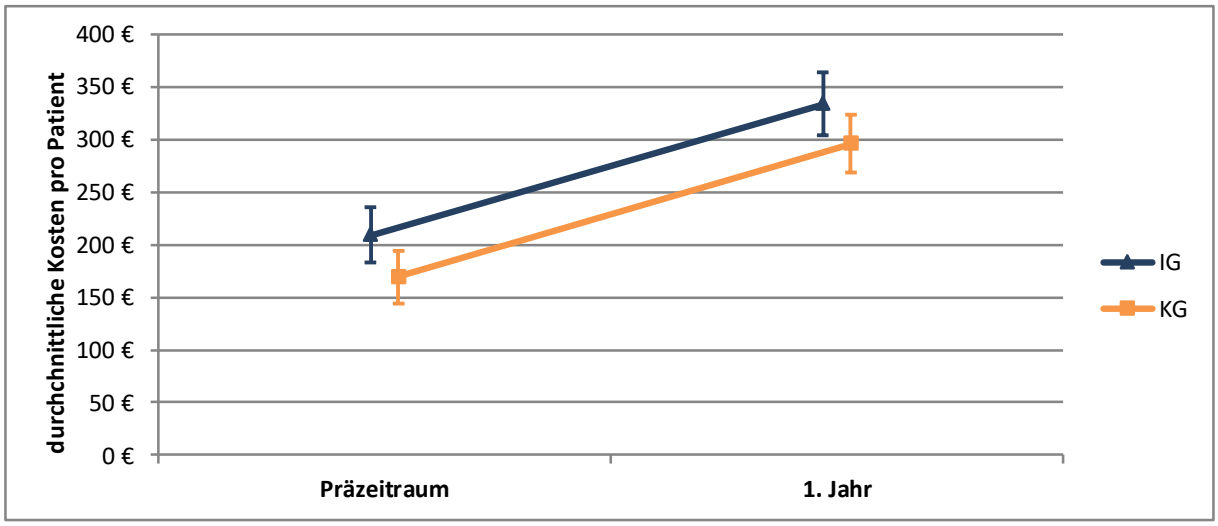
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	1.444	1.740	1.322	1.615
durchschnittliche Kosten	**208,98 €**	**333,46 €**	**169,25 €**	**295,75 €**
Standardabweichung	661,05 €	755,39 €	634,27 €	699,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	20,58 €	95,87 €	13,73 €	71,53 €
75%-Perzentil	131,72 €	315,36 €	102,31 €	285,68 €
Maximum	13.462,32 €	9.266,63 €	18.487,23 €	12.047,26 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	1.101	1.300	1.067	993	1.207	1.008
durchschnittliche Kosten	**224,31 €**	**352,33 €**	**299,50 €**	**176,32 €**	**322,44 €**	**279,94 €**
Standardabweichung	710,05 €	765,06 €	765,66 €	686,54 €	766,26 €	769,74 €
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	23,88 €	100,52 €	59,95 €	13,54 €	73,43 €	33,54 €
75%-Perzentil	133,39 €	343,35 €	265,81 €	99,31 €	297,10 €	231,74 €
Maximum	13.462,32 €	9.266,63 €	9.199,87 €	18.487,23 €	12.047,26 €	13.942,91 €

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

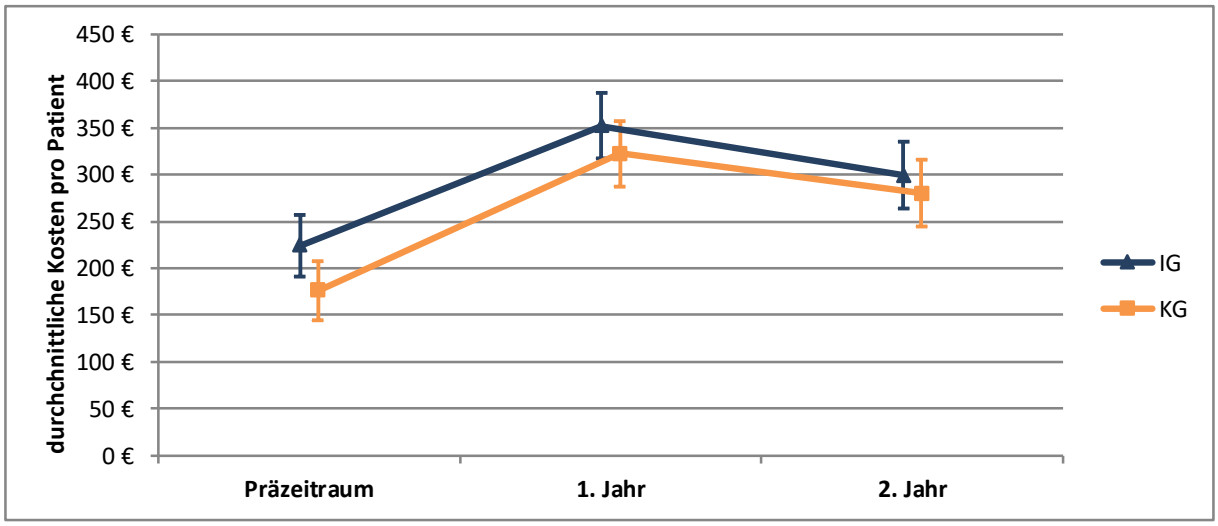


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	176,32 €	0,000	176,32 €	0,000	-121,75 €	0,001
IG (vs. KG)	47,99 €	0,038	47,99 €	0,038	38,84 €	0,078
Post (vs. Prä)	125,18 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-23,07 €	0,276				
1. Jahr (vs. Prä)			146,12 €	0,000	304,84 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			103,63 €	0,000	263,12 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-18,10 €	0,409	-11,74 €	0,594
IG x Jahr 2 (DiD)			-28,44 €	0,228	-19,12 €	0,419
Alter (30-47 J. vs. U30)					95,40 €	0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					116,71 €	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					150,75 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-58,03 €	0,012
F 00 (Demenz)					30,75 €	0,605
F 01 (Vaskuläre Demenz)					103,38 €	0,288
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-176,22 €	0,003
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					31,46 €	0,525
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					5,28 €	0,935
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-114,61 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					797,28 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					55,75 €	0,008
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					9,82 €	0,682
F 45 (Somatoforme Störungen)					-86,58 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					41,33 €	0,309
F 50 (Essstörungen)					54,03 €	0,403
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					111,88 €	0,028
F 70-79 (Intelligenzstörung)					359,48 €	0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					294,49 €	0,189
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					166,10 €	0,254
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					81,01 €	0,235
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					190,32 €	0,249
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					187,62 €	0,108
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					169,96 €	0,000
R^2		0,006		0,006		0,137

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

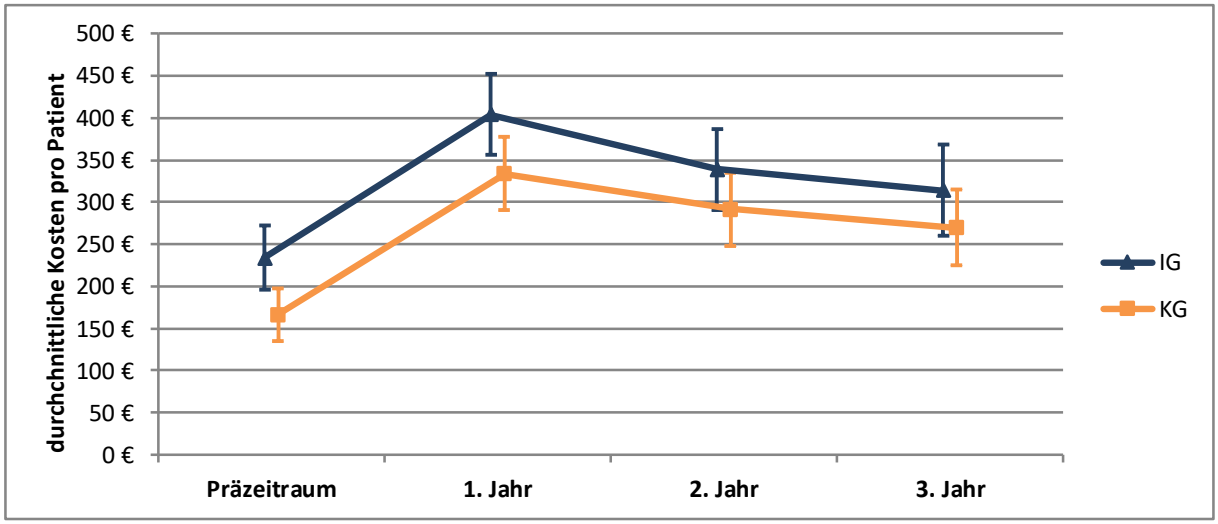
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	752	906	760	697	665	815	681	640
durchschnittliche Kosten	**234,12 €**	**403,96 €**	**338,77 €**	**314,14 €**	**166,26 €**	**333,62 €**	**291,62 €**	**269,50 €**
Standardabweichung	685,32 €	866,16 €	855,82 €	939,37 €	556,25 €	785,15 €	778,07 €	790,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	22,33 €	107,96 €	69,94 €	51,06 €	12,88 €	78,58 €	31,81 €	27,48 €
75%-Perzentil	146,03 €	388,90 €	285,44 €	270,88 €	95,15 €	306,24 €	230,71 €	232,71 €
Maximum	7.398,62 €	9.266,63 €	9.199,87 €	18.897,04 €	9.635,22 €	10.101,47 €	10.479,36 €	9.953,57 €

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

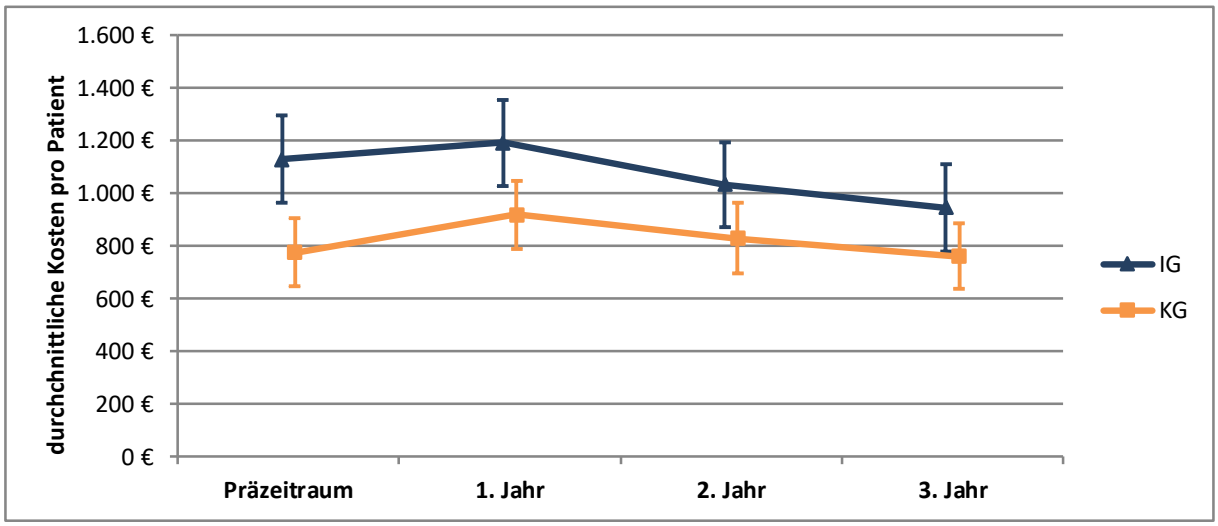


Klinikbekannte Patienten

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	489	506	458	434	440	462	428	423
durchschnittliche Kosten	**1.129,17 €**	**1.191,76 €**	**1.033,39 €**	**944,89 €**	**775,26 €**	**918,65 €**	**829,82 €**	**761,04 €**
Standardabweichung	2.047,74 €	2.040,28 €	1.978,51 €	2.026,23 €	1.595,75 €	1.607,24 €	1.654,69 €	1.489,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	45,97 €	80,18 €	48,79 €	25,23 €	5,56 €	25,12 €	0,00 €	12,89 €
Median	310,49 €	400,25 €	308,45 €	262,96 €	171,24 €	305,13 €	242,75 €	252,65 €
75%-Perzentil	1.165,01 €	1.245,12 €	987,15 €	844,18 €	808,86 €	1.094,82 €	829,42 €	843,82 €
Maximum	17.685,28 €	12.784,96 €	14.986,35 €	19.860,31 €	20.150,66 €	15.132,60 €	15.129,40 €	12.692,39 €

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: Für die klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entfällt eine Interpretation der **Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung** aufgrund der geringen Inanspruchnahme. Die deskriptiven Ergebnisse werden in Tabelle 149, Tabelle 150, Abbildung 90 und Abbildung 91 dargestellt.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum in etwa gleich hohe Kosten auf (IG: 10,34 €; KG: 14,90 €; vgl. Tabelle 153 und Abbildung 92). Im ersten Jahr blieben die Kosten in der IG konstant, während sie in der KG etwas anstiegen.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 11,17 €; KG: 11,07; vgl. Tabelle 154 und Abbildung 93). Während die Kosten in der IG konstant blieben, stiegen sie in der KG leicht an.

U4: Für die klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entfällt eine Interpretation der Kosten aufgrund der geringen Inanspruchnahme. Die deskriptiven Ergebnisse werden in Tabelle 156, Tabelle 157, Abbildung 94 und Abbildung 95 dargestellt.

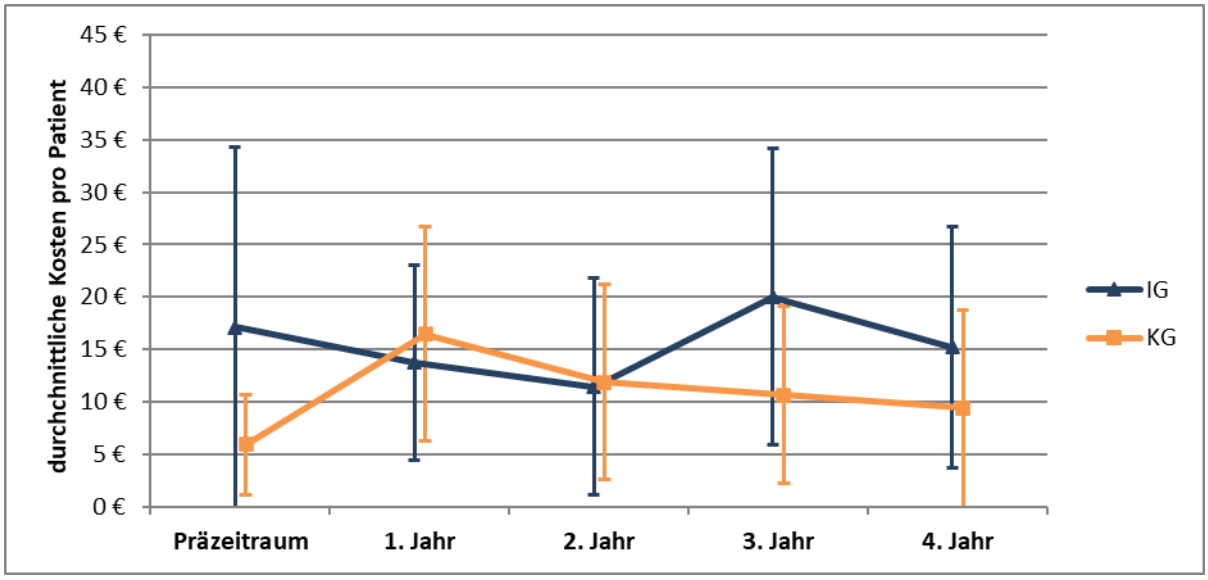
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	<10	11	<10	12	<10	10	13	11	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**17,12 €**	**13,75 €**	**11,44 €**	**20,00 €**	**15,20 €**	**5,89 €**	**16,48 €**	**11,86 €**	**10,62 €**	**9,39 €**
Standardabweichung	296,32 €	118,86 €	130,27 €	175,55 €	140,79 €	61,09 €	129,56 €	116,38 €	103,92 €	114,68 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	7.247,28 €	1.790,77 €	2.137,52 €	2.844,36 €	1.772,42 €	984,40 €	1.573,09 €	1.899,41 €	1.872,20 €	1.875,32 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	14	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**21,93 €**	**5,25 €**	**2,69 €**	**11,99 €**	**21,62 €**	**7,07 €**	**18,77 €**	**9,86 €**	**19,16 €**	**32,79 €**
Standardabweichung	370,82 €	63,05 €	57,34 €	131,77 €	247,88 €	78,77 €	137,78 €	107,58 €	224,22 €	286,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	8.339,52 €	941,36 €	1.281,82 €	2.357,11 €	4.431,10 €	1.592,53 €	1.441,51 €	1.405,25 €	4.320,35 €	4.315,30 €

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

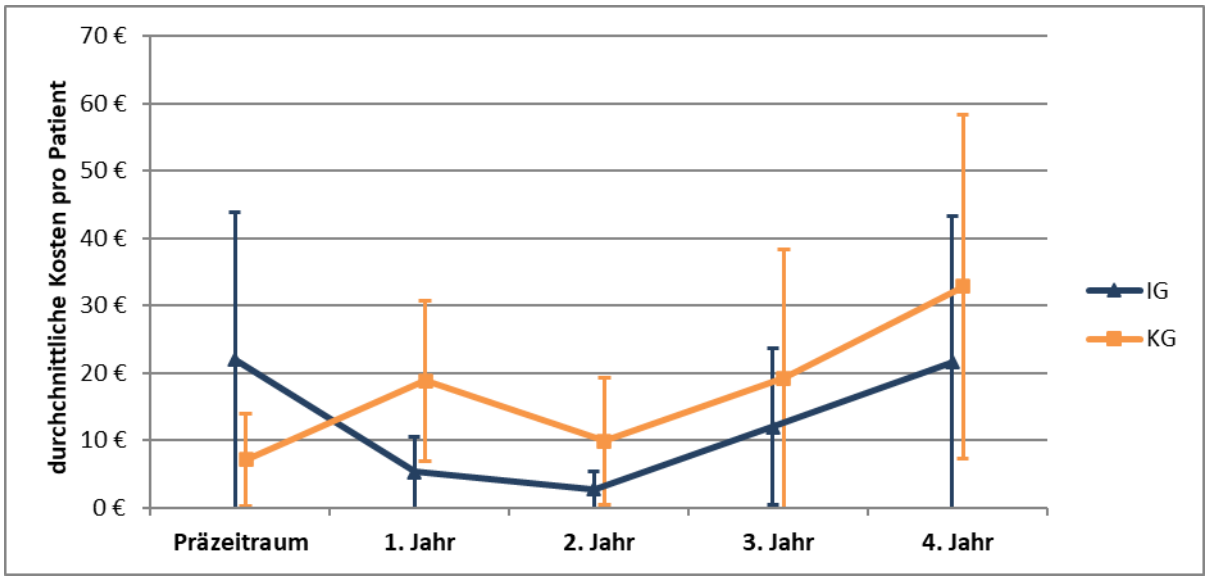


Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

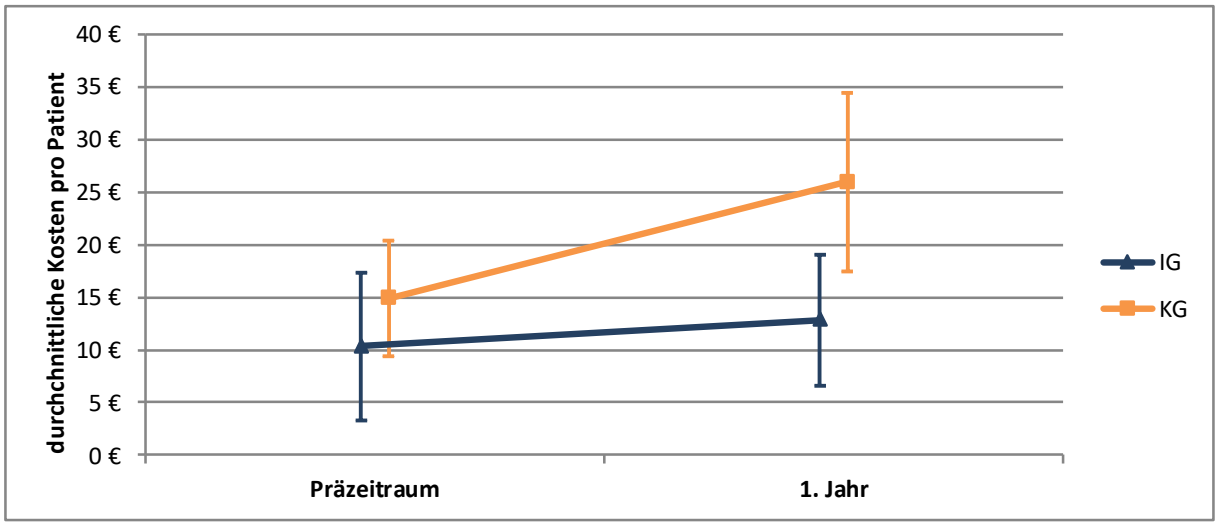
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	27	34	54	71
durchschnittliche Kosten	**10,34 €**	**12,82 €**	**14,90 €**	**25,94 €**
Standardabweichung	175,85 €	155,74 €	138,28 €	212,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	7.247,28 €	4.894,59 €	2.330,71 €	4.848,42 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	23	26	19	36	55	42
durchschnittliche Kosten	**11,17 €**	**12,37 €**	**12,91 €**	**11,07 €**	**26,69 €**	**23,29 €**
Standardabweichung	194,74 €	131,81 €	157,82 €	109,74 €	199,63 €	207,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	7.247,28 €	3.602,00 €	3.790,00 €	2.330,71 €	4.017,60 €	4.201,51 €

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

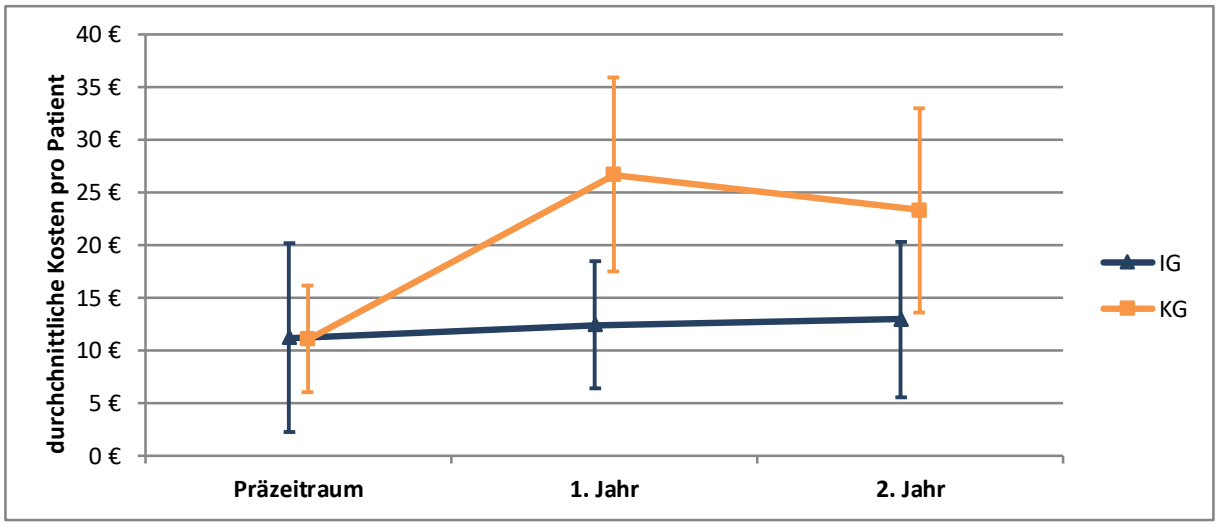


Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

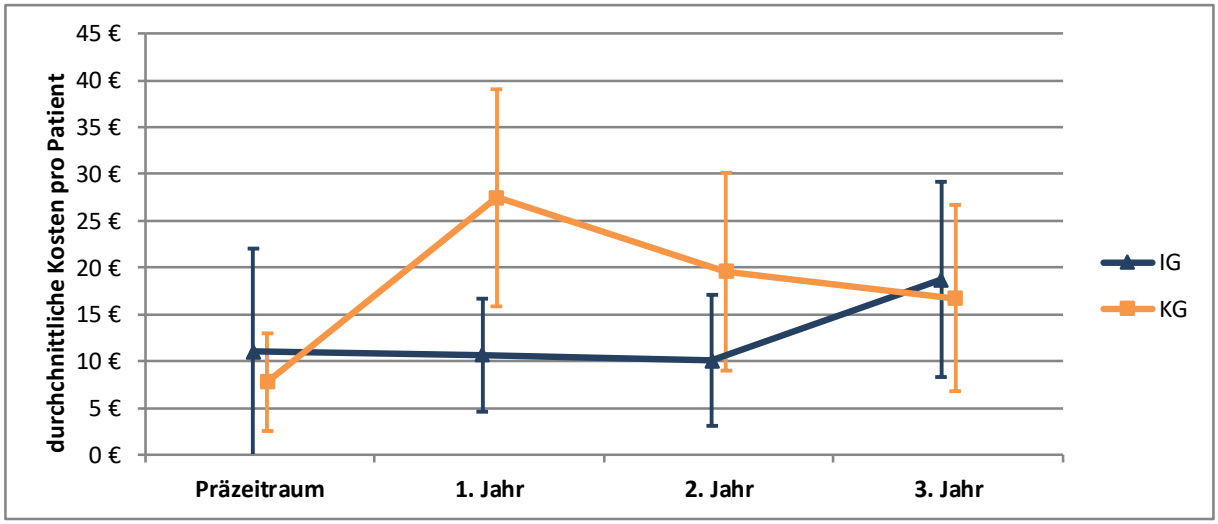
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	16	16	12	22	18	36	25	20
durchschnittliche Kosten	**11,05 €**	**10,66 €**	**10,08 €**	**18,73 €**	**7,81 €**	**27,47 €**	**19,57 €**	**16,70 €**
Standardabweichung	212,29 €	108,34 €	124,45 €	182,04 €	93,86 €	208,35 €	188,15 €	173,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	7.247,28 €	1.790,77 €	2.429,07 €	3.400,14 €	2.330,71 €	4.017,60 €	4.201,51 €	4.206,65 €

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

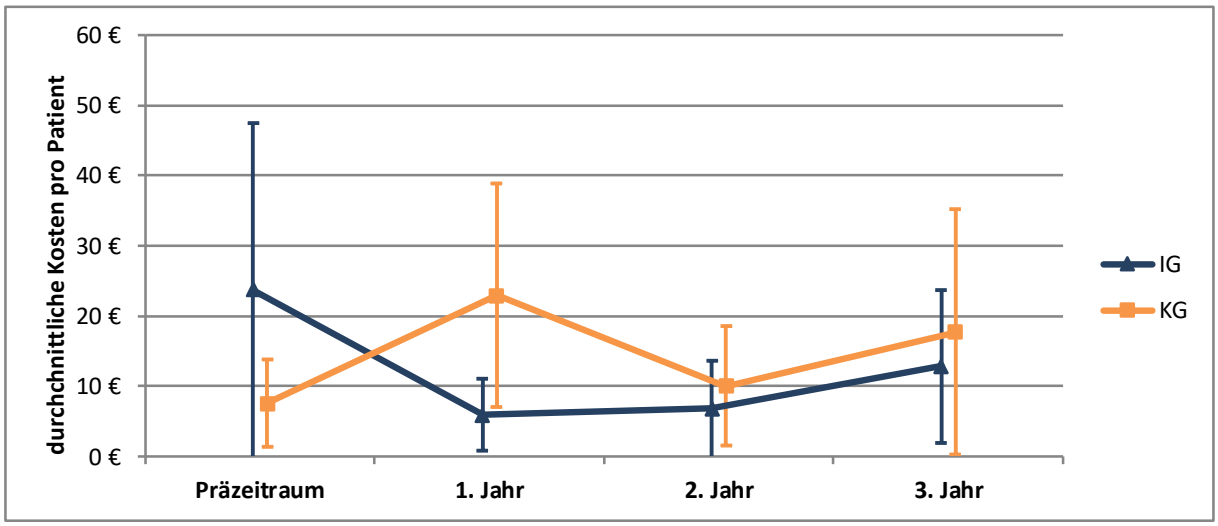


Klinikbekannte Patienten

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	10	<10	<10	10	10	16	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**23,71 €**	**5,94 €**	**6,83 €**	**12,82 €**	**7,59 €**	**22,97 €**	**10,00 €**	**17,72 €**
Standardabweichung	358,28 €	63,79 €	90,67 €	132,26 €	77,85 €	197,35 €	104,10 €	210,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	8.339,52 €	941,36 €	1.609,50 €	2.357,11 €	1.592,53 €	3.630,75 €	1.405,25 €	4.320,35 €

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



11. Ergebnisse: Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 737,61 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 158 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 2,51 Tage signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 293,87 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 293,87 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.060,17 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 159 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 7,96 Tage nicht signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 133,19 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 133,19 € 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 452,93 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 160 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 0,35 Tage nicht signifikant stärkeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 1.294,09 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen Krankenhaustag wurden 1.294,09 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 119,03 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 161 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 10,09 Tage nicht signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles

Kosteneffektivitätsverhältnis von 11,80 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 11,80 € 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	1.011,47 €		2425	7.502,07 €		2425	6.490,60 €	
	KG	1.011,30 €		2425	6.764,28 €		2425	5.752,98 €	
	Diff (IG - KG)	0,17 €	0,999		737,79 €	0,002		737,61 €	0,006
KH-Tage	IG	1,77		2425	17,12		2425	15,35	
	KG	2,14		2425	20,00		2425	17,86	
	Diff (IG - KG)	-0,36	0,384		-2,87	0,001		-2,51	0,008
	ICER	-293,87							

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	813,34 €		1318	7.145,24 €		1318	6.331,90 €	
	KG	860,94 €		1405	6.132,67 €		1405	5.271,72 €	
	Diff (IG - KG)	-47,60 €	0,676		1.012,57 €	0,000		1.060,17 €	0,001
AU-Tage	IG	25,78		1318	81,65		1318	55,88	
	KG	21,98		1405	69,90		1405	47,92	
	Diff (IG - KG)	3,79	0,080		11,75	0,003		7,96	0,075
	ICER	133,19							

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

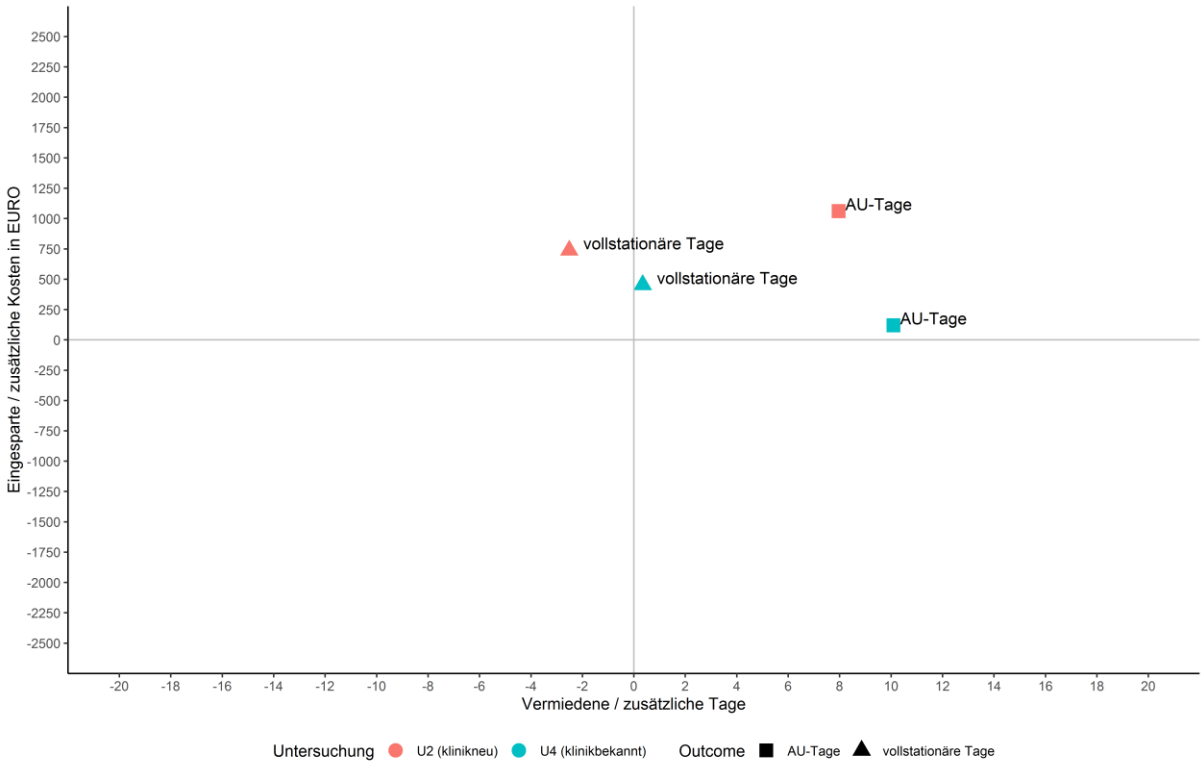
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	5.716,40 €		598	6.857,67 €		598	1.141,27 €	
	KG	6.689,05 €		598	7.377,40 €		598	688,34 €	
	Diff (IG - KG)	-972,66 €	0,052		-519,73 €	0,296		452,93 €	0,520
KH-Tage	IG	14,21		598	18,42		598	4,21	
	KG	18,75		598	22,61		598	3,86	
	Diff (IG - KG)	-4,54	0,015		-4,19	0,041		0,35	0,901
	ICER	1294,09							

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	5.215,66 €		258	6.605,32 €		258	1.389,66 €	
	KG	6.158,55 €		263	7.429,18 €		263	1.270,63 €	
	Diff (IG - KG)	-942,89 €	0,175		-823,86 €	0,296		119,03 €	0,910
AU-Tage	IG	29,66		258	45,60		258	15,94	
	KG	38,99		263	44,84		263	5,85	
	Diff (IG - KG)	-9,33	0,083		0,76	0,910		10,09	0,244
	ICER	11,80							

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



Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik imland Klinik Rendsburg GmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollklinken (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 Verlaufsbetrachtung). 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 passen[2] und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen[3]. 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 PIA, Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

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

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

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

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

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

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

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** bei den klinikneuen Patienten stieg in allen Untersuchungen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stärker als in der KG. Diese Effekte waren bei U1 und U3 statistisch signifikant. Auch in den weiteren Jahren (U1, U3 und U4) waren die Anteile in der IG größer als in der KG. Diese höheren Anteile waren auch bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) waren hier im Modellvorhaben höhere teilstationäre Anteile im Vergleich zur Regelversorgung zu beobachten. Dieser Unterschied blieb jeweils über die Zeit bestehen und vergrößerte sich sogar weiter.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer Patienten war in allen untersuchten Kohorten (U1 bis U4) in allen Zeitintervallen in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Der zeitliche Verlauf mit niedrigen Ausgangsniveaus, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Rückgang im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall war für alle untersuchten Kohorten und in beiden Gruppen ersichtlich. Der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG stets geringer als in der KG. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) statistisch signifikant. Da bereits im Präzeitraum (Jahr vor Referenzfall) die Anzahl vollstationärer Tage in der IG in jeder Untersuchung leicht geringer als in der KG war, waren mutmaßlich die geringeren vollstationäre Tage in den Jahren nach Referenzfall in U1 nicht statistisch signifikant. 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 Psychiatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22% im Vergleich vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30% der stationären Leistungen durch stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7). Bei den klinikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine geringere Anzahl vollstationärer Tage in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben imland Klinik Rendsburg GmbH hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Die weiteren Jahre verliefen in der Höhe der vollstationären Tage klinikbekannter Patienten parallel mit stets geringeren vollstationären Tagen in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der Regelversorgung. Dies war in allen Kohorten für alle Zeitintervalle ab dem Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Die Jahre vor Referenzfall (Präzeitraum) waren jedoch, im Gegensatz zu den vollstationären Tagen, zwischen IG und KG vergleichbar. Der größere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U1 und U3 statistisch signifikant. Dieser Unterschied war in U1 im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen statistisch signifikant. Hier schienen die wie oben beschrieben weniger vollstationären Behandlungstage durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu sein. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8). Die klinikbekannten Patienten der IG starteten trotz Vorläufervertrag auf einem zwischen IG und KG vergleichbaren Niveau, stiegen aber in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker an als in der KG. Dieser stärkere Anstieg war in U1 statistisch signifikant. Die höhere Anzahl teilstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG blieb in den folgenden Jahren bestehen.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die PIA bei den klinikneuen Patienten in der Modellklinik geringer in Anspruch genommen wurde im Vergleich zur Regelversorgung. Dies traf für alle untersuchten Kohorten zu allen Zeitintervallen zu und war bei allen inferenzstatistischen Berechnungen in der Modellklinik (U1 & U3, alle Zeitintervalle) statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der IG waren im Modellvorhaben somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und nicht durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Vielmehr musste das teilstationäre Angebot die geringeren PIA-Kontakte ebenfalls auffangen. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich jedoch in der IG leicht höhere Anzahlen an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG. Diese Unterschiede waren für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) statistisch nicht signifikant. Ein wesentlicher

Unterschied der Einbindung der PIA bei den klinikneuen Patienten im Vergleich zu den klinikbekannten Patienten ist hier im Modellvorhaben ersichtlich.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, war im Modellvorhaben bei den klinikneuen Patienten stets größer im Vergleich zur Regelversorgung. So nahm die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik zum Jahr nach Referenzfall stärker zu und blieb auf einem höheren Niveau im Vergleich zur Regelversorgung. Diese stärkere Zunahme bzw. das höhere Niveau waren in allen Kohorten ersichtlich. Die in der IG stärkere Zunahme vom Jahr vor Referenzfall zum ersten bzw. zweiten Jahr nach Referenzfall war in allen inferenzstatistischen Untersuchungen (U1 & U3) statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik geringer im Vergleich zur Regelversorgung (U1 & U4). Ab dem Jahr nach Referenzfall waren die Kontakte in der Modellklinik jedoch leicht höher. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall (U1) waren jedoch nicht ersichtlich.

Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Bei dem Modellvorhaben imland Klinik Rendsburg GmbH lassen sich mutmaßlich trotzdem Auswirkungen auf den ambulanten Bereich erkennen. Besonders bei den klinikneuen Patienten wurden ambulante Kontakte außerhalb der Klinik im psychiatrischen / psychologischen Bereich von Patienten der Modellklinik verstärkt in Anspruch genommen.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Dies kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl vollstationärer Aufenthalte im Modellvorhaben nicht verringert werden konnten, jedoch aber die Dauer vollstationärer Tage. Die

Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte konnte entsprechend der Hypothese erhöht werden. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten teilweise erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen sind eine Verringerung der PIA-Kontakte und einer Erhöhung der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik erkennbar.

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 klinikneue und klinikbekannte Patienten für alle Nachbeobachtungszeiten in der Modellklinik größer verglichen mit Patienten der Regelversorgung. Dieser Effekt war für einzelne Jahresscheiben und Kohorten statistisch signifikant, besonders in U3. Die erhöhte Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses im psychiatrischen Bereich (siehe oben) schien sich somit positiv auf eine erhöhte Behandlungskontinuität ausgewirkt zu haben. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, dass im Modellvorhaben eine erhöhte Behandlungskontinuität im Vergleich zur Regelversorgung sichergestellt werden konnte.

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 zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der

Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität konnten Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass das Modellvorhaben hier geschafft hatte, den Patienten früher wieder in die psychiatrische Versorgung zu bringen im Vergleich zur Regelversorgung.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben gewährleistet werden konnte.

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 vergleichbar.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Dieser Effekt war in U3 statistisch signifikant. Die klinikneuen Patienten der IG wiesen in jeder Kohorte (U1 bis U4) zu jedem Zeitintervall mehr AU-Tage als klinikneue Patienten der KG auf. Bei den klinikbekannten Patienten waren auf der anderen Seite stets geringere AU-Tage in allen untersuchten Zeitintervallen der betrachteten Kohorten (U1 & U4) in der IG verglichen mit der KG ersichtlich. Da diese geringeren Anzahlen an AU-Tagen jedoch auch bereits zum Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) bestanden, waren hier keine statistisch signifikanten Ergebnisse zu beobachten.

Ob Modellvorhaben nach §64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung „Seelische Gesundheit Aachen“ wurde für Depression eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (12). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen herausgefunden werden (13). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§64b SGB V-ähnlichen) Modellvorhaben lag u.a. auf der Reduktion vollstationärer Tage, Veränderung ambulanter Inanspruchnahme, Lebensqualität, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Patienten, Mitarbeiter und Angehörigen und weitere Outcomes.

Die Rückführung von psychisch Erkrankten in den primären Arbeitsmarkt bzw. die Vermeidung von AU ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (14), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken konnte sichergestellt werden, dass diese vergleichbare Erkrankungsschweren aufweisen. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. „Supported Employment“ oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer Erkrankten“ zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhaus-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den klinikbekannten Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigte sich eine signifikant leicht geringere 4-Jahres-Mortalität der klinikneuen Patienten der Modellklinik mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) im Vergleich zur Regelversorgung. Weitere signifikante Unterschiede in der Mortalität waren nicht ersichtlich. Über die Gründe dieser leicht geringeren Mortalität in der Modellklinik kann dieser Bericht keinen Aufschluss geben. Die Ursachen für die Mortalität können mit den vorhandenen Daten nicht abgebildet werden. Es ist möglich, dass das Modellvorhaben hier u.a. durch die oben festgestellte kontinuierlichere Betreuung der Patienten einen positiven Einfluss auf die Sterblichkeit genommen hat. Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach §64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen (wie hier) beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind.

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 klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Dies traf für alle Kohorten zu (U1 bis U4). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der Modellklinik sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten aller Kohorten (U1 bis U4) größer als in der KG. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression schienen sich also für die Entwicklung einer schweren depressiven Episode und einer rezidivierenden depressiven Störung das Modellvorhaben eher negativ auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben. Zu beachten ist hier jedoch, dass weitere Faktoren, wie u.a. Kodierpraxis, Einfluss auf diese Entwicklung genommen haben können, die an dieser Stelle nicht weiter betrachtet werden kann. Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl der Tage von Arbeitsunfähigkeit klinikneuer Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stärker zunahm als in der Regelversorgung (für Patienten mit Referenzfall vom ersten bis dritten Modelljahr). Klinikneue Patienten wiesen stets mehr und klinikbekannte Patienten stets weniger AU-Tage in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung auf (inkl. Jahr vor Referenzfall). Im Modellvorhaben in der imland Klinik Rendsburg GmbH wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die 4-Jahres-Mortalität war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode und einer rezidivierenden depressiven Störung wurde im Modellvorhaben erhöht.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V […]:

> *„[…] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). In der Modellklinik war zum einen der Anteil an klinikneuen Patienten mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen größer als in der Regelversorgung. Weiterhin war der Anteil an Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und antipsychotischer Medikation in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Dies weist darauf hin, dass entsprechend zwei der untersuchten Qualitätsindikatoren die Modellklinik eine leitlinien-nähere Versorgung im Vergleich zur Kontrollgruppe aufweisen konnte.

Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt jedoch einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach §64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch

nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundliegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgefedert werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) in den Modellvorhaben nach §64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach §64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 Tabelle 71 und Tabelle 72 ersichtlich, wurde

bei den klinikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung stets geringer in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Diese geringere Inanspruchnahme war für den Referenzfall, das erste sowie vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch bei den klinikbekannten Patienten wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war für das erste bis vierte Jahre nach Referenzfall statistisch signifikant. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nicht bestätigt werden. Vielmehr wurde die aufsuchende Behandlung weniger stark in Anspruch genommen. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß §64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre, und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel. 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 der Leitlinienadhärenz teilweise nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Bei den Outcomes der Depression, bei denen ausreichende Fallzahlen vorlagen, war der Anteil der Personen mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Weiterhin war beim Outcome Schizophrenie der Anteil mit antipsychotischer Medikation im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Beide Ergebnisse entsprechend der Empfehlung der Leitlinien. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben weniger in Anspruch genommen. Eine Stärkung der aufsuchenden Behandlung in der PIA ist nicht erkennbar. Vielmehr wurde die aufsuchende Behandlung in der PIA weniger stark in Anspruch genommen.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V […]:

> *„[…] **stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte** aufgrund einer psychischen Erkrankung. **Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten** sind in der IG daher geringer als in der KG."*

Wie in Abschnitt 8.2.1 gezeigt wurde, konnte die Zahl der vollstationären Behandlungstage in der IG sowohl für die klinikneuen als auch die klinikbekannten Patienten verringert werden. Dass die Höhe der Kosten diese Reduktion nicht in allen Beobachtungsperioden widerspiegelt, ist dem Anstieg der Tagesvergütungssätze in der Modellklinik im Zeitverlauf geschuldet. So zeigten sich für die klinikneuen und -bekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) eine geringere Anzahl vollstationärer Behandlungstage und signifikant geringere Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr. Die Zahl der Behandlungstage der IG blieb auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsperioden unter denen der KG, die Kosten glichen sich in beiden Gruppen jedoch aneinander an, wobei der Effekt des Preisanstiegs für die klinikbekannten Patienten im vierten Nachbeobachtungsjahr am deutlichsten wird. Dies zeigte sich auch bei Berücksichtigung aller klinikneuen Patienten der ersten vier Modelljahre (U2): Trotz einer wesentlich geringeren Zahl an Behandlungstagen in der IG im Nachbeobachtungsjahr (IG: 41.468 Tage; KG: 48.500 Tage) lagen die Kosten mit 11.683.408 € in der IG und 11.560.266 € in der KG auf vergleichbar hohem Niveau.

Zusammenfassend zeigte sich zwar eine geringe Anzahl vollstationärer Behandlungstage, die Kosten hierfür lagen in der IG jedoch nur zu Modellbeginn unter denen der KG. Hypothese e muss somit teilweise verworfen werden.

Hypothese f) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V […]:

> *„[…] führen zu geringeren Kosten. Die **direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG**."*

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zeigten bei den klinikneuen Patienten im Patientenlängsschnitt den typischen Verlauf in beiden Gruppen: Bei ungefähr gleich hohem Startwert der psychiatrischen Versorgungskosten im Präzeitraum und leichter Variation zwischen den einzelnen Untersuchungsperspektiven (U1 bis U4), stiegen die durchschnittlichen Kosten erwartungsgemäß im Vergleich zum Präzeitraum stark an. Für Untersuchung 1, bei der nur Patienten aus dem ersten Modelljahr betrachtet wurden, zeigten sich gleichhohe Kosten im Nachbeobachtungszeitraum bzw. ein gleichstarker Anstieg zwischen IG und KG. Vor allem geringere Kosten für vollstationäre und PIA-Behandlungen in Verbindung mit dieser Reduktion kompensierender, höherer Kosten für teilstationäre Behandlungen führten zu diesem Ergebnis. Bei Betrachtung von U2 – also Patienten aus allen vier Modelljahren – liegen zwar die Kosten für PIA-Behandlungen in der IG weiterhin unter und die Kosten

der teilstationären Versorgung weiterhin über denen der KG, es entfällt aber durch höhere Tagessätze die Kosteneinsparung im vollstationären Bereich, sodass sich hier nun ein stärkerer Anstieg der IG ergab. 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 klinikbekannten Patienten konnten geringere Versorgungskosten für den Präzeitraum, das erste sowie das zweite patientenindividuelle Jahr nachgewiesen werden. Die geringeren Kosten im Präzeitraum sind dabei auf dem Vorläufervertag zurückzuführen, die geringen Kosten im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr auf die geringere Zahl von vollstationären Behandlungstagen bei gleichhohem Pflegesatz, wobei die höheren Kosten der PIA- und tagesklinischen Behandlung die Kostenreduktion des vollstationären Bereichs nicht überstiegen.

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 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 über die Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich für das Modellklinikum konstatieren, dass nach einer Übergangsphase von einem dreiviertel Jahr (bis einschl. Q3/2014), in der Modellpflegesätze verwendet wurden, seit Juli 2015 PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet wurden und somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem entgegnen 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 Jahr 2016 lediglich die Dokumentation der vier PIA-Schlüssel gemäß PIA-Doku-Vereinbarung von 2013 und die Abrechnung mittels einer nicht differenzierten Quartalspauschale. Daran anschließend setzte sich die Leistungsdokumentation ebenso fort, die Vergütung änderte sich ab 2017 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 fünfeinhalb Modelljahren nicht über das Maß der Regelversorgung hinaus. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei aber 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** stiegen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten der IG von U1 stärker an. Die klinikneuen Patienten der IG von U3 entwickelten sich ebenfalls signifikant teurer im Vergleich zur KG im Vergleich Prä- zu Postzeitraum. In

den nicht inferenzstatistisch untersuchten U2 und U4 zeigten sich ebenfalls stärkere Kostenanstiege der IG im Zeitverlauf.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in der IG, 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 klinikneuen Patienten von U1 kein signifikant unterschiedlicher Kostenanstieg zwischen IG und KG im Vergleich Prä- zu Postzeitraum. Auch für die klinikbekannten Patienten war kein stärkerer Anstieg feststellbar. Bei beiden lagen die Kosten der IG jedoch in allen Beobachtungsperioden über denen der KG. Für die nicht inferenzstatistisch untersuchten U2 und U4 ergab sich ein ähnliches Bild wie in U1 und U3.

Zusammenfassend zeigten sich höhere Kosten für die Psychopharmakaversorgung in der IG, die auf die Verstärkte Nutzung des vertragsärztlichen Bereichs und die damit korrelierenden häufigeren Arzneimittelverschreibungen zurückzuführen sind. Die Kosten beziehen sich jedoch nur auf die über Apotheken abgegebenen Medikamente, da die Versorgung mit Psychopharmaka über die Krankenhausapotheke mit den vorhandenen Daten nicht ersichtlich ist.

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 -293,87 €/d, d.h. für jeden vermiedenen vollstationären Behandlungstag entstanden zusätzlich höhere Kosten von 293,87 €. Sowohl der Kostenanstieg in der IG als auch die Reduktion der Tage waren signifikant größer. Bzgl. Variante B ergab sich ein ICER von 133,19 €/d, d.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag entstanden zusätzlich höhere Kosten von 133,19 €. Hier war jedoch nur der Kostenanstieg signifikant stärker.

Bei den klinikbekannten Patienten von U4 ergab sich bzgl. Variante A ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 1294,09 €/d, d.h. für jeden zusätzlichen vollstationären

Behandlungstag in der IG entstanden zusätzlich höhere Kosten von 1294,09 €. Jedoch waren weder der stärkere Anstieg der Behandlungstage noch der stärkere Anstieg der Kosten signifikant. Bzgl. Variante B ergab sich ein ICER von 11,80 €/d, d.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag entstanden zusätzliche Kosten in Höhe von 11,80 €. Hier waren 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 imland Klinik Rendsburg GmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht verringert, jedoch aber die Dauer vollstationärer Tage. Die Anzahl und Dauer teilstationärer Tage konnte jedoch erhöht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen sind eine Verringerung der PIA-Kontakte und einer Erhöhung der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik erkennbar. Klinikneue Patienten wiesen stets mehr und klinikbekannte Patienten stets weniger AU-Tage in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung auf (inkl. Jahr vor Referenzfall). Weiterhin stieg die Anzahl an AU-Tagen bei klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben stärker als in der Regelversorgung. Die aufsuchende Behandlung in der PIA wurde im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Eine Reihe messbarer medizinischer Outcomes zeigten hypothesenkonforme Ergebnisse. So konnte das Modellvorhaben in allen Untersuchungen eine erhöhte Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur Regelversorgung nachweisen. Im Modellvorhaben in der imland Klinik Rendsburg GmbH wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Die 4-Jahres-Mortalität war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Bei den Outcomes der Depression war der Anteil der Personen mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Weiterhin war beim Outcome Schizophrenie der Anteil mit antipsychotischer Medikation im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Jedoch wurde in Bezug zur Erkrankungsprogression festgestellt, dass das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode und einer rezidivierenden depressiven Störung im Modellvorhaben höher als in der Regelversorgung war. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigen sich positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen. Besonders konnten eine Verlagerung der Behandlung in den teilstationären Bereich sowie eine Stärkung ambulanter Strukturen außerhalb des Krankenhauses festgestellt werden. Daher konnte auch eine erhöhte Behandlungskontinuität gewährleistet werden. Eine teilweise Verringerung der Mortalität und einer teilweisen Erhöhung der Leitlinienadhärenz stehen einer teilweisen Verschlechterung der Erkrankungsprogression gegenüber.

Hinsichtlich der Kosten lässt sich festhalten, dass sich auf patientenindividueller Ebene keine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben zeigt. Gleich hohe Kosten im vollstationären Bereich und geringere Kosten in der PIA wurden durch höhere Kosten im tagesklinischen Bereich, der vertragsärztlichen Versorgung und der Psychopharmakaversorgung ausgeglichen.

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, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundärdiagnosen 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 waren. 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, verzerren dabei den Blick auf die durch die Modellbehandlung angefallenen Kosten. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten. Hier sind Outcomes wie bspw. Lebensqualität, Symptomschwere oder Krankheitslast geeignetere Effektgrößen, die für diese Evaluation jedoch nicht zur Verfügung standen. Im Projekt PsychCare finden diese aber Berücksichtigung.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser

Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (41).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen – grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (42). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Hackl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). Bmc Psychiatry. 2018;18.
2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. 2010.
3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. Nervenarzt. 2013;84(3):350-65.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. International journal of integrated care. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. Psychiatr Prax. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kerbe. 2014(2):11-5.
7. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? Front Psychiatry. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Prax. 2008;35(279):285.
9. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depresson. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). J Clin Psychiatry. 2010;71(10):1313-23.
14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. 2012.
15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? Gesundheitswesen. 2015;77(4):e70-e6.
16. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin; 2015.
17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1999;249(3):136-43.

18. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
19. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. MedCare. 2005;43(11):1130-9.
20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. Medical care. 1998;36(1):8-27.
21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludgwig-Maximilians-Universität zu München

2014.
22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. Medical care. 2009;47(6):626-33.
23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. Indian J Cancer. 2016;53(3):432-4.
25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. Chem Biol Interact. 2016;255:92-105.
26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. Fortschr Neurol Psyc. 2008;76(5):263-71.
27. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Brit J Psychiat. 2011;199(6):453-8.
28. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. Jama Psychiat. 2015;72(4):334-41.
29. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. Deutsches Arzteblatt international. 2019;116(23-24):405-+.
30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie 2017 [Available from: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektorenuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52.
32. Konig HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. Psychiatr Prax. 2010;37(1):34-42.
33. von Peter S, Ignatyev Y, Johne J, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. Frontiers in Psychiatry. 2019;9(785).
34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. Psychiatr Prax. 2014;41(5):266-73.
35. Rümmelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. das Krankenhaus. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technology Assessment. 2001;5(15):146.

37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. Psychother Psych Med. 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. Das Gesundheitswesen. 2020;DOI https://doi.org/10.1055/a-1036-6364.
40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. Health services research. 2012;47(2):746-55.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. Das Gesundheitswesen. 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**2.425**	**2.425**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	75,0 %	76,6 %
• Zwei Diagnosen	21,9 %	20,2 %
• Drei Diagnosen	2,9 %	2,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	54	56
2. F10 & F32	43	45
3. F32 & F43	41	42

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

Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	1.818	1.858	2.425	2.425
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,7 %	1,2 %	1,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,1 %	1,1 %	1,7 %	1,6 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,0 %	2,2 %	2,7 %	2,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	1,3 %	1,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	19,3 %	19,2 %	22,7 %	22,5 %

• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,3 %	9,5 %	9,6 %	9,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	36,9 %	36,8 %	41,3 %	41,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,7 %	17,5 %	21,2 %	21,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,9 %	0,9 %	3,1 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	8,6 %	8,8 %	13,6 %	14,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,3 %	1,5 %	1,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,7 %	1,6 %	3,6 %	3,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,2 %	0,9 %	2,2 %	1,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,1 %	0,1 %	0,5 %	0,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	49,3	49,3	49,2	48,3
• Median	49	49	49	48
• (Interquartilsabstand)	(35 - 62)	(34 - 62)	(35 - 62)	(33 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,8 %	55,0 %	56,9 %	55,8 %
• Männer	43,2 %	45,0 %	43,1 %	44,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	59,3 %	53,8 %	60,2 %	57,9 %
• PIA	40,7 %	46,2 %	39,8 %	42,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,4 %	0,5 %	1,5 %	0,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,1 %	6,6 %	8,3 %	6,4 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	11,8 %	8,8 %	11,5 %	8,9 %
• Abitur/Fachabitur	5,5 %	6,8 %	5,4 %	6,6 %
• Abschluss unbekannt	10,2 %	11,3 %	10,4 %	11,8 %
• Fehlende Angabe	62,9 %	65,9 %	62,9 %	65,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,3 %	4,5 %	6,2 %	4,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,9 %	17,9 %	21,9 %	18,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	1,0 %	0,7 %	1,0 %
• Bachelor	0,6 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,5 %	2,4 %	1,6 %	2,3 %
• Promotion	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	5,8 %	8,0 %	6,0 %	8,4 %
• Fehlende Angabe	62,9 %	65,9 %	62,9 %	65,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	9,4 %	10,0 %	9,6 %	9,8 %
• Nein	77,2 %	75,5 %	76,3 %	75,0 %
• Fehlende Angabe	13,4 %	14,5 %	14,1 %	15,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	28,3 %	26,4 %	29,0 %	28,2 %

• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	19,8 %	17,1 %	20,6 %	18,9 %
• Weder A noch B	51,9 %	56,5 %	50,4 %	52,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	54,8 %	57,5 %	54,4 %	57,9 %
• Familienversicherter	6,7 %	5,8 %	6,7 %	6,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	34,0 %	32,7 %	34,4 %	32,0 %
• Fehlende Angabe	4,5 %	4,0 %	4,6 %	4,1 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

Tabelle 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)	**1.826**	**1.815**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	76,1 %	77,6 %
• Zwei Diagnosen	21,1 %	19,3 %
• Drei Diagnosen	2,6 %	2,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	43	43
2. F32 & F43	28	27
3. F10 & F32	24	25

[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)	1.389	1.409	1.826	1.815
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	0,9 %	1,1 %	1,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,1 %	1,1 %	1,3 %	1,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,1 %	2,2 %	2,5 %	2,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,4 %	20,3 %	23,6 %	23,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,5 %	9,9 %	10,1 %	10,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	36,0 %	35,6 %	40,2 %	40,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,4 %	16,4 %	20,4 %	20,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,9 %	0,9 %	3,1 %	3,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	9,1 %	9,5 %	14,2 %	15,1 %

• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,4 %	1,4 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,5 %	1,5 %	3,5 %	3,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,4 %	0,9 %	2,4 %	2,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,1 %	0,1 %	0,6 %	0,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	49,9	49,4	49,4	48,2
• Median	50	48	49	48
• (Interquartilsabstand)	(36 - 62)	(34 - 62)	(36 - 61)	(33 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,3 %	54,2 %	57,0 %	55,2 %
• Männer	42,7 %	45,8 %	43,0 %	44,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	62,0 %	56,0 %	62,5 %	59,4 %
• PIA	38,0 %	44,0 %	37,5 %	40,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,2 %	0,6 %	1,4 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,3 %	6,5 %	8,5 %	6,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	11,7 %	8,2 %	11,3 %	7,9 %
• Abitur/Fachabitur	4,3 %	6,8 %	4,4 %	6,9 %
• Abschluss unbekannt	9,7 %	10,4 %	10,1 %	10,7 %
• Fehlende Angabe	64,8 %	67,5 %	64,3 %	67,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,8 %	4,5 %	5,9 %	4,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,6 %	17,3 %	21,7 %	17,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,5 %	0,9 %	0,5 %	0,9 %
• Bachelor	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,3 %	2,3 %	1,4 %	2,1 %
• Promotion	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	5,5 %	7,3 %	5,8 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	64,8 %	67,5 %	64,3 %	67,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,1 %	10,8 %	9,7 %	10,5 %
• Nein	76,8 %	74,8 %	76,3 %	74,4 %
• Fehlende Angabe	13,1 %	14,4 %	14,0 %	15,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	28,5 %	25,8 %	29,2 %	28,1 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	19,2 %	17,4 %	20,7 %	19,1 %
• Weder A noch B	52,3 %	56,8 %	50,1 %	52,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	54,2 %	56,9 %	54,1 %	57,6 %

• Familienversicherter	5,7 %	5,2 %	5,8 %	5,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	35,6 %	34,1 %	35,5 %	33,2 %
• Fehlende Angabe	4,5 %	3,8 %	4,7 %	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)	**1.244**	**1.239**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	77,1 %	78,4 %
• Zwei Diagnosen	19,9 %	18,4 %
• Drei Diagnosen	2,7 %	2,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	33	33
2. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F32	15	16
3. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F43	15	15

[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)	**590**	**587**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	74,1 %	76,3 %
• Zwei Diagnosen	23,4 %	20,8 %
• Drei Diagnosen	2,4 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F20	10	12
2. IG: F10 & F25 / KG: F20 & F70	8	8
3. IG: F20 & F70 / KG: F10 & F32	7	8

[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)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	959	971	1.244	1.239
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,4 %	0,6 %	0,7 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,5 %	2,6 %	2,8 %	2,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,9 %	21,0 %	24,4 %	24,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,9 %	11,4 %	11,3 %	11,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	35,3 %	35,0 %	38,6 %	38,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,1 %	16,0 %	20,6 %	20,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,0 %	1,0 %	3,5 %	3,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	8,3 %	9,0 %	13,1 %	13,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,4 %	1,7 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,1 %	3,1 %	2,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,7 %	0,8 %	2,5 %	2,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	50,1	49,6	49,6	48,4
• Median	50	49	50	48
• (Interquartilsabstand)	(37 - 63)	(35 - 62)	(36 - 61)	(34 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,1 %	51,7 %	55,5 %	52,9 %
• Männer	44,9 %	48,3 %	44,5 %	47,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	64,0 %	58,1 %	64,1 %	60,9 %
• PIA	36,0 %	41,9 %	35,9 %	39,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,4 %	0,7 %	1,7 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,4 %	6,7 %	8,6 %	6,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,6 %	7,0 %	10,4 %	6,9 %
• Abitur/Fachabitur	4,6 %	6,7 %	4,6 %	6,6 %
• Abschluss unbekannt	9,5 %	10,6 %	10,4 %	10,8 %

• Fehlende Angabe	65,5 %	68,3 %	64,4 %	68,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,9 %	4,5 %	6,2 %	4,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,0 %	16,1 %	21,1 %	16,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %
• Bachelor	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,4 %	2,4 %	1,3 %	2,1 %
• Promotion	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	5,1 %	7,6 %	5,9 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	65,5 %	68,3 %	64,4 %	68,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,2 %	10,9 %	9,9 %	10,7 %
• Nein	77,6 %	74,8 %	77,1 %	74,4 %
• Fehlende Angabe	12,2 %	14,3 %	13,0 %	14,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	28,4 %	26,3 %	29,6 %	28,2 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	19,3 %	16,9 %	20,4 %	18,7 %
• Weder A noch B	52,3 %	56,8 %	50,0 %	53,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	53,9 %	55,3 %	53,3 %	55,9 %
• Familienversicherter	4,8 %	4,8 %	5,1 %	4,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	37,1 %	35,8 %	37,0 %	35,1 %
• Fehlende Angabe	4,2 %	4,0 %	4,6 %	4,3 %

[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)	437	448	590	587
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %

• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,5 %	0,7 %	0,8 %	0,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,7 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	26,3 %	26,1 %	30,0 %	30,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	35,0 %	33,9 %	34,2 %	34,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	25,6 %	26,3 %	30,3 %	30,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,0 %	4,9 %	8,5 %	7,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	2,5 %	2,5 %	8,0 %	6,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,7 %	2,7 %	5,8 %	6,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	1,6 %	3,9 %	4,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
Alter[1]				
• Mittelwert	51,6	50,8	51,2	50,3
• Median	51	51	51	51
• (Interquartilsabstand)	(42 - 61)	(40 - 61)	(42 - 60)	(40 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,7 %	45,5 %	55,4 %	48,7 %
• Männer	45,3 %	54,5 %	44,6 %	51,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	49,2 %	44,2 %	46,6 %	44,3 %
• PIA	50,8 %	55,8 %	53,4 %	55,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,7 %	1,1 %	3,2 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,5 %	3,1 %	4,7 %	3,1 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	5,5 %	4,2 %	4,4 %	4,9 %
• Abitur/Fachabitur	3,4 %	4,0 %	3,4 %	3,2 %
• Abschluss unbekannt	4,3 %	6,3 %	4,9 %	6,6 %
• Fehlende Angabe	78,5 %	81,3 %	79,3 %	81,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,0 %	3,8 %	5,4 %	3,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	10,5 %	7,1 %	9,5 %	7,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,5 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,4 %	1,6 %	1,2 %	1,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,1 %	5,6 %	4,2 %	5,8 %
• Fehlende Angabe	78,5 %	81,3 %	79,3 %	81,1 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	13,3 %	14,7 %	11,5 %	16,2 %
• Nein	75,3 %	71,4 %	75,4 %	70,5 %
• Fehlende Angabe	11,4 %	13,8 %	13,1 %	13,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	28,4 %	35,3 %	30,2 %	33,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	46,5 %	39,3 %	48,5 %	43,8 %
• Weder A noch B	25,2 %	25,4 %	21,4 %	22,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	43,2 %	45,8 %	43,6 %	44,3 %
• Familienversicherter	4,1 %	3,6 %	4,4 %	3,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	46,9 %	45,8 %	47,1 %	47,9 %
• Fehlende Angabe	5,7 %	4,9 %	4,9 %	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

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)	**470**	**470**	**458**	**447**	**438**	**472**	**472**	**452**	**435**	**421**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	2,3	19,3	4,1	3,5	3,0	2,5	20,2	3,6	4,9	4,0
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG/KG: < 50 Jahre)	2,7 (n=225)	15,3 (n=225)	5,0 (n=223)	4,0 (n=221)	3,4 (n=221)	2,4 (n=228)	18,0 (n=228)	3,7 (n=226)	5,5 (n=226)	4,8 (n=226)
Älter (IG/KG: ≥ 50 Jahre)	2,0 (n=245)	23,0 (n=245)	3,1 (n=235)	3,0 (n=226)	2,6 (n=217)	2,7 (n=244)	22,2 (n=244)	3,4 (n=226)	4,3 (n=209)	3,0 (n=195)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	19,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	0,0 (n<10)	23,0 (n<10)	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	6,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	26,0 (n<10)	—	—	—

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n=20)	10,5 (n=20)	0,0 (n=16)	0,0 (n=12)	0,0 (n=10)	0,0 (n=21)	13,4 (n=21)	1,9 (n=16)	0,0 (n=12)	2,4 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	1,0 (n=112)	15,7 (n=112)	6,2 (n=110)	4,2 (n=107)	3,5 (n=103)	2,0 (n=112)	15,8 (n=112)	2,5 (n=108)	5,0 (n=106)	2,5 (n=102)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,6 (n=54)	32,9 (n=54)	4,2 (n=52)	5,0 (n=51)	5,8 (n=51)	12,7 (n=56)	56,9 (n=56)	16,0 (n=54)	22,6 (n=51)	14,6 (n=49)
F 30-39 (Affektive Störungen)	5,2 (n=150)	23,9 (n=150)	3,8 (n=147)	3,0 (n=145)	2,6 (n=143)	1,1 (n=149)	21,3 (n=149)	1,4 (n=145)	1,9 (n=139)	2,9 (n=135)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,3 (n=69)	12,8 (n=69)	3,6 (n=68)	4,9 (n=67)	3,0 (n=67)	0,2 (n=70)	4,8 (n=70)	1,5 (n=68)	2,5 (n=67)	1,4 (n=67)
F 45 (Somatoforme Störungen)	6,5 (n<10)	33,2 (n<10)	9,0 (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)	8,6 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	0,3 (n=42)	11,8 (n=42)	0,4 (n=42)	0,7 (n=42)	1,2 (n=42)	0,7 (n=47)	10,7 (n=47)	2,3 (n=46)	0,0 (n=45)	1,6 (n=44)
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)	4,0 (n<10)	17,3 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	23,0 (n<10)	16,7 (n<10)	5,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	16,5 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	10,7 (n<10)	7,2 (n<10)	7,1 (n<10)	5,6 (n<10)	0,0 (n<10)	24,8 (n<10)	8,5 (n<10)	3,5 (n<10)	7,8 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	2,0 (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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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)	**379**	**379**	**364**	**355**	**349**	**386**	**386**	**380**	**369**	**360**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	15,1	18,6	8,0	8,4	8,9	22,1	23,8	12,8	9,6	10,5
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 51 Jahre; KG: < 52 Jahre)	14,9 (n=178)	21,1 (n=178)	11,1 (n=176)	10,9 (n=173)	14,9 (n=173)	22,4 (n=190)	23,3 (n=190)	15,2 (n=190)	10,8 (n=189)	12,1 (n=189)
Älter (IG: ≥ 51 Jahre; KG: ≥ 52 Jahre)	15,3 (n=201)	16,4 (n=201)	5,0 (n=188)	6,0 (n=182)	3,0 (n=176)	21,7 (n=196)	24,3 (n=196)	10,3 (n=190)	8,4 (n=180)	8,7 (n=171)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	16,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	16,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	23,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,7 (n<10)	22,0 (n<10)	12,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	13,0 (n<10)	43,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,7 (n=96)	24,4 (n=96)	11,7 (n=89)	9,9 (n=85)	7,6 (n=85)	18,6 (n=99)	29,6 (n=99)	17,0 (n=96)	13,1 (n=90)	15,7 (n=89)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	16,9 (n=137)	19,6 (n=137)	8,4 (n=133)	10,5 (n=130)	10,0 (n=127)	22,1 (n=136)	25,3 (n=136)	17,2 (n=136)	11,5 (n=133)	10,1 (n=132)
F 30-39 (Affektive Störungen)	13,9 (n=100)	12,4 (n=100)	4,0 (n=97)	4,4 (n=96)	5,0 (n=93)	29,0 (n=103)	23,3 (n=103)	5,6 (n=101)	7,3 (n=99)	9,4 (n=95)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,9 (n=16)	6,1 (n=16)	0,3 (n=15)	0,7 (n=15)	6,3 (n=15)	14,7 (n=16)	12,9 (n=16)	0,0 (n=15)	3,3 (n=15)	4,4 (n=15)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	15,7 (n<10)	14,2 (n<10)	12,4 (n<10)	5,8 (n<10)	4,1 (n<10)	0,1 (n<10)	0,9 (n<10)	0,0 (n<10)	0,1 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	28,7 (n=11)	42,6 (n=11)	22,2 (n=11)	25,9 (n=11)	53,6 (n=11)	29,0 (n=12)	7,4 (n=12)	23,2 (n=12)	4,6 (n=12)	4,8 (n=12)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	3,3 (n<10)	1,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,5 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	9,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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)	**245**	**245**	**244**	**243**	**242**	**249**	**249**	**248**	**248**	**248**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	20,5	70,9	16,7	11,6	10,2	20,0	59,2	11,0	11,7	11,4
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 43 Jahre; KG: < 41 Jahre)	16,1 (n=121)	54,6 (n=121)	16,1 (n=121)	15,9 (n=120)	10,9 (n=120)	18,4 (n=123)	46,2 (n=123)	9,8 (n=123)	9,4 (n=123)	8,6 (n=123)
Älter (IG: ≥ 43 Jahre; KG: ≥ 41 Jahre)	24,8 (n=124)	86,8 (n=124)	17,4 (n=123)	7,3 (n=123)	9,6 (n=122)	21,5 (n=126)	71,8 (n=126)	12,2 (n=125)	13,9 (n=125)	14,2 (n=125)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	35,0 (n<10)	131,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,9 (n=68)	51,5 (n=68)	19,5 (n=68)	11,8 (n=67)	13,1 (n=67)	19,3 (n=58)	36,9 (n=58)	8,4 (n=58)	12,1 (n=58)	4,6 (n=58)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	4,6 (n=23)	72,0 (n=23)	12,7 (n=23)	5,7 (n=23)	9,1 (n=23)	8,5 (n=28)	70,0 (n=28)	16,5 (n=27)	35,1 (n=27)	21,8 (n=27)
F 30-39 (Affektive Störungen)	37,0 (n=69)	113,8 (n=69)	25,9 (n=68)	7,8 (n=68)	10,1 (n=67)	28,5 (n=77)	99,2 (n=77)	12,2 (n=77)	9,1 (n=77)	16,2 (n=77)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,9 (n=47)	53,9 (n=47)	10,4 (n=47)	20,6 (n=47)	8,0 (n=47)	11,8 (n=48)	23,4 (n=48)	11,8 (n=48)	6,3 (n=48)	5,8 (n=48)
F 45 (Somatoforme Störungen)	24,7 (n<10)	90,0 (n<10)	18,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	16,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	22,2 (n=23)	56,9 (n=23)	2,9 (n=23)	14,2 (n=23)	12,3 (n=23)	26,8 (n=30)	51,9 (n=30)	8,6 (n=30)	5,0 (n=30)	10,4 (n=30)
F 50 (Essstörungen)	16,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	55,0 (n<10)	52,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	24,0 (n<10)	16,3 (n<10)	5,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	31,0 (n<10)	21,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	11,3 (n<10)	11,8 (n<10)	10,7 (n<10)	8,3 (n<10)	0,5 (n<10)	116,5 (n<10)	19,5 (n<10)	19,0 (n<10)	38,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	2,0 (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)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	**156**	**156**	**156**	**156**	**155**	**174**	**174**	**172**	**171**	**171**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	34,3	48,2	17,6	17,8	20,5	43,2	44,5	21,8	19,4	17,5
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 46 Jahre; KG: < 47 Jahre)	30,5 (n=77)	38,9 (n=77)	22,6 (n=77)	29,4 (n=77)	33,4 (n=77)	36,9 (n=87)	34,1 (n=87)	21,0 (n=87)	16,1 (n=87)	19,1 (n=87)
Älter (IG: ≥ 46 Jahre; KG: ≥ 47 Jahre)	37,9 (n=79)	57,3 (n=79)	12,7 (n=79)	6,4 (n=79)	7,8 (n=78)	49,5 (n=87)	54,8 (n=87)	22,6 (n=85)	22,8 (n=84)	15,9 (n=84)
• **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)	29,0 (n=39)	46,8 (n=39)	23,5 (n=39)	25,4 (n=39)	13,6 (n=39)	36,9 (n=57)	47,4 (n=57)	23,4 (n=57)	22,2 (n=56)	22,8 (n=56)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	30,2 (n=57)	32,6 (n=57)	15,5 (n=57)	17,9 (n=57)	24,0 (n=56)	25,4 (n=48)	29,5 (n=48)	20,4 (n=48)	13,9 (n=48)	10,4 (n=48)
F 30-39 (Affektive Störungen)	41,3 (n=39)	71,8 (n=39)	14,0 (n=39)	11,7 (n=39)	18,6 (n=39)	57,6 (n=39)	65,1 (n=39)	26,7 (n=38)	34,9 (n=38)	17,2 (n=38)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,9 (n<10)	30,6 (n<10)	0,5 (n<10)	2,5 (n<10)	10,3 (n<10)	74,5 (n=11)	41,5 (n=11)	0,0 (n=10)	1,3 (n=10)	13,1 (n=10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	174,0 (n<10)	47,5 (n<10)	3,5 (n<10)	2,5 (n<10)	5,0 (n<10)	28,0 (n<10)	12,3 (n<10)	3,5 (n<10)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	43,9 (n<10)	98,1 (n<10)	55,0 (n<10)	39,6 (n<10)	67,4 (n<10)	118,9 (n<10)	70,5 (n<10)	50,8 (n<10)	8,8 (n<10)	49,5 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	3,3 (n<10)	1,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	1,5 (n<10)	0,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,2 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	159,0 (n<10)	5,0 (n<10)	4,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[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	1,72* 1,04…2,85	4,11* 1,40…12,13	-1,96 -5,01…1,09	4,31*** 2,96…5,67
DID Jahr 2	0,94 0,55…1,60	2,31 0,68…7,87	-0,07 -3,12…2,98	0,22 -1,13…1,57
DID Jahr 3	1,01 0,59…1,75	4,29* 1,14…16,17	-0,35 -3,40…2,70	0,38 -0,98…1,73
DID Jahr 4	0,88 0,50…1,53	2,08 0,56…7,68	0,04 -3,01…3,09	-0,09 -1,44…1,26
DID Jahr 1-4	—	—	-0,58 -3,12…1,96	1,21* 0,09…2,33
Gruppe	0,89 0,59…1,35	0,66 0,23…1,86	-0,97 -3,13…1,19	0,06 -0,90…1,01
Jahr 1	41,58*** 28,77…60,07	12,39*** 6,16…24,92	18,99*** 16,83…21,15	4,87*** 3,91…5,83
Jahr 2	1,83** 1,26…2,67	1,81 0,79…4,14	1,75 -0,41…3,91	0,35 -0,61…1,31
Jahr 3	1,49* 1,01…2,20	0,89 0,34…2,32	1,92 -0,24…4,09	0,17 -0,79…1,13
Jahr 4	1,39 0,94…2,06	1,23 0,50…2,99	0,62 -1,54…2,78	0,32 -0,64…1,27
Indexgruppe 6 (F10)	1,89*** 1,55…2,29	0,52*** 0,37…0,73	-2,13** -3,42…-0,83	-1,03*** -1,61…-0,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,87 0,72…1,05	1,32* 1,01…1,71	0,13 -1,03…1,28	0,43 -0,08…0,95
Indexgruppe 9 (F43)	0,88 0,70…1,10	0,85 0,62…1,16	-1,68* -3,02…-0,35	-0,24 -0,83…0,35
Psy A[1]	1,41*** 1,17…1,71	1,34* 1,03…1,75	2,48*** 1,32…3,65	0,43 -0,09…0,95
Psy B[2]	1,44** 1,16…1,80	0,99 0,72…1,36	3,03*** 1,62…4,44	0,06 -0,57…0,68
Alter	0,90 0,75…1,07	0,60*** 0,46…0,78	-1,38* -2,46…-0,30	-0,51* -0,99…-0,03
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,73…1,01	0,97 0,77…1,23	-1,34* -2,37…-0,32	0,00 -0,46…0,45

Komorbidität[3]	1,00 0,96…1,03	0,95 0,90…1,01	-0,32** -0,57…-0,08	-0,14** -0,25…-0,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,37* 1,06…1,76	0,37** 0,21…0,65	3,59*** 1,92…5,27	-0,45 -1,20…0,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,55*** 1,32…1,82	1,85*** 1,46…2,34	2,55*** 1,56…3,55	1,06*** 0,61…1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,09*** 0,07…0,12	1,02 0,80…1,31	-6,54*** -7,65…-5,43	1,04*** 0,55…1,53

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	1,05 0,71…1,56	1,64 0,89…3,01	-0,22 -5,25…4,80	1,33 -0,15…2,82
DID Jahr 2	0,82 0,54…1,23	2,34 0,96…5,68	-0,99 -6,01…4,03	0,49 -1,00…1,97
DID Jahr 3	1,01 0,66…1,54	3,18* 1,29…7,87	1,75 -3,27…6,78	0,64 -0,84…2,13
DID Jahr 4	0,81 0,53…1,25	2,53* 1,04…6,11	2,35 -2,68…7,37	0,15 -1,34…1,63
DID Jahr 1-4	—	—	0,72 -3,29…4,74	0,65 -0,53…1,83
Gruppe	0,90 0,68…1,19	1,36 0,88…2,12	-5,58** -9,13…-2,02	0,11 -0,94…1,16
Jahr 1	1,14 0,86…1,52	0,94 0,59…1,51	2,76 -0,81…6,32	-0,14 -1,20…0,91
Jahr 2	0,39*** 0,29…0,52	0,20*** 0,09…0,41	-6,62*** -10,18…-3,06	-2,32*** -3,37…-1,26
Jahr 3	0,24*** 0,18…0,33	0,17*** 0,08…0,38	-9,65*** -13,21…-6,09	-2,36*** -3,41…-1,30
Jahr 4	0,27*** 0,20…0,37	0,20*** 0,09…0,41	-10,14*** -13,70…-6,58	-1,61** -2,66…-0,55
Indexgruppe 6 (F10)	2,76*** 2,29…3,33	0,55** 0,38…0,79	3,47** 1,21…5,73	-1,66*** -2,32…-0,99
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,44*** 1,18…1,76	0,72 0,50…1,04	5,45*** 3,06…7,84	-0,42 -1,13…0,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,82* 0,67…1,00	1,61** 1,16…2,23	2,22 -0,13…4,57	0,97** 0,28…1,67
Psy A[1]	1,46*** 1,18…1,80	1,42 0,96…2,11	3,34** 0,87…5,81	0,23 -0,50…0,96
Psy B[2]	1,34*** 1,14…1,58	0,98 0,75…1,29	4,61*** 2,71…6,50	0,07 -0,49…0,63
Alter	0,66*** 0,57…0,77	0,59*** 0,46…0,77	-1,91* -3,65…-0,16	-0,77** -1,29…-0,26
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,95…1,26	1,25 0,97…1,62	1,23 -0,46…2,91	0,51* 0,02…1,01
Komorbidität[3]	0,99 0,95…1,02	1,00 0,94…1,06	-0,08 -0,50…0,36	-0,06 -0,19…0,07

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,29* 1,05…1,57	0,51** 0,32…0,82	2,48* 0,10…4,86	-0,55 -1,25…0,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,90*** 2,49…3,38	3,72*** 2,71…5,11	9,69*** 7,95…11,42	1,63*** 1,11…2,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,25*** 0,21…0,28	0,72** 0,56…0,92	-11,43*** -13,21…-9,64	-0,55* -1,08…-0,02

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 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	-1,71*** -2,64…-0,78	1,31* 0,24…2,38	0,82 -2,17…3,80
DID Jahr 2	-1,59** -2,52…-0,66	1,62** 0,56…2,69	-0,20 -3,19…2,79
DID Jahr 3	-1,26** -2,19…-0,33	0,94 -0,13…2,00	-0,61 -3,59…2,38
DID Jahr 4	-1,26** -2,19…-0,34	0,59 -0,48…1,65	-1,49 -4,48…1,49
Gruppe	0,04 -0,62…0,69	-0,03 -0,79…0,72	2,26* 0,15…4,38
Jahr 1	3,66*** 3,00…4,32	0,76 0,00…1,51	3,32** 1,20…5,44
Jahr 2	2,44*** 1,79…3,10	0,11 -0,65…0,86	1,21 -0,91…3,32
Jahr 3	2,16*** 1,50…2,82	0,21 -0,55…0,96	0,67 -1,45…2,78
Jahr 4	2,43*** 1,77…3,08	-0,04 -0,80…0,72	-0,74 -2,86…1,37
Indexgruppe 6 (F10)	-0,20 -0,60…0,19	-1,60*** -2,05…-1,14	1,04 -0,23…2,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,52** 0,17…0,88	1,09*** 0,69…1,49	-0,27 -1,40…0,86
Indexgruppe 9 (F43)	-0,41* -0,82…-0,01	0,65** 0,19…1,12	-0,76 -2,06…0,55
Psy A[1]	0,90*** 0,55…1,25	1,35*** 0,94…1,75	1,92** 0,79…3,06
Psy B[2]	0,28 -0,14…0,71	1,40*** 0,91…1,89	5,32*** 3,93…6,70
Alter	-0,68*** -1,01…-0,35	-0,76*** -1,14…-0,38	0,85 -0,21…1,90
Geschlecht (m vs. w)	0,21 -0,10…0,52	0,02 -0,34…0,38	0,03 -0,98…1,03
Komorbidität[3]	-0,07 -0,14…0,01	-0,13** -0,22…-0,05	1,97*** 1,73…2,20

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,11 -0,40…0,62	0,09 -0,50…0,67	7,21*** 5,56…8,85
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,17 -0,13…0,47	0,51** 0,16…0,86	1,56** 0,58…2,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,71*** 0,38…1,05	-0,77*** -1,15…-0,38	0,08 -1,01…1,16

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	1,41 -0,79…3,61	0,49 -0,61…1,58	1,28 -2,47…5,04
DID Jahr 2	1,15 -1,05…3,35	0,86 -0,24…1,96	0,45 -3,31…4,21
DID Jahr 3	0,34 -1,86…2,54	1,00 -0,09…2,10	0,16 -3,60…3,92
DID Jahr 4	0,06 -2,14…2,26	0,58 -0,52…1,68	0,75 -3,01…4,50
Gruppe	0,14 -1,42…1,69	-0,32 -1,10…0,46	2,92* 0,25…5,58
Jahr 1	5,81*** 4,25…7,37	-0,15 -0,93…0,63	-0,96 -3,63…1,70
Jahr 2	5,79*** 4,24…7,35	-0,63 -1,41…0,15	-0,38 -3,04…2,29
Jahr 3	4,55*** 2,99…6,10	-0,93* -1,70…-0,15	-0,87 -3,53…1,80
Jahr 4	4,70*** 3,14…6,25	-0,99* -1,77…-0,22	-1,72 -4,38…0,95
Indexgruppe 6 (F10)	-0,13 -1,12…0,86	-1,20*** -1,69…-0,70	-2,98** -4,67…-1,29
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,30*** 1,26…3,35	-0,45 -0,97…0,07	-1,66 -3,44…0,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,80 -1,82…0,23	-0,09 -0,60…0,43	-0,64 -2,40…1,12
Psy A[1]	0,21 -0,87…1,29	1,00*** 0,46…1,54	1,40 -0,44…3,25
Psy B[2]	0,25 -0,58…1,08	1,61*** 1,19…2,02	2,76*** 1,35…4,18
Alter	-0,58 -1,35…0,18	-0,82*** -1,20…-0,44	-1,77** -3,07…-0,46
Geschlecht (m vs. w)	-1,26** -2,00…-0,53	0,53** 0,16…0,90	0,62 -0,64…1,88
Komorbidität[3]	0,11 -0,08…0,29	-0,03 -0,13…0,06	2,36*** 2,04…2,68

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,31 -1,36…0,73	-0,50 -1,02…0,02	5,73*** 3,95…7,51
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,10 -0,85…0,67	0,78*** 0,40…1,16	-0,07 -1,37…1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,29*** 2,51…4,08	-2,55*** -2,94…-2,16	-3,31*** -4,65…-1,97

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,11 0,82…1,51	1,18 0,91…1,52	1,25 0,96…1,63
Indexgruppe 6 (F10)	0,48*** 0,32…0,72	0,39*** 0,28…0,54	0,31*** 0,22…0,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,21 0,86…1,70	1,44* 1,07…1,92	1,20 0,89…1,63
Indexgruppe 9 (F43)	0,65 0,42…1,01	0,80 0,56…1,14	0,77 0,53…1,10
Psy A[1]	1,51* 1,05…2,19	1,60** 1,18…2,17	1,88*** 1,38…2,56
Psy B[2]	1,56* 1,06…2,29	1,33 0,94…1,88	1,15 0,80…1,65
Alter	0,64* 0,46…0,90	0,76 0,57…1,01	0,79 0,59…1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,73…1,35	0,98 0,75…1,27	1,05 0,80…1,38
Komorbidität[3]	0,93 0,86…1,01	0,96 0,90…1,03	0,95 0,89…1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,66…1,79	0,96 0,63…1,45	0,96 0,63…1,47
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,50* 1,10…2,06	1,42* 1,09…1,86	1,54** 1,17…2,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,69 0,46…1,06	0,90 0,64…1,27	1,05 0,74…1,49

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 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,80 0,40…1,60	1,45 0,78…2,70	1,30 0,68…2,51
Indexgruppe 6 (F10)	0,43* 0,19…0,96	0,40* 0,19…0,83	0,48 0,22…1,04
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,58* 1,20…5,55	2,75** 1,36…5,55	2,43* 1,14…5,16
Indexgruppe 9 (F43)	3,22* 1,32…7,89	2,73* 1,12…6,70	2,85 0,98…8,27
Psy A[1]	1,66 0,72…3,85	1,28 0,62…2,67	2,01 0,92…4,37
Psy B[2]	1,26 0,56…2,83	1,55 0,73…3,30	1,22 0,54…2,77
Alter	0,73 0,35…1,52	0,57 0,29…1,12	0,55 0,27…1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,52 0,25…1,08	0,52 0,27…1,02	0,61 0,29…1,28
Komorbidität[3]	1,12 0,94…1,34	1,05 0,89…1,23	1,09 0,93…1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,33…3,43	0,98 0,33…2,93	1,34 0,38…4,67
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,48…1,85	1,14 0,62…2,08	1,18 0,62…2,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,28…1,88	0,83 0,35…1,96	0,75 0,31…1,80

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,80 0,89…3,65	1,43 0,75…2,71	1,45 0,73…2,88
Indexgruppe 6 (F10)	0,33* 0,13…0,81	0,31** 0,14…0,70	0,21*** 0,09…0,49
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,41…2,27	0,86 0,39…1,91	0,82 0,35…1,96
Indexgruppe 9 (F43)	1,00 0,40…2,51	2,08 0,86…5,04	1,12 0,43…2,96
Psy A[1]	1,59 0,65…3,90	2,08 0,94…4,61	1,67 0,71…3,96
Psy B[2]	1,46 0,64…3,34	1,24 0,55…2,81	0,90 0,36…2,25
Alter	0,90 0,41…1,99	1,04 0,50…2,16	0,89 0,40…1,95
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,47…2,02	1,13 0,57…2,23	1,13 0,53…2,40
Komorbidität[3]	1,18 0,96…1,45	0,98 0,82…1,18	0,99 0,81…1,20
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,32 0,09…1,13	1,13 0,39…3,24	1,68 0,54…5,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,75 0,85…3,61	1,66 0,83…3,31	1,77 0,82…3,82
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65 0,25…1,71	1,04 0,43…2,49	0,73 0,28…1,88

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 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	1,08 0,53…2,21	1,54 0,78…3,02	2,28* 1,05…4,99
Indexgruppe 6 (F10)	0,62 0,26…1,50	0,24** 0,10…0,56	0,28** 0,11…0,71
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,45 0,62…3,42	0,74 0,31…1,72	0,68 0,26…1,75
Indexgruppe 9 (F43)	1,12 0,45…2,81	0,95 0,40…2,24	0,96 0,36…2,52
Psy A[1]	0,85 0,34…2,12	1,21 0,54…2,73	0,86 0,35…2,10
Psy B[2]	2,82* 1,11…7,17	1,26 0,51…3,10	2,42 0,87…6,78
Alter	0,41* 0,17…0,95	0,42* 0,20…0,90	0,36* 0,15…0,83
Geschlecht (m vs. w)	1,12 0,54…2,30	0,79 0,40…1,57	0,97 0,44…2,15
Komorbidität[3]	1,04 0,88…1,23	1,03 0,88…1,21	1,03 0,87…1,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69 0,20…2,44	1,36 0,44…4,25	0,48 0,12…1,88
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,89 0,43…1,81	0,61 0,31…1,22	0,72 0,32…1,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,37…2,31	0,86 0,34…2,14	1,60 0,54…4,68

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 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,14 0,85…1,53	1,22 0,92…1,63	1,54* 1,10…2,14
Indexgruppe 6 (F10)	0,70 0,47…1,04	0,54** 0,37…0,78	0,50** 0,33…0,77
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,79* 1,15…2,78	1,75** 1,15…2,67	1,94** 1,18…3,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,41 0,89…2,23	1,21 0,79…1,85	1,23 0,76…1,99
Psy A[1]	1,29 0,80…2,09	1,32 0,85…2,06	1,11 0,68…1,79
Psy B[2]	1,44 0,99…2,09	1,82** 1,27…2,60	2,18*** 1,44…3,30
Alter	1,08 0,78…1,48	1,05 0,77…1,44	0,96 0,67…1,38
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,68…1,26	1,13 0,83…1,53	0,87 0,61…1,25
Komorbidität[3]	0,89** 0,82…0,96	0,92* 0,85…0,99	1,00 0,92…1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87 0,55…1,39	0,65 0,41…1,01	0,53* 0,32…0,87
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,99 0,71…1,39	1,24 0,90…1,71	1,33 0,92…1,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,53* 1,06…2,19	1,68** 1,17…2,43	2,10** 1,34…3,27

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,22 0,82…1,82	1,60* 1,06…2,40	1,39 0,84…2,30
Indexgruppe 6 (F10)	0,80 0,46…1,40	0,78 0,44…1,38	0,62 0,31…1,23
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,92* 1,04…3,53	2,12* 1,14…3,95	2,52* 1,17…5,41
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,58 0,29…1,16	0,99 0,52…1,89	1,17 0,54…2,54
Psy A[1]	1,67 0,85…3,28	1,97* 1,03…3,76	1,80 0,84…3,86
Psy B[2]	1,38 0,81…2,33	1,84* 1,12…3,04	2,59** 1,43…4,70
Alter	1,25 0,82…1,93	0,92 0,60…1,42	0,85 0,50…1,45
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,66…1,58	1,03 0,66…1,60	0,99 0,58…1,68
Komorbidität[3]	0,93 0,83…1,03	0,96 0,86…1,07	0,94 0,82…1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,53 0,27…1,04	0,44* 0,23…0,84	0,98 0,46…2,06
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34 0,84…2,13	1,23 0,78…1,95	1,55 0,89…2,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,03** 1,30…3,16	2,04** 1,28…3,24	1,82* 1,03…3,20

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,92 0,57…1,47	1,37 0,87…2,14	1,55 0,90…2,67
Indexgruppe 6 (F10)	0,64 0,34…1,20	0,47* 0,26…0,84	0,64 0,32…1,29
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,16 0,57…2,33	1,53 0,79…2,99	2,34* 1,03…5,28
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,54…2,44	0,98 0,47…2,05	1,23 0,51…2,96
Psy A[1]	1,78 0,78…4,06	1,84 0,87…3,88	1,80 0,78…4,19
Psy B[2]	1,70 0,91…3,20	2,02* 1,11…3,69	2,52* 1,25…5,07
Alter	0,89 0,53…1,49	0,70 0,43…1,14	0,67 0,37…1,21
Geschlecht (m vs. w)	0,68 0,40…1,15	0,66 0,40…1,11	0,70 0,38…1,30
Komorbidität[3]	0,94 0,84…1,06	0,99 0,89…1,11	0,98 0,86…1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,36 0,13…1,00	0,44* 0,20…0,95	0,47 0,20…1,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,61…1,78	1,20 0,73…1,99	0,99 0,55…1,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,31 0,77…2,23	1,24 0,75…2,07	1,85 0,98…3,48

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	1,31 0,80…2,13	1,34 0,85…2,13	1,34 0,77…2,31
Indexgruppe 6 (F10)	0,58 0,31…1,10	0,43** 0,24…0,77	0,35** 0,18…0,69
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,41 0,70…2,87	1,23 0,64…2,38	1,22 0,56…2,65
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,48…2,35	1,17 0,57…2,39	1,76 0,74…4,22
Psy A[1]	0,91 0,39…2,10	1,07 0,51…2,27	1,17 0,48…2,82
Psy B[2]	1,52 0,81…2,88	1,52 0,85…2,73	1,81 0,91…3,62
Alter	1,06 0,62…1,81	0,90 0,54…1,49	0,77 0,42…1,41
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,48…1,36	0,89 0,54…1,46	1,12 0,62…2,02
Komorbidität[3]	1,01 0,89…1,16	0,98 0,87…1,10	1,02 0,88…1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,71 0,30…1,66	0,60 0,27…1,33	0,71 0,30…1,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,68…1,98	0,97 0,59…1,59	1,32 0,72…2,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,08** 1,25…3,46	2,14** 1,31…3,48	2,38** 1,29…4,41

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 Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1)

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1)

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,18 -0,03…0,38	8,44 -3,58…20,46
DID Jahr 2	-0,11 -0,32…0,10	0,99 -11,03…13,01
DID Jahr 3	-0,07 -0,28…0,14	-1,27 -13,29…10,75
DID Jahr 4	-0,11 -0,32…0,10	-2,14 -14,17…9,88
DID Jahr 1-4	—	1,50 -8,59…11,59
Gruppe	0,03 -0,12…0,18	1,26 -7,26…9,79
Jahr 1	0,70*** 0,56…0,85	42,48*** 34,12…50,85
Jahr 2	-0,04 -0,18…0,11	-4,09 -12,45…4,28
Jahr 3	-0,13 -0,27…0,02	-4,03 -12,39…4,34
Jahr 4	-0,10 -0,24…0,05	-5,34 -13,71…3,02
Indexgruppe 6 (F10)	0,11* 0,02…0,20	-0,85 -6,02…4,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,01 -0,07…0,10	14,23*** 9,45…19,01
Indexgruppe 9 (F43)	-0,09* -0,17…0,00	-0,22 -5,11…4,68
Psy A[1]	0,08* 0,00…0,16	8,79*** 4,20…13,39
Psy B[2]	0,10 0,00…0,20	-1,12 -7,00…4,76
Alter	-0,04 -0,11…0,03	4,88* 0,89…8,88
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,08…0,06	-0,68 -4,69…3,33
Komorbidität[3]	0,02 -0,01…0,04	-0,52 -1,72…0,67

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,18 -0,37…0,01	-12,58* -23,62…-1,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,29*** -0,37…-0,22	-7,40** -11,78…-3,03

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,20 -0,66…0,26	6,82 -7,84…21,49
DID Jahr 2	-0,01 -0,47…0,45	5,93 -8,73…20,59
DID Jahr 3	-0,02 -0,48…0,45	4,91 -9,75…19,58
DID Jahr 4	-0,11 -0,57…0,36	4,73 -9,93…19,40
DID Jahr 1-4	—	5,60 -6,16…17,36
Gruppe	0,00 -0,32…0,33	-6,83 -17,22…3,57
Jahr 1	0,25 -0,08…0,57	4,11 -6,21…14,43
Jahr 2	-0,37* -0,70…-0,05	-18,80*** -29,12…-8,48
Jahr 3	-0,57** -0,90…-0,25	-21,19*** -31,51…-10,87
Jahr 4	-0,58** -0,90…-0,25	-21,36*** -31,68…-11,04
Indexgruppe 6 (F10)	0,77*** 0,56…0,98	-4,05 -10,85…2,75
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,07 -0,28…0,15	-4,22 -11,16…2,72
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,35** -0,56…-0,13	8,48* 1,72…15,25
Psy A[1]	0,25* 0,05…0,46	8,35* 1,72…14,98
Psy B[2]	0,34*** 0,15…0,52	2,87 -2,87…8,62
Alter	-0,32*** -0,48…-0,16	0,60 -4,42…5,62
Geschlecht (m vs. w)	0,08 -0,08…0,24	-0,13 -5,16…4,91
Komorbidität[3]	0,00 -0,05…0,04	-0,20 -1,59…1,20

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,31* -0,58…-0,04	-3,98 -12,53…4,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,49*** -0,65…-0,32	-15,60*** -20,94…-10,27

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	-0,10 -0,45…0,24
DID Jahr 2	0,06 -0,29…0,41
DID Jahr 3	0,06 -0,29…0,41
DID Jahr 4	0,04 -0,30…0,39
Gruppe	0,13 -0,12…0,37
Jahr 1	0,67*** 0,42…0,91
Jahr 2	0,14 -0,11…0,39
Jahr 3	0,08 -0,17…0,32
Jahr 4	0,06 -0,19…0,31
Indexgruppe 6 (F10)	0,69*** 0,54…0,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,14* 0,01…0,28
Indexgruppe 9 (F43)	-0,11 -0,26…0,05
Psy A[1]	0,44*** 0,31…0,57
Psy B[2]	0,49*** 0,33…0,65
Alter	1,17*** 1,05…1,28
Geschlecht (m vs. w)	0,07 -0,04…0,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,50*** 1,32…1,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,28*** 0,17…0,39

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,03 -0,15…0,10

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	-0,08 -0,44…0,29
DID Jahr 2	0,01 -0,35…0,38
DID Jahr 3	-0,06 -0,43…0,30
DID Jahr 4	0,09 -0,28…0,46
Gruppe	0,05 -0,21…0,31
Jahr 1	0,32* 0,06…0,57
Jahr 2	0,07 -0,19…0,33
Jahr 3	0,12 -0,14…0,38
Jahr 4	-0,02 -0,28…0,24
Indexgruppe 6 (F10)	1,03*** 0,87…1,20
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,05 -0,23…0,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,40*** 0,23…0,57
Psy A[1]	0,51*** 0,33…0,68
Psy B[2]	0,60*** 0,46…0,73
Alter	0,69*** 0,57…0,82
Geschlecht (m vs. w)	0,22** 0,09…0,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06*** 0,89…1,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,34*** 0,22…0,47

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,46*** -0,59…-0,33

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	0,69* 0,49…0,98
Psy A[1]	0,57* 0,37…0,90
Psy B[2]	0,73 0,40…1,35
Alter	8,70*** 4,61…16,43
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,76…1,53
Komorbidität[3]	1,10** 1,03…1,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,70…1,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,86 0,61…1,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39*** 0,23…0,66

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,07 0,72…1,60
Psy A[1]	0,70 0,42…1,17
Psy B[2]	0,77 0,48…1,22
Alter	9,79*** 4,24…22,60
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,60…1,36
Komorbidität[3]	1,24*** 1,14…1,35
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,57…1,54
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,09 0,70…1,72
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,63…1,46

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,69* 1,08…2,65	1,61* 1,03…2,51	1,14 0,90…1,44
Psy A[1]	0,83 0,50…1,39	0,84 0,51…1,39	0,75* 0,56…0,99
Psy B[2]	1,24 0,65…2,39	1,61 0,87…2,98	0,89 0,61…1,30
Alter	1,62* 1,01…2,59	1,11 0,69…1,78	0,98 0,76…1,27
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,67…1,61	0,88 0,57…1,35	0,46*** 0,36…0,58
Komorbidität[3]	1,00 0,89…1,12	0,99 0,88…1,10	0,91** 0,84…0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,50 0,50…4,46	0,83 0,32…2,15	0,76 0,48…1,18
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,25 0,81…1,93	1,13 0,74…1,75	0,93 0,73…1,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,57* 0,37…0,89	1,04 0,67…1,62	0,56*** 0,43…0,74

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,42 0,63…3,16	2,16* 1,14…4,07	1,19 0,79…1,78
Psy A[1]	1,71 0,73…4,02	3,24* 1,11…9,47	1,18 0,58…2,41
Psy B[2]	0,35 0,11…1,13	0,96 0,52…1,77	1,14 0,74…1,76
Alter	0,62 0,26…1,52	0,81 0,44…1,51	0,71 0,47…1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,99 0,86…4,60	1,86 0,94…3,67	0,78 0,52…1,19
Komorbidität[3]	0,87 0,69…1,10	1,01 0,87…1,18	0,87 0,76…1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	4,76** 1,50…15,09	0,49 0,11…2,14	0,56 0,28…1,13
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,55…2,99	1,85 0,92…3,72	0,86 0,56…1,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,68 0,30…1,52	1,52 0,82…2,82	0,64 0,41…1,00

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

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

Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontaktabbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
Gruppe	-0,04 -0,10…0,02	-5,86 -23,52…11,79	-0,01 -0,06…0,04	-1,07 -18,10…15,95
Psy B²	-0,04 -0,10…0,03	-16,49 -34,70…1,71	-0,05* -0,11…0,00	-18,46* -36,02…-0,90
Alter	0,06 -0,01…0,13	29,03** 10,03…48,04	0,10** 0,04…0,15	33,02*** 14,69…51,35
Geschlecht (m vs. w)	-0,10** -0,17…-0,04	-23,56* -41,79…-5,33	-0,05 -0,10…0,00	-15,66 -33,24…1,93
Komorbidität³	0,03*** 0,01…0,04	7,21** 2,62…11,79	0,02* 0,00…0,03	5,41* 0,99…9,83
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,09 -0,02…0,20	30,68 -1,32…62,68	0,07 -0,02…0,16	27,96 -2,90…58,83

Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,00 0,85…1,18	-3,84 -18,52…10,85
Psy A[1]	1,17 0,95…1,44	4,89 -13,96…23,74
Psy B[2]	1,54*** 1,22…1,94	-3,01 -23,06…17,04
Alter	0,67*** 0,55…0,80	5,13 -10,86…21,12
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,72…1,01	1,09 -13,88…16,07
Komorbidität[3]	1,02 0,98…1,06	2,39 -1,10…5,88
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,90…1,52	-2,33 -25,03…20,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18 1,00…1,40	-21,01** -36,23…-5,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,68…1,10	30,18** 8,28…52,08

Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	1,55 0,79…3,04	1,00 0,81…1,22	1,82*** 1,35…2,45	1,71 0,95…3,08	2,35* 1,04…5,31	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,69 0,04…12,21	1,30* 1,04…1,62	0,78 0,57…1,06	0,69 0,37…1,27	0,71 0,30…1,69	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,98 0,48…2,00	1,30* 1,05…1,61	1,72** 1,27…2,34	0,97 0,54…1,74	0,87 0,39…1,92	kf
Komorbidität³	kf	kf	kf	kf	0,94 0,83…1,06	1,04 0,99…1,10	0,87** 0,80…0,95	1,21* 1,03…1,41	1,21 0,98…1,51	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,36** 0,19…0,69	1,34 0,83…2,18	0,22* 0,07…0,73	0,91 0,40…2,11	0,63 0,23…1,77	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	2,86** 1,40…5,87	1,57*** 1,28…1,94	2,17*** 1,61…2,93	0,75 0,40…1,40	0,54 0,23…1,24	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	5,17*** 2,09…12,81	0,61*** 0,50…0,76	0,79 0,59…1,06	0,58 0,29…1,16	1,68 0,35…8,11	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	2,09*** 1,54…2,84	5,06*** 2,08…12,30	-2,47* -4,39…-0,54	4,08*** 3,07…5,09
DID Jahr 2	1,24 0,90…1,72	3,59** 1,39…9,30	0,24 -1,68…2,17	0,55 -0,46…1,56
Gruppe	0,80 0,62…1,02	0,56 0,23…1,33	-0,76 -2,12…0,60	-0,14 -0,86…0,57
Jahr 1	41,02*** 32,74…51,41	29,85*** 17,36…51,33	17,90*** 16,53…19,26	6,46*** 5,75…7,17
Jahr 2	1,60*** 1,27…2,01	3,07*** 1,67…5,66	1,83** 0,46…3,19	0,52 -0,20…1,23
Indexgruppe 6 (F10)	2,54*** 2,16…2,98	0,39*** 0,31…0,50	0,84 -0,28…1,97	-1,78*** -2,37…-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,88*** 1,53…2,31	0,75 0,56…1,01	12,01*** 10,53…13,48	-0,20 -0,97…0,57
Indexgruppe 9 (F43)	1,07 0,93…1,23	1,64*** 1,40…1,92	3,13*** 2,23…4,04	1,58*** 1,11…2,06
Psy A[1]	1,12 0,97…1,30	1,30** 1,10…1,54	1,95*** 1,00…2,89	0,88** 0,38…1,37
Psy B[2]	1,28** 1,08…1,52	1,04 0,85…1,28	2,17*** 0,98…3,35	0,11 -0,51…0,73
Alter	0,91 0,80…1,04	0,67*** 0,57…0,79	-1,33** -2,20…-0,46	-0,52* -0,98…-0,07
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,86…1,11	1,08 0,93…1,25	-0,61 -1,45…0,23	0,19 -0,25…0,63
Komorbidität[3]	1,04** 1,01…1,07	0,97 0,93…1,00	-0,06 -0,25…0,14	-0,19*** -0,30…-0,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,25* 1,03…1,53	0,26*** 0,18…0,38	3,25*** 1,86…4,64	-1,78*** -2,51…-1,05
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,42*** 1,26…1,61	1,82*** 1,57…2,11	2,89*** 2,08…3,71	1,56*** 1,14…1,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,07*** 0,06…0,08	0,87 0,75…1,02	-7,18*** -8,08…-6,28	0,71** 0,24…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	-1,23*** -1,72…-0,74	1,05** 0,36…1,73	0,09 -1,41…1,59
DID Jahr 2	-1,21*** -1,70…-0,72	1,08** 0,39…1,76	-0,92 -2,42…0,58
Gruppe	0,03 -0,32…0,37	0,34 -0,14…0,82	2,01*** 0,95…3,08
Jahr 1	3,43*** 3,08…3,78	1,16*** 0,68…1,64	3,21*** 2,15…4,27
Jahr 2	2,11*** 1,76…2,46	0,41 -0,07…0,90	1,18* 0,12…2,24
Indexgruppe 6 (F10)	-0,09 -0,38…0,19	-1,77*** -2,17…-1,37	-1,14* -2,02…-0,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88*** 0,50…1,25	0,53* 0,00…1,05	-4,06*** -5,21…-2,91
Indexgruppe 9 (F43)	0,66*** 0,43…0,89	1,35*** 1,03…1,67	-0,70 -1,41…0,00
Psy A[1]	0,33** 0,09…0,57	1,60*** 1,27…1,94	2,21*** 1,47…2,95
Psy B[2]	-0,01 -0,31…0,29	2,19*** 1,77…2,61	4,61*** 3,69…5,53
Alter	-0,29** -0,52…-0,07	-0,56*** -0,87…-0,25	2,33*** 1,65…3,00
Geschlecht (m vs. w)	0,05 -0,16…0,27	0,27 -0,03…0,57	0,03 -0,62…0,69
Komorbidität[3]	0,01 -0,05…0,06	-0,14*** -0,21…-0,07	1,83*** 1,67…1,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,23 -0,59…0,12	-0,63* -1,12…-0,14	7,92*** 6,84…9,01
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,25* 0,04…0,45	0,77*** 0,48…1,06	1,99*** 1,36…2,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,24*** 1,01…1,47	-0,67*** -0,99…-0,35	-1,31*** -2,02…-0,61

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,24* 1,04…1,48	1,29** 1,11…1,51	1,27** 1,09…1,49
Indexgruppe 6 (F10)	0,62*** 0,48…0,79	0,45*** 0,36…0,56	0,41*** 0,33…0,51
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,32*** 1,79…3,01	2,43*** 1,91…3,10	2,27*** 1,74…2,95
Indexgruppe 9 (F43)	1,66*** 1,34…2,05	1,94*** 1,62…2,31	1,85*** 1,55…2,22
Psy A[1]	1,44** 1,16…1,78	1,58*** 1,32…1,90	1,79*** 1,49…2,16
Psy B[2]	1,62*** 1,29…2,03	1,40** 1,14…1,73	1,31* 1,04…1,64
Alter	0,87 0,72…1,05	0,77** 0,65…0,91	0,86 0,72…1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,80…1,15	1,10 0,94…1,30	1,10 0,93…1,29
Komorbidität[3]	0,91*** 0,87…0,95	0,96* 0,92…0,99	0,95** 0,91…0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,74 0,54…1,01	0,76* 0,58…0,98	0,80 0,61…1,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,38** 1,15…1,65	1,29** 1,10…1,52	1,32** 1,12…1,55
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,99 0,79…1,23	1,20 0,99…1,46	1,28* 1,04…1,57

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,24 0,85…1,79	1,51* 1,07…2,13	1,61* 1,10…2,35
Indexgruppe 6 (F10)	0,36*** 0,21…0,62	0,29*** 0,18…0,47	0,31*** 0,19…0,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,48 0,83…2,66	1,31 0,75…2,27	1,14 0,62…2,11
Indexgruppe 9 (F43)	1,34 0,82…2,21	1,70* 1,09…2,63	1,81* 1,13…2,92
Psy A[1]	0,87 0,53…1,41	1,12 0,72…1,72	1,46 0,91…2,32
Psy B[2]	1,31 0,81…2,12	1,39 0,89…2,17	1,36 0,82…2,26
Alter	0,80 0,54…1,19	0,80 0,56…1,16	0,67 0,44…1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,69…1,51	0,88 0,60…1,27	0,91 0,60…1,38
Komorbidität[3]	1,02 0,92…1,12	1,00 0,91…1,09	1,04 0,95…1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,42…1,59	0,74 0,39…1,39	0,89 0,44…1,78
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,48* 1,01…2,16	1,46* 1,03…2,07	1,38 0,94…2,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,54…1,40	0,90 0,58…1,39	1,02 0,63…1,65

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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 Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3)

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,11 0,00…0,23	8,90* 0,64…17,16
DID Jahr 2	-0,07 -0,19…0,05	1,15 -7,11…9,41
Gruppe	0,05 -0,03…0,14	-1,21 -7,07…4,65
Jahr 1	0,57*** 0,49…0,66	46,90*** 41,14…52,66
Jahr 2	-0,12** -0,20…-0,03	-4,00 -9,76…1,76
Indexgruppe 6 (F10)	0,17*** 0,10…0,24	-7,94** -12,87…-3,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,16** 0,06…0,26	7,96* 1,12…14,80
Indexgruppe 9 (F43)	0,05 -0,01…0,10	17,95*** 14,07…21,83
Psy A[1]	0,08** 0,03…0,14	8,46*** 4,45…12,46
Psy B[2]	0,13** 0,05…0,21	-0,60 -5,97…4,77
Alter	-0,04 -0,09…0,01	9,37*** 5,83…12,91
Geschlecht (m vs. w)	0,00 -0,05…0,05	-0,28 -3,87…3,30
Komorbidität[3]	0,01 -0,01…0,02	-1,43** -2,48…-0,38
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,15* -0,30…0,00	-14,48** -24,83…-4,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,28*** -0,34…-0,23	-9,46*** -13,33…-5,58

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	-0,18 -0,37…0,01
DID Jahr 2	-0,03 -0,22…0,16
Gruppe	0,04 -0,09…0,18
Jahr 1	0,74*** 0,61…0,87
Jahr 2	0,16* 0,03…0,30
Indexgruppe 6 (F10)	0,52*** 0,41…0,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,15* -0,29…0,00
Indexgruppe 9 (F43)	0,12** 0,03…0,21
Psy A[1]	0,39*** 0,30…0,49
Psy B[2]	0,37*** 0,25…0,49
Alter	1,27*** 1,19…1,36
Geschlecht (m vs. w)	0,05 -0,03…0,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,45*** 1,32…1,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,47*** 0,39…0,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,20*** -0,28…-0,11

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,99 0,75…1,30
Psy A[1]	0,50*** 0,35…0,73
Psy B[2]	0,80 0,49…1,30
Alter	6,61*** 4,05…10,77
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,72…1,27
Komorbidität[3]	1,18*** 1,13…1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,62…1,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,81 0,61…1,08
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39*** 0,26…0,58

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	1,68*** 1,31…2,17	1,36* 1,00…1,83	1,01 0,86…1,20
Psy A[1]	0,68** 0,51…0,90	0,87 0,62…1,23	0,71** 0,58…0,86
Psy B[2]	1,25 0,86…1,83	1,40 0,91…2,16	0,92 0,70…1,21
Alter	1,20 0,92…1,57	1,07 0,78…1,49	1,19* 1,00…1,42
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,90…1,51	1,09 0,80…1,49	0,76** 0,64…0,90
Komorbidität[3]	1,03 0,96…1,09	1,02 0,94…1,10	0,94* 0,90…0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69 0,38…1,25	0,59 0,28…1,24	0,99 0,70…1,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17 0,91…1,50	1,24 0,91…1,68	1,00 0,84…1,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,77* 0,60…0,99	1,26 0,93…1,72	0,56*** 0,47…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 (3).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1)Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	611	614	581	571	557	597	601	565	551	530
durchschnittliche Kosten	**2.610,27 €**	**2.729,68 €**	**2.609,20 €**	**2.512,29 €**	**2.392,56 €**	**2.558,66 €**	**2.743,76 €**	**2.739,34 €**	**2.473,61 €**	**2.583,49 €**
Standardabweichung	4.947,05 €	8.103,21 €	6.163,34 €	6.309,21 €	5.850,85 €	5.120,71 €	6.291,04 €	6.762,83 €	6.521,11 €	5.990,23 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	318,79 €	293,25 €	238,38 €	293,98 €	274,24 €	263,20 €	232,47 €	214,69 €	213,24 €	193,61 €
Median	872,36 €	759,82 €	778,77 €	826,67 €	769,75 €	727,95 €	680,70 €	679,17 €	593,35 €	548,06 €
75%-Perzentil	2.804,80 €	2.391,22 €	2.260,08 €	2.376,07 €	2.352,51 €	2.258,33 €	2.246,60 €	2.397,57 €	2.003,10 €	1.998,07 €
Maximum	45.810,27 €	140.768,95 €	101.317,30 €	72.132,95 €	106.868,04 €	46.589,14 €	67.521,39 €	70.596,58 €	74.571,59 €	54.896,74 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	510	512	492	479	465	506	498	486	477	450
durchschnittliche Kosten	**2.251,94 €**	**2.759,37 €**	**2.749,00 €**	**2.684,46 €**	**3.304,46 €**	**2.429,75 €**	**2.558,29 €**	**2.501,54 €**	**3.263,37 €**	**2.618,67 €**
Standardabweichung	4.444,28 €	12.411,25 €	7.809,45 €	6.745,73 €	8.606,85 €	6.761,28 €	6.628,77 €	7.036,27 €	7.753,76 €	5.525,50 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	310,92 €	300,75 €	269,16 €	287,91 €	294,58 €	265,32 €	243,44 €	255,77 €	279,50 €	282,10 €
Median	713,50 €	707,02 €	721,51 €	694,88 €	841,77 €	653,77 €	672,50 €	664,07 €	723,69 €	762,63 €
75%-Perzentil	2.032,91 €	1.973,97 €	2.284,84 €	2.237,28 €	2.563,20 €	1.962,90 €	2.201,16 €	2.123,29 €	2.657,07 €	2.409,77 €
Maximum	43.285,70 €	261.838,38 €	120.550,42 €	95.920,98 €	80.850,63 €	118.757,33 €	79.406,37 €	94.755,55 €	64.393,21 €	53.679,45 €

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	196	162	135	123	133	167	148	139	121	133
durchschnittliche Kosten	**1.429,08 €**	**1.501,79 €**	**1.387,24 €**	**1.134,09 €**	**1.276,42 €**	**1.505,87 €**	**1.507,10 €**	**1.335,86 €**	**1.308,27 €**	**1.484,51 €**
Standardabweichung	3.935,14 €	6.357,26 €	5.438,37 €	4.475,80 €	5.349,42 €	4.373,94 €	4.797,31 €	4.452,08 €	5.281,03 €	4.579,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.358,49 €	723,59 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	708,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	45.341,40 €	99.501,13 €	99.950,34 €	70.282,38 €	106.651,29 €	45.507,29 €	52.136,16 €	59.441,49 €	68.481,56 €	54.529,07 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	135	123	115	102	110	136	119	121	125	117
durchschnittliche Kosten	**1.215,28 €**	**1.727,07 €**	**1.478,40 €**	**1.457,44 €**	**1.789,41 €**	**1.490,06 €**	**1.495,38 €**	**1.438,60 €**	**1.749,23 €**	**1.301,12 €**
Standardabweichung	3.525,22 €	12.239,18 €	6.639,67 €	5.913,33 €	7.031,59 €	6.297,59 €	5.498,55 €	6.539,86 €	6.017,57 €	3.828,96 €
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	663,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	656,98 €	0,00 €	0,00 €	646,56 €	0,00 €
Maximum	32.475,29 €	261.690,67 €	108.893,50 €	93.582,67 €	78.110,87 €	115.796,81 €	67.774,62 €	94.040,18 €	58.573,59 €	35.204,93 €

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**4,82 €**	**12,65 €**	**1,49 €**	**5,98 €**	**2,51 €**	**14,16 €**	**0,00 €**	**12,82 €**	**1,35 €**	**6,80 €**
Standardabweichung	76,39 €	171,87 €	36,70 €	90,33 €	37,65 €	195,53 €	0,00 €	170,49 €	32,47 €	82,23 €
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	1.638,54 €	3.199,64 €	902,77 €	1.796,49 €	750,00 €	3.561,02 €	0,00 €	2.874,54 €	780,66 €	1.185,68 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**7,83 €**	**10,44 €**	**17,98 €**	**3,43 €**	**43,52 €**	**5,80 €**	**21,75 €**	**21,28 €**	**24,63 €**	**37,28 €**
Standardabweichung	104,75 €	122,00 €	189,09 €	75,85 €	397,80 €	126,12 €	340,44 €	414,92 €	273,51 €	448,91 €
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	1.617,74 €	2.096,95 €	2.961,88 €	1.679,01 €	6.917,88 €	2.854,34 €	7.395,10 €	9.198,15 €	3.570,84 €	8.901,78 €

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	49	50	44	52	43	59	67	54	37	34
durchschnittliche Kosten	**23,37 €**	**28,71 €**	**34,88 €**	**35,42 €**	**22,20 €**	**25,51 €**	**58,49 €**	**33,28 €**	**28,22 €**	**25,70 €**
Standardabweichung	115,96 €	152,53 €	225,13 €	166,49 €	98,52 €	124,42 €	358,92 €	182,59 €	171,03 €	212,85 €
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	1.267,31 €	2.285,78 €	3.028,33 €	2.102,32 €	991,69 €	1.917,58 €	6.701,04 €	2.820,41 €	2.300,14 €	4.144,91 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	36	37	26	37	38	35	30	31	38	30
durchschnittliche Kosten	**21,34 €**	**16,40 €**	**17,43 €**	**21,42 €**	**30,13 €**	**16,49 €**	**19,04 €**	**19,03 €**	**41,83 €**	**26,25 €**
Standardabweichung	120,45 €	90,03 €	122,66 €	103,67 €	182,24 €	84,39 €	110,27 €	136,02 €	274,00 €	147,32 €
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 €	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	1.463,12 €	1.184,37 €	1.983,06 €	1.176,43 €	3.165,24 €	1.139,76 €	1.299,18 €	2.334,25 €	3.857,08 €	1.922,72 €

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	609	611	580	569	554	595	599	562	549	527
durchschnittliche Kosten	**487,34 €**	**442,17 €**	**480,59 €**	**496,66 €**	**435,30 €**	**501,38 €**	**491,54 €**	**488,44 €**	**472,45 €**	**424,17 €**
Standardabweichung	418,71 €	390,35 €	492,10 €	456,67 €	459,63 €	509,68 €	488,27 €	545,34 €	532,46 €	501,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	203,39 €	167,77 €	173,81 €	182,26 €	158,96 €	180,53 €	152,69 €	142,28 €	141,44 €	113,58 €
Median	389,09 €	335,65 €	351,27 €	354,84 €	329,53 €	368,16 €	349,46 €	325,69 €	321,22 €	279,66 €
75%-Perzentil	630,11 €	604,76 €	633,28 €	688,29 €	562,08 €	677,90 €	649,49 €	634,50 €	630,74 €	567,48 €
Maximum	3.987,45 €	3.182,53 €	4.318,68 €	3.100,21 €	4.455,16 €	5.759,24 €	3.660,17 €	5.245,92 €	6.472,35 €	6.058,84 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	509	510	488	476	461	501	497	485	474	444
durchschnittliche Kosten	**443,88 €**	**420,53 €**	**454,93 €**	**464,53 €**	**470,93 €**	**417,91 €**	**421,02 €**	**428,58 €**	**441,92 €**	**410,26 €**
Standardabweichung	387,26 €	352,49 €	469,20 €	463,68 €	459,57 €	395,60 €	380,81 €	490,26 €	412,28 €	414,50 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	213,44 €	197,80 €	167,02 €	183,66 €	168,69 €	174,33 €	166,50 €	140,13 €	165,97 €	123,05 €
Median	328,60 €	321,50 €	329,84 €	328,01 €	341,27 €	308,39 €	320,54 €	325,91 €	323,42 €	288,14 €
75%-Perzentil	564,31 €	552,88 €	569,13 €	575,18 €	599,35 €	561,45 €	548,53 €	569,80 €	605,74 €	541,24 €
Maximum	3.163,57 €	3.363,49 €	4.532,84 €	3.610,52 €	3.703,14 €	3.262,13 €	2.901,21 €	7.251,59 €	3.064,25 €	2.856,67 €

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	517	523	502	497	478	497	495	474	443	438
durchschnittliche Kosten	**574,20 €**	**656,48 €**	**604,33 €**	**733,04 €**	**597,13 €**	**449,90 €**	**588,14 €**	**756,00 €**	**578,80 €**	**596,56 €**
Standardabweichung	2.049,58 €	2.649,29 €	1.953,47 €	3.373,23 €	1.747,61 €	1.680,30 €	2.732,38 €	4.367,59 €	2.577,44 €	2.905,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,71 €	29,91 €	20,79 €	30,35 €	29,34 €	16,05 €	14,99 €	14,10 €	13,59 €	14,27 €
Median	110,81 €	114,02 €	119,74 €	124,93 €	141,97 €	83,92 €	86,20 €	87,40 €	95,37 €	85,43 €
75%-Perzentil	383,33 €	405,76 €	446,64 €	488,72 €	518,37 €	290,40 €	407,43 €	387,35 €	382,44 €	327,66 €
Maximum	22.924,89 €	40.655,23 €	21.072,17 €	60.217,80 €	21.120,59 €	29.166,51 €	60.184,00 €	66.798,31 €	55.063,13 €	45.804,65 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	429	435	419	420	402	391	421	405	409	400
durchschnittliche Kosten	**500,61 €**	**516,08 €**	**712,96 €**	**669,06 €**	**903,24 €**	**440,90 €**	**536,02 €**	**526,67 €**	**905,45 €**	**772,30 €**
Standardabweichung	1.919,21 €	1.478,46 €	2.793,24 €	2.129,04 €	3.710,88 €	1.347,39 €	1.876,48 €	1.869,21 €	3.910,93 €	3.105,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,59 €	23,18 €	24,00 €	29,66 €	32,15 €	11,58 €	19,69 €	16,26 €	28,26 €	31,90 €
Median	128,87 €	123,53 €	111,17 €	143,87 €	159,43 €	82,70 €	100,17 €	122,71 €	163,51 €	166,55 €
75%-Perzentil	413,44 €	499,13 €	475,02 €	533,80 €	552,09 €	300,01 €	332,97 €	391,78 €	509,59 €	551,14 €
Maximum	33.617,96 €	17.866,59 €	45.544,30 €	27.785,64 €	59.727,52 €	13.760,68 €	22.553,23 €	33.107,44 €	56.041,82 €	51.697,32 €

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	624	624	605	590	579	619	619	596	578	562
N mit Fall	169	142	146	148	100	134	127	121	115	68
durchschnittliche Kosten	**91,46 €**	**87,88 €**	**100,67 €**	**107,09 €**	**58,99 €**	**61,85 €**	**98,49 €**	**112,95 €**	**84,52 €**	**45,75 €**
Standardabweichung	299,82 €	324,79 €	378,70 €	361,94 €	261,78 €	242,84 €	372,10 €	586,04 €	328,22 €	242,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	75,15 €	0,00 €	0,00 €	12,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.249,67 €	4.284,24 €	4.895,96 €	4.396,00 €	4.818,10 €	3.499,60 €	3.732,86 €	10.978,63 €	3.427,29 €	4.156,65 €

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	518	518	501	490	478	513	513	505	491	480
N mit Fall	110	99	98	88	84	86	94	91	102	84
durchschnittliche Kosten	**62,99 €**	**68,85 €**	**67,29 €**	**68,59 €**	**67,24 €**	**58,59 €**	**65,08 €**	**67,38 €**	**100,31 €**	**71,46 €**
Standardabweichung	233,56 €	230,27 €	254,57 €	260,25 €	248,95 €	228,76 €	271,20 €	269,20 €	342,69 €	295,42 €
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	2.990,07 €	2.111,10 €	3.772,32 €	2.493,78 €	2.753,38 €	2.740,00 €	4.371,40 €	3.637,84 €	3.651,96 €	4.194,84 €

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 Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	2.361	2.376	2.344	2.352
durchschnittliche Kosten	**2.857,27 €**	**2.989,92 €**	**3.094,26 €**	**3.221,32 €**
Standardabweichung	7.371,74 €	8.506,84 €	7.935,58 €	10.133,65 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	305,69 €	277,59 €	268,76 €	256,62 €
Median	841,58 €	703,23 €	823,49 €	706,09 €
75%-Perzentil	2.771,11 €	2.470,87 €	2.656,38 €	2.473,25 €
Maximum	193.761,46 €	183.838,00 €	164.079,04 €	261.240,51 €

Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	727	630	687	581
durchschnittliche Kosten	**1.635,89 €**	**1.748,31 €**	**1.704,73 €**	**1.663,09 €**
Standardabweichung	6.588,20 €	7.279,90 €	5.985,98 €	7.845,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.124,51 €	725,43 €	864,12 €	0,00 €
Maximum	190.397,67 €	182.764,52 €	157.418,28 €	261.202,95 €

Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	25	21	24	18
durchschnittliche Kosten	**26,85 €**	**17,28 €**	**36,59 €**	**32,78 €**
Standardabweichung	417,92 €	249,44 €	933,49 €	895,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	13.356,18 €	9.105,35 €	44.492,71 €	42.782,62 €

Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

IG		KG	
Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr

N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	196	205	225	252
durchschnittliche Kosten	**25,66 €**	**32,09 €**	**33,07 €**	**46,31 €**
Standardabweichung	140,65 €	187,56 €	185,92 €	284,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.823,88 €	4.102,07 €	3.467,33 €	6.701,04 €

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	2.350	2.364	2.333	2.340
durchschnittliche Kosten	**525,60 €**	**473,80 €**	**540,20 €**	**508,77 €**
Standardabweichung	552,14 €	482,47 €	570,74 €	552,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	187,71 €	166,35 €	178,88 €	156,55 €
Median	381,75 €	334,75 €	386,31 €	351,10 €
75%-Perzentil	698,36 €	635,33 €	732,25 €	659,75 €
Maximum	11.973,17 €	8.951,43 €	7.375,53 €	5.569,00 €

Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	2.049	2.021	1.996	1.994
durchschnittliche Kosten	**562,06 €**	**631,05 €**	**691,15 €**	**880,64 €**
Standardabweichung	1.954,31 €	2.952,60 €	3.649,20 €	5.342,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,99 €	26,73 €	22,06 €	22,37 €
Median	116,38 €	112,88 €	103,68 €	107,43 €
75%-Perzentil	376,35 €	406,16 €	394,28 €	418,10 €
Maximum	33.667,72 €	93.437,86 €	101.923,99 €	131.398,64 €

Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N gesamt	2.425	2.425	2.425	2.425
N mit Fall	624	561	579	480
durchschnittliche Kosten	**81,22 €**	**87,40 €**	**88,53 €**	**89,73 €**
Standardabweichung	243,16 €	304,24 €	336,55 €	342,08 €
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	40,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.249,67 €	4.710,52 €	6.454,70 €	5.537,76 €

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 Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	1.780	1.792	1.691	1.755	1.762	1.688
durchschnittliche Kosten	**2.658,24 €**	**2.724,65 €**	**2.418,79 €**	**2.989,26 €**	**3.099,67 €**	**2.709,09 €**
Standardabweichung	5.979,73 €	6.988,93 €	6.146,46 €	7.702,39 €	8.603,94 €	6.600,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	305,71 €	283,35 €	231,21 €	264,37 €	267,41 €	231,88 €
Median	848,06 €	690,76 €	679,33 €	777,22 €	707,96 €	671,03 €
75%-Perzentil	2.808,58 €	2.305,51 €	2.197,17 €	2.436,92 €	2.555,72 €	2.193,59 €
Maximum	132.469,37 €	140.768,95 €	150.761,57 €	164.079,04 €	145.489,25 €	83.366,31 €

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	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	556	458	387	500	446	371
durchschnittliche Kosten	**1.488,59 €**	**1.535,51 €**	**1.284,77 €**	**1.659,54 €**	**1.582,76 €**	**1.314,72 €**
Standardabweichung	5.135,19 €	5.812,73 €	5.561,20 €	6.163,23 €	5.719,20 €	4.565,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.277,77 €	245,66 €	0,00 €	765,98 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	131.447,94 €	99.501,13 €	150.438,29 €	157.418,28 €	117.553,36 €	59.441,49 €

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	19	16	10	16	11	13
durchschnittliche Kosten	**23,69 €**	**17,46 €**	**14,66 €**	**39,20 €**	**36,44 €**	**39,30 €**
Standardabweichung	381,43 €	265,58 €	275,74 €	1.061,50 €	1.023,20 €	1.017,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	13.356,18 €	9.105,35 €	9.041,90 €	44.492,71 €	42.782,62 €	40.795,25 €

Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

IG			KG		
Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr

N gesamt	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	143	154	129	168	197	167
durchschnittliche Kosten	**24,86 €**	**29,84 €**	**35,97 €**	**33,59 €**	**47,47 €**	**37,29 €**
Standardabweichung	145,78 €	169,44 €	261,62 €	192,26 €	291,64 €	216,73 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.823,88 €	3.553,97 €	7.657,73 €	3.467,33 €	6.701,04 €	3.598,78 €

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N gesamt	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	1.771	1.786	1.685	1.747	1.753	1.682
durchschnittliche Kosten	**519,10 €**	**468,99 €**	**462,68 €**	**525,68 €**	**516,89 €**	**480,05 €**
Standardabweichung	563,83 €	475,93 €	486,19 €	561,02 €	557,00 €	495,50 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	188,30 €	169,52 €	159,69 €	175,58 €	165,18 €	148,09 €
Median	381,05 €	339,50 €	325,98 €	374,03 €	361,98 €	339,97 €
75%-Perzentil	690,91 €	622,99 €	627,23 €	708,50 €	669,81 €	648,53 €
Maximum	11.973,17 €	8.951,43 €	6.804,59 €	7.375,53 €	5.569,00 €	5.245,92 €

Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N gesamt	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	1.543	1.532	1.455	1.489	1.502	1.443
durchschnittliche Kosten	**521,72 €**	**576,69 €**	**530,84 €**	**648,52 €**	**814,70 €**	**738,73 €**
Standardabweichung	1.697,50 €	2.284,62 €	1.652,15 €	3.450,56 €	5.397,79 €	3.685,67 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,15 €	27,01 €	23,85 €	21,79 €	23,15 €	18,36 €
Median	111,18 €	111,76 €	107,72 €	101,08 €	109,35 €	103,12 €
75%-Perzentil	372,70 €	404,59 €	404,58 €	383,33 €	428,41 €	405,14 €
Maximum	22.924,89 €	44.521,76 €	21.072,17 €	101.923,99 €	131.398,64 €	77.569,92 €

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N gesamt	1.826	1.826	1.757	1.815	1.815	1.763
N mit Fall	474	450	399	411	379	345
durchschnittliche Kosten	**80,28 €**	**96,17 €**	**89,88 €**	**82,73 €**	**101,42 €**	**98,99 €**
Standardabweichung	241,97 €	328,59 €	324,46 €	343,00 €	377,44 €	496,60 €
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	44,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.249,67 €	4.710,52 €	4.895,96 €	6.454,70 €	5.537,76 €	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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	1.213	1.221	1.159	1.133	1.193	1.200	1.146	1.119
durchschnittliche Kosten	**2.568,66 €**	**2.858,17 €**	**2.465,77 €**	**2.497,89 €**	**2.977,19 €**	**2.932,76 €**	**2.811,91 €**	**2.512,58 €**
Standardabweichung	5.214,46 €	7.745,70 €	5.321,29 €	5.668,39 €	7.923,81 €	7.971,82 €	6.916,94 €	6.349,73 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	308,51 €	291,57 €	244,30 €	262,68 €	256,59 €	260,70 €	236,92 €	232,75 €
Median	848,06 €	746,70 €	752,72 €	716,46 €	772,41 €	701,74 €	732,39 €	651,34 €
75%-Perzentil	2.811,66 €	2.400,73 €	2.305,75 €	2.427,95 €	2.534,00 €	2.511,75 €	2.415,31 €	1.996,80 €
Maximum	97.420,12 €	140.768,95 €	101.317,30 €	72.132,95 €	164.079,04 €	129.532,49 €	83.366,31 €	74.571,59 €

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	582	584	563	548	579	572	557	544
durchschnittliche Kosten	**2.235,13 €**	**2.781,37 €**	**2.883,17 €**	**2.862,21 €**	**2.542,65 €**	**2.468,16 €**	**2.440,93 €**	**3.179,67 €**
Standardabweichung	4.308,05 €	11.819,85 €	8.180,47 €	7.541,23 €	6.739,31 €	6.376,73 €	6.682,84 €	7.553,91 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	310,92 €	295,92 €	269,16 €	284,46 €	272,56 €	239,48 €	243,62 €	277,10 €
Median	728,19 €	706,63 €	721,51 €	698,13 €	674,37 €	672,50 €	664,07 €	736,76 €
75%-Perzentil	2.135,12 €	2.079,63 €	2.238,10 €	2.223,90 €	2.106,48 €	1.939,03 €	2.123,29 €	2.567,69 €
Maximum	43.285,70 €	261.838,38 €	120.550,42 €	95.920,98 €	118.757,33 €	79.406,37 €	94.755,55 €	64.393,21 €

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	377	323	273	259	351	304	260	237
durchschnittliche Kosten	**1.422,23 €**	**1.643,30 €**	**1.271,31 €**	**1.267,90 €**	**1.705,88 €**	**1.574,84 €**	**1.290,02 €**	**1.235,47 €**
Standardabweichung	4.392,24 €	6.445,37 €	4.575,50 €	4.330,32 €	6.457,29 €	5.910,43 €	4.364,37 €	4.658,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.255,48 €	711,14 €	0,00 €	0,00 €	903,42 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	92.027,12 €	99.501,13 €	99.950,34 €	70.282,38 €	157.418,28 €	117.553,36 €	59.441,49 €	68.481,56 €

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	158	142	131	117	165	128	132	140
durchschnittliche Kosten	**1.178,00 €**	**1.702,95 €**	**1.464,01 €**	**1.486,70 €**	**1.548,88 €**	**1.395,22 €**	**1.376,52 €**	**1.655,42 €**
Standardabweichung	3.364,63 €	11.595,97 €	6.426,50 €	5.867,77 €	6.216,60 €	5.249,58 €	6.188,49 €	5.728,65 €
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	685,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	735,40 €	0,00 €	0,00 €	241,31 €
Maximum	32.475,29 €	261.690,67 €	108.893,50 €	93.582,67 €	115.796,81 €	67.774,62 €	94.040,18 €	58.573,59 €

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	12	12	<10	<10	10	<10	11	<10
durchschnittliche Kosten	**9,90 €**	**14,59 €**	**5,72 €**	**6,68 €**	**49,98 €**	**40,40 €**	**55,31 €**	**11,81 €**
Standardabweichung	120,47 €	169,69 €	102,49 €	110,58 €	1.278,87 €	1.221,31 €	1.230,33 €	228,78 €
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	2.105,59 €	3.199,64 €	2.696,03 €	2.702,49 €	44.492,71 €	42.782,62 €	40.795,25 €	6.800,25 €

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**6,87 €**	**9,16 €**	**15,72 €**	**3,00 €**	**9,44 €**	**19,01 €**	**25,26 €**	**21,63 €**
Standardabweichung	98,17 €	114,35 €	176,89 €	70,95 €	158,33 €	318,30 €	419,34 €	256,43 €
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	1.617,74 €	2.096,95 €	2.961,88 €	1.679,01 €	2.854,34 €	7.395,10 €	9.198,15 €	3.570,84 €

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	95	106	91	93	118	130	115	81
durchschnittliche Kosten	**21,48 €**	**31,45 €**	**37,64 €**	**28,93 €**	**33,93 €**	**49,98 €**	**35,52 €**	**29,58 €**
Standardabweichung	115,81 €	181,18 €	294,94 €	144,12 €	202,55 €	312,24 €	193,22 €	178,85 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.587,84 €	3.553,97 €	7.657,73 €	2.102,32 €	3.467,33 €	6.701,04 €	2.901,25 €	2.937,21 €

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	44	48	32	46	42	37	35	40
durchschnittliche Kosten	**24,43 €**	**24,01 €**	**23,89 €**	**26,92 €**	**16,09 €**	**20,10 €**	**18,07 €**	**37,85 €**
Standardabweichung	136,09 €	126,75 €	146,48 €	126,18 €	80,72 €	111,03 €	128,94 €	257,66 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.519,52 €	1.491,96 €	1.983,06 €	1.352,12 €	1.139,76 €	1.299,18 €	2.334,25 €	3.857,08 €

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	1.207	1.218	1.157	1.127	1.188	1.194	1.141	1.110
durchschnittliche Kosten	**492,00 €**	**455,17 €**	**479,55 €**	**466,34 €**	**511,22 €**	**506,41 €**	**502,82 €**	**472,08 €**
Standardabweichung	427,46 €	402,10 €	482,08 €	454,19 €	547,88 €	540,27 €	521,09 €	562,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	188,72 €	171,14 €	172,16 €	161,91 €	170,29 €	161,00 €	168,37 €	143,90 €
Median	378,16 €	342,99 €	346,76 €	328,70 €	364,01 €	360,64 €	350,26 €	319,65 €
75%-Perzentil	681,91 €	618,15 €	640,50 €	636,31 €	690,86 €	657,01 €	667,26 €	617,24 €
Maximum	3.987,45 €	3.291,80 €	4.318,68 €	3.697,91 €	5.759,24 €	4.980,07 €	5.245,92 €	8.213,93 €

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	581	582	559	545	574	571	555	541
durchschnittliche Kosten	**449,06 €**	**426,99 €**	**455,31 €**	**464,14 €**	**434,04 €**	**421,58 €**	**440,85 €**	**454,51 €**
Standardabweichung	391,17 €	388,70 €	461,32 €	454,10 €	417,11 €	380,58 €	509,05 €	426,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	213,29 €	197,01 €	167,73 €	183,19 €	179,32 €	169,06 €	141,53 €	165,97 €
Median	339,16 €	320,92 €	328,71 €	326,34 €	316,42 €	318,94 €	326,18 €	329,02 €
75%-Perzentil	575,14 €	563,69 €	580,99 €	601,78 €	571,98 €	550,71 €	572,80 €	619,15 €
Maximum	3.163,57 €	4.509,64 €	4.532,84 €	3.610,52 €	3.262,13 €	2.901,21 €	7.251,59 €	3.064,25 €

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	1.048	1.036	989	981	1.013	1.017	979	924
durchschnittliche Kosten	**536,71 €**	**627,07 €**	**570,08 €**	**641,09 €**	**598,80 €**	**664,38 €**	**811,27 €**	**691,38 €**
Standardabweichung	1.729,25 €	2.580,89 €	1.792,92 €	2.670,02 €	3.448,43 €	4.178,52 €	4.265,17 €	3.290,64 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,67 €	26,75 €	22,45 €	26,32 €	20,03 €	18,08 €	17,02 €	16,23 €
Median	111,69 €	112,57 €	110,80 €	121,27 €	96,33 €	101,68 €	100,83 €	105,19 €
75%-Perzentil	373,27 €	409,26 €	415,48 €	451,12 €	354,62 €	421,83 €	418,07 €	434,39 €
Maximum	22.924,89 €	44.521,76 €	21.072,17 €	60.217,80 €	101.923,99 €	123.393,98 €	77.569,92 €	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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	488	492	480	480	452	482	465	471
durchschnittliche Kosten	**512,71 €**	**553,03 €**	**856,13 €**	**814,76 €**	**476,16 €**	**549,37 €**	**517,38 €**	**919,63 €**
Standardabweichung	1.944,39 €	1.620,21 €	4.010,07 €	4.107,23 €	1.543,54 €	2.012,10 €	1.787,86 €	4.079,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,90 €	23,18 €	24,00 €	27,95 €	12,65 €	20,31 €	16,18 €	29,13 €
Median	116,36 €	130,44 €	113,03 €	140,54 €	90,19 €	100,16 €	122,37 €	157,72 €
75%-Perzentil	417,08 €	497,90 €	497,87 €	545,74 €	327,42 €	352,54 €	398,15 €	495,99 €
Maximum	33.617,96 €	17.866,59 €	70.316,93 €	83.283,00 €	20.942,10 €	23.919,06 €	33.107,44 €	56.041,82 €

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	1.244	1.244	1.202	1.180	1.239	1.239	1.202	1.176
N mit Fall	333	288	293	245	288	247	256	212
durchschnittliche Kosten	**86,34 €**	**86,59 €**	**101,48 €**	**86,95 €**	**77,38 €**	**96,75 €**	**116,98 €**	**72,26 €**
Standardabweichung	260,50 €	301,76 €	345,52 €	317,90 €	330,38 €	391,47 €	560,51 €	285,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	61,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.249,67 €	4.284,24 €	4.895,96 €	4.396,00 €	6.454,70 €	5.537,76 €	10.978,63 €	3.427,29 €

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	590	590	573	560	587	587	577	559
N mit Fall	125	113	111	97	100	108	102	111
durchschnittliche Kosten	**64,05 €**	**65,23 €**	**68,12 €**	**66,69 €**	**58,05 €**	**62,89 €**	**62,84 €**	**90,62 €**
Standardabweichung	231,21 €	218,63 €	257,96 €	262,44 €	220,61 €	258,86 €	253,91 €	323,06 €
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	2.990,07 €	2.111,10 €	3.772,32 €	2.493,78 €	2.740,00 €	4.371,40 €	3.637,84 €	3.651,96 €

14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013			2014			2015			2016			2017		
Behandlungssetting	**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	93	400	0,000	121	333	0,000	136	425	0,000	137	409	0,000	127	396	0,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	62	357	0,000	101	336	0,000	101	379	0,000	101	288	0,000	53	238	0,000
vs+PIA	152	3.765	0,247	134	3.513	0,098	141	3.299	1,000	161	3.219	0,470	145	3.123	1,000
vs+HT															
TK+PIA	143	1.138	0,000	144	998	0,000	127	1.167	0,000	105	1.453	0,000	129	1.440	0,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	641	10.985	0,000	540	9.760	0,000	485	9.016	0,000	478	8.738	0,000	377	7.216	0,026
TK	16	820	0,002	32	769	0,715	37	775	1,000	30	826	0,470	30	656	1,000
PIA	420	16.980	0,000	478	18.649	0,000	420	18.771	0,000	553	19.196	0,000	656	19.789	0,000
HT															
Gesamtergebnis	1.527	34.445	0,000	1.550	34.358	0,000	1.447	33.832	0,000	1.565	34.129	0,000	1.517	32.858	0,000

14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

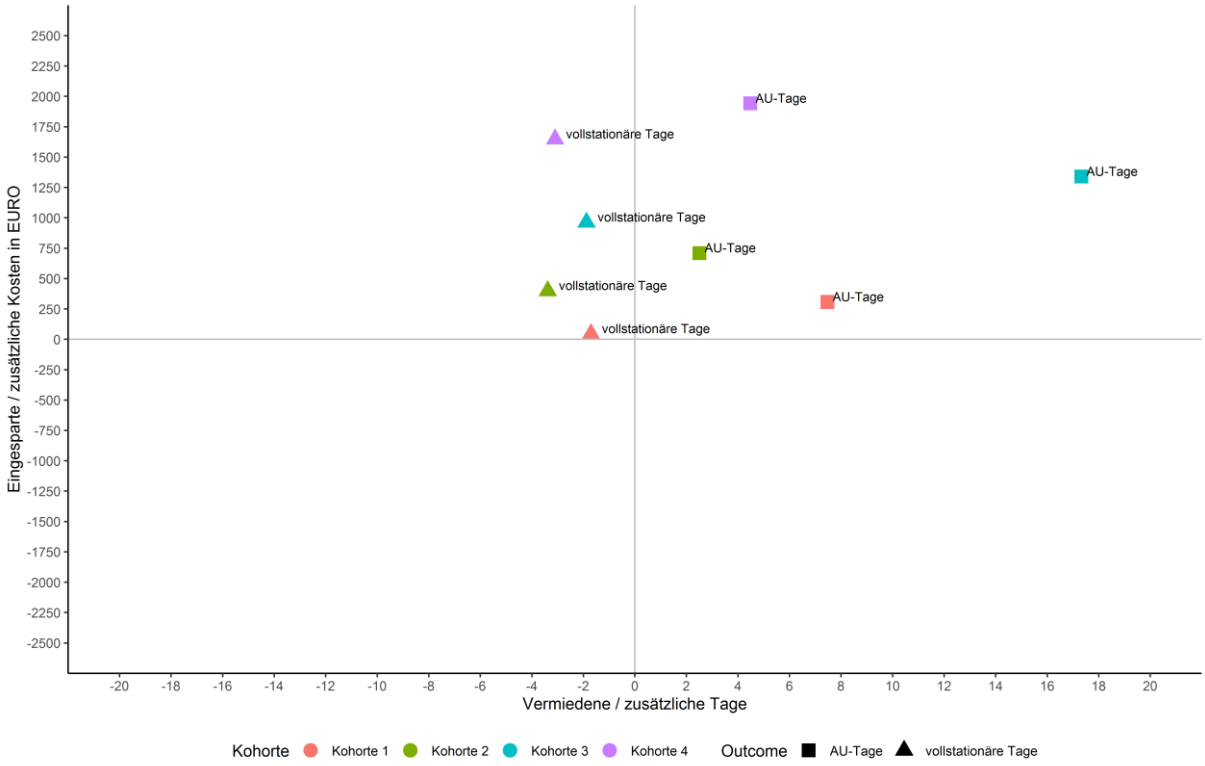



Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)