Abschlussbericht

LWL-Universitätsklinikum Bochum

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 20.12.2021

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.[1], Roman **Kliemt**, M.A.[2], Dr. rer. nat. Fabian **Baum,** Dipl.-Psych.[1], Dipl-Phys. Martin **Seifert**[1], Denise **Kubat**, B.A.[3], 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], Franziska Claus, M.Sc.[2], Dipl.-Math. Nils Kossack[2], Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.[1], Prof. Dr. Stefanie March[3,4], Dr. rer. medic. Thomas Petzold[1], Dr. rer. nat. Olaf Schoffer[1], Christopher Schrey, M.Sc. [2], Dipl.-Volksw. Ines Weinhold[2], Dr. med. Jessika Weiß[5].

[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] Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
[5] Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Inhalt

1. Zusammenfassung 20
2. Hintergrund 31
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes 31
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten 31
5. Methoden 33
6. Aufbereitung der Sekundärdaten 34
6.1 Patientenmatching 35
7. Darstellung Modellvorhaben LWL-Universitätsklinikum Bochum 39
8. Ergebnisse: Effektivität 40
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe 41
8.2 Ergebnisse Outcomes 47
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer 48
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 48
U1 52
U2 64
U3 69
U4 76
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen 87
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 87
U1 89
U2 99
U3 103
U4 109
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik 118
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 118
U1 119
U2 139
U3 146
U4 154
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem 173
Beschreibung Ergebnisse (U2) 173

U2 ... 174
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping ... 181
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 181
U1 ... 182
U2 ... 186
U3 ... 188
U4 ... 191
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit ... 194
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 194
U1 ... 197
U2 ... 204
U3 ... 207
U4 ... 211
8.2.7 Wiederaufnahmeraten ... 217
Beschreibung Ergebnisse (U2) ... 217
U2 ... 218
8.2.8 Komorbidität ... 221
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 221
U1 ... 222
U2 ... 225
U3 ... 226
U4 ... 228
8.2.9 Mortalität ... 230
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 230
U1 ... 231
U2 ... 235
U3 ... 237
U4 ... 240
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung ... 243
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 243
U1 ... 245
U2 ... 254
U3 ... 258

U4 263
8.2.11 Leitlinienadhärenz 271
Beschreibung Ergebnisse (U2) 271
U2 273
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung 283
9.1 Patientenmix 283
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 283
U1 285
U2 288
U3 290
U4 291
9.2 Leistungserbringung 294
Beschreibung Ergebnisse (U1) 294
U1 295
10. Ergebnisse: Kosten 302
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten 302
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 302
U1 304
U2 308
U3 309
U4 311
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen 313
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 313
U1 315
U2 319
U3 320
U4 322
10.3 Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen 324
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 324
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen 325
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 325
U1 327
U2 331

U3 332
U4 334
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen 336
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 336
U1 338
U2 342
U3 343
U4 345
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 347
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 347
U1 349
U2 353
U3 354
U4 356
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung 358
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 358
U1 360
U2 364
U3 365
U4 367
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung 369
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 369
U1 371
U2 375
U3 376
U4 378
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung 380
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 380
U1 382
U2 386
U3 387
U4 389

11. Ergebnisse: Effizienz 391
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) 391
U2 392
U4 393
12. Diskussion 395
12.1 Hauptergebnisse 395
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) 412
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch) 416
13. Literatur 418
14. Anhang 421
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4 421
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose 432
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität 440
14.4 Ergebnisse Kosten 493
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) 493
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2) 497
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3) 499
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) 501
14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix 505
14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten 506

Glossar

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

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

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

Ist dieser Schätzer gleich Null, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG identisch zur KG. Dann verlaufen die beiden Geraden für IG und KG parallel.
Ist dieser Schätzer größer als Null, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG größer als in der KG. Das ist in folgenden Situationen der Fall:

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

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

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

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

Haupteffekte bezeichnen Effekte einzelner <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) 55
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U2) 65
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3) 71
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4) 79
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) 92
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2) 100
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) 105
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) 112
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1) 132
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2) 143
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3) 150
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4) 167
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2) 178
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) 184
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2) 187
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) 189
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4) 193
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1) 199
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2) 205
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3) 208
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4) 213
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2) 219
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) 223
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) 225
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3) 226
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) 229
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1) 232
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2) 236
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3) 238
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4) 241
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) 247
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2) 255
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3) 259
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4) 265
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) 278
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten 286
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten 287
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten 289
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten 290
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten 292
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten 293
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 304
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 305
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 308
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 309

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 311
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten 312
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 315
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 316
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 319
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 320
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 322
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 323
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 327
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 328
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 331
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 332
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 334
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 335
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 338
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten 339
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten 342
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 343
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 345
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten 346
Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 349
Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 350
Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 353
Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 354
Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 356
Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten 357
Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 360
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 361
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 364
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 365
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 367
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 368
Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 371
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 372
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 375
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 376
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 378
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten 379
Abbildung 84: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 382
Abbildung 85: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 383
Abbildung 86: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 386
Abbildung 87: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 387
Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 389
Abbildung 89: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten 390
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4 394
Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage 506

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching 36
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken 36
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching 37
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1 42
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1 43
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) 52
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) 63
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2) 64
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) 69
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) 75
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4) 76
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) 89
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) 98
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2) 99
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) 103
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) 108
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) 109
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1) 119
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) 138
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2) 139
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung,(U3) 146
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) 153
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4) 154
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2) 174
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) 180
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) 182
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) 185
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2) 186
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) 188
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) 190
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4) 191
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1) 197
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) 203
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2) 204
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3) 207
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) 210
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4) 211
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2) 218
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) 220
Tabelle 40: Komorbidität, (U1) 222
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) 224
Tabelle 42: Komorbidität, (U2) 225
Tabelle 43: Komorbidität, (U3) 226
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) 227

Tabelle 45: Komorbidität, (U4) ... 228
Tabelle 46: Mortalität, (U1) ... 231
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) ... 234
Tabelle 48: Mortalität, (U2) ... 235
Tabelle 49: Mortalität, (U3) ... 237
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) ... 239
Tabelle 51: Mortalität, (U4) ... 240
Tabelle 52: Progression, (U1) ... 245
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) ... 253
Tabelle 54: Progression, (U2) ... 254
Tabelle 55: Progression, (U3) ... 258
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3) ... 262
Tabelle 57: Progression, (U4) ... 263
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2) ... 273
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2) ... 274
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2) ... 275
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2) ... 277
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) ... 282
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten ... 285
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten ... 286
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten ... 288
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten ... 290
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten ... 291
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten ... 292
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten ... 296
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten ... 297
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten ... 298
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten ... 298
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten ... 299
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten ... 300
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten ... 301
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten ... 301
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten ... 304
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten ... 305
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten ... 306
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten ... 307
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten ... 308
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten ... 309
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten ... 310
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten ... 311

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 312
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 315
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 316
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 317
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 318
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 319
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 320
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 321
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 322
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 323
Tabelle 95: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 327
Tabelle 96: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 328
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 329
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 330
Tabelle 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten..... 331
Tabelle 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 332
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 333
Tabelle 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten..... 334
Tabelle 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten..... 335
Tabelle 104: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten..... 338
Tabelle 105: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten 339
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten..... 340
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten..... 341
Tabelle 108: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten..... 342
Tabelle 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten..... 343
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten..... 344
Tabelle 111: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten..... 345
Tabelle 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten 346
Tabelle 113: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 349
Tabelle 114: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ... 350
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten..... 351
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 352
Tabelle 117: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 353
Tabelle 118: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 354
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten..... 355
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 356
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ... 357
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 360
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 361
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 362
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 363
Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 364
Tabelle 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 365

Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 366
Tabelle 129: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 367
Tabelle 130: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 368
Tabelle 131: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 371
Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 372
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 373
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 374
Tabelle 135: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 375
Tabelle 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 376
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 377
Tabelle 138: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 378
Tabelle 139: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 379
Tabelle 140: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 382
Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 383
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ... 384
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 385
Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 386
Tabelle 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 387
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ... 388
Tabelle 147: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 389
Tabelle 148: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 390
Tabelle 149: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten 392
Tabelle 150: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten 392
Tabelle 151: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung 393
Tabelle 152: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung 393
Tabelle 153: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2 421
Tabelle 154: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2 421
Tabelle 155: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3 424
Tabelle 156: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3 424
Tabelle 157: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4 427
Tabelle 158: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4 428
Tabelle 159: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) 432
Tabelle 160: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) 436
Tabelle 161: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1) 441
Tabelle 162: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1) 443
Tabelle 163: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1) 445
Tabelle 164: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1) 447
Tabelle 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1 449
Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2 450
Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3 451

Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4 452
Tabelle 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1 453
Tabelle 170: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2 454
Tabelle 171: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3 455
Tabelle 172: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4 456
Tabelle 173: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1) 457
Tabelle 174: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1) 457
Tabelle 175: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1) 458
Tabelle 176: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1) 460
Tabelle 177: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1) 462
Tabelle 178: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1) 464
Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1) 466
Tabelle 180: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1) 466
Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1) 467
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1) 469
Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1) 471
Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1) 472
Tabelle 185: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1) 473
Tabelle 186: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1) 474
Tabelle 187: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1) 475
Tabelle 188: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2) 476
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2) 477
Tabelle 190: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2) 478
Tabelle 191: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3) 479
Tabelle 192: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3) 481
Tabelle 193: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1 483
Tabelle 194: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2 484
Tabelle 195: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3) 485
Tabelle 196: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3) 486
Tabelle 197: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3) 487
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3) 488
Tabelle 199: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3) 489
Tabelle 200: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3) 490
Tabelle 201: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3) 491
Tabelle 202: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3) 492
Tabelle 203: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 493
Tabelle 204: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 493
Tabelle 205: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 493
Tabelle 206: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 494
Tabelle 207: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 494
Tabelle 208: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 494
Tabelle 209: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 494
Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 495
Tabelle 211: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 495
Tabelle 212: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 495
Tabelle 213: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 495
Tabelle 214: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 496
Tabelle 215: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 496

Tabelle 216: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 496
Tabelle 217: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 497
Tabelle 218: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 497
Tabelle 219: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 497
Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 497
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 498
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 498
Tabelle 223: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 498
Tabelle 224: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 499
Tabelle 225: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 499
Tabelle 226: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 499
Tabelle 227: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 499
Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 500
Tabelle 229: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 500
Tabelle 230: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 500
Tabelle 231: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten 501
Tabelle 232: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 501
Tabelle 233: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 501
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 501
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 502
Tabelle 236: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 502
Tabelle 237: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten 502
Tabelle 238: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten 502
Tabelle 239: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 503
Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 503
Tabelle 241: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 503
Tabelle 242: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 503
Tabelle 243: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 504
Tabelle 244: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 504
Tabelle 245: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting 505

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) führen 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 des LWL-Universitätsklinikum Bochum. Das Klinikum startete zum 01.12.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten' genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten des LWL-Universitätsklinikum Bochum 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 des LWL-Universitätsklinikum Bochum für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 4.448 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 48 ff.) aufgrund von Indexdiagnose war in der IG bei den klinikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant (U1: erstes Jahr; U3: erstes und zweites Jahr nach Referenzfall). Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Auch bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile in der IG stets geringer als in der KG. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall. Da das Modellvorhaben am LWL-Universitätsklinikum Bochum bereits einen Vorläufervertrag aufwies, d.h. modellähnliche Strukturen konnten bereits erprobt und eingebaut werden, waren mutmaßlich die hier untersuchten Anteile bereits im Jahr vor Referenzfall geringer. Diese geringeren Anteile in der IG vergrößerten sich jedoch weiter im Modellvorhaben, so dass der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall noch größer ausfiel. Der Anteil an Patienten mit vollstationärer Behandlung wurde somit im Modellvorhaben stetig verringert. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den klinikneuen Patienten des Modellvorhabens ab dem Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen geringer als in der Regelversorgung. Dabei waren die geringeren Anstiege der Anteile in U1 (erstes und drittes Jahr nach Referenzfall) und in U3 (beide Jahre nach Referenzfall) statistisch signifikant. Diese geringeren Anstiege des Anteils an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt war auch bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Weiterhin wiesen die Patienten des Modellvorhabens stets geringere Anteile in allen untersuchten Jahren auf. Der Anteil an Patienten mit teilstationärer Behandlung wurde somit im Modellvorhaben konsequent verringert.

Der **Anstieg der Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer Patienten im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Dies war in allen Untersuchungen ersichtlich. Dieser geringere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant, und in U1 auch für die Jahre 1-4 zusammen. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Der Anstieg der Anzahl der vollstationären Tage klinikneuer Patienten im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Dies war in allen Untersuchungen ersichtlich. Dieser geringere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant, und in U1 auch für die Jahre 1-4 zusammen. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar.

Analog zu vollstationären Tagen sank im Modellvorhaben auch die **Anzahl teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten stärker als in der Regelversorgung. Dieses stärkere Absinken teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die verringerten vollstationären Behandlungstage nicht durch ein Mehr an teilstationären Tagen aufgefangen zu sein. Vielmehr wurden auch hier teilstationäre Behandlungstage verringert. Dies wirkt zunächst hypothesenkonträr, kann jedoch gut durch das Behandlungskonzept am Modellklinikum erklärt werden. Am LWL – Universitätsklinikum Bochum wurden somit sowohl voll- als auch teilstationäre Behandlungstage verringert (und alternativ das ambulante Behandlungsangebot am Klinikum (siehe unten) erweitert). Die klinikbekannten Patienten der Modellklinik starteten im Jahr vor Referenzfall bereits auf einem höheren Niveau im Vergleich zur Regelversorgung. Auch hier war der Vorläufervertrag, der offensichtlich zu einer Stärkung teilstationärer Behandlungsangebote führte, ersichtlich. Im weiteren Verlauf verringerte sich dieser Unterschied an der Anzahl teilstationärer Tage. Generell war somit im Modellvorhaben eine Verringerung teilstationärer Tage besonders bei den klinikneuen Patienten ersichtlich. Bei den klinikbekannten Patienten hingegen, nahm dieser Unterschied über die patientenindividuelle Zeit ab.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 87 ff.) ist zu erkennen, dass im Modellvorhaben die PIA bei den klinikneuen Patienten verstärkt in Anspruch genommen wurde. Dies wurde in allen Untersuchungen ersichtlich und in U1 und U3 jeweils für das erste Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit wurde die geringere Inanspruchnahme voll- und teilstationärer Behandlungstage klinikneuer Patienten (teilweise) durch erhöhte durchschnittliche PIA-Kontakte aufgefangen. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich jedoch ein anderes Bild. Während hier im Jahr vor Referenzfall die PIA in der Modellklinik noch stärker beansprucht wurde, sanken hier im Vergleich zur Regelversorgung die durchschnittlichen PIA-Kontakte stärker. Dieses stärkere Absinken im Modellvorhaben war in U1 für das zweite bis vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Obwohl auch die vollstationären Behandlungstage klinikbekannter Patienten absanken, wurden diese nicht, im Gegensatz zu den klinikneuen Patienten, durch eine erhöhte Inanspruchnahme in der PIA aufgefangen. Da sich bei den klinikbekannten Patienten der anfängliche Unterschied teilstationärer Behandlungstage über die Zeit verringerte, kann hier vermutet werden, dass klinikbekannte Patienten anstelle der PIA über den teilstationären Bereich vermehrt versorgt wurden. Zudem wurden „Psych-Vertragsärzte“ vermehrt in Anspruch genommen (siehe unten).

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses im Sinne von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik in allen Untersuchungen stärker als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 jeweils in den ersten und zweiten Jahren nach Referenzfall statistisch signifikant. Neben den größeren Anstieg waren auch die Kontakte numerisch stets höher in der Modellklinik. Somit wurden „Psych-Vertragsärzte“ bei den klinikneuen Patienten neben einer verstärkten Nutzung der PIA vermehrt in Anspruch genommen und die Behandlung vom stationären in das ambulante Setting verlagert. Auch bei den klinikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme bei einem „Psych-Vertragsarzt“ im Modellvorhaben stets etwas größer als in der Regelversorgung. Diese verstärkte Inanspruchnahme vergrößerte sich teils leicht über den patientenindividuellen Verlauf, erreicht jedoch keine statistische Signifikanz. Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer

sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei dem vorliegenden Modellvorhaben auf das Krankenhaus. Daher sind keine expliziten finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Dennoch ist im Modellvorhaben am LWL – Universitätsklinikum Bochum eine Stärkung der Inanspruchnahme des Bereichs der „Psych-Vertragsärzte" im Sinne einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung, besonders bei den klinikneuen Patienten, erkennbar.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 118 ff.) war die Behandlungskontinuität für die klinikneuen Patienten im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 waren diese Unterschiede vereinzelt statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war die Tendenz nicht so eindeutig. Während die Patienten in U1 noch zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbare Behandlungskontinuitäten aufwiesen, waren diese in U4 im Modellvorhaben mit einer Ausnahme stets größer.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 173 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der klinikneuer Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs in der Modellklinik für beide Nachbeobachtungszeiträume im Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass besonders im ersten Jahr nach Referenzfall eine Behandlung mit weniger Abbrüchen des Kontakts im Modellvorhaben sichergestellt werden konnte.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 181 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 194 ff.) stieg bei den klinikneuen Patienten des LWL – Universitätsklinikums Bochum in den Untersuchungen U2-U4 etwas geringer als in der Regelversorgung an. Dieser geringere Anstieg war in U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war der Verlauf der AU-Episoden zwischen beiden Gruppen vergleichbar, während das Niveau der AU-Episoden im Modellvorhaben stets etwas niedriger als in der Regelversorgung war. Ein Trend hin zu weniger AU-Episoden lässt sich somit abzeichnen. Der Anstieg der durchschnittlichen Anzahl an AU-Tagen war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik in U2-U4 stets geringer als in der Regelversorgung, während bei den Patienten der Modellklinik in U1 stets mehr AU-Tage zu verzeichnen waren. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG gab es jedoch nicht. Eine Tendenz hin zu weniger AU-Tagen über den Modellverlauf lässt sich somit vermuten, kann aber mit den vorhandenen Daten (noch) nicht bestätigen werden. Bei den klinikbekannten Patienten starteten die Patienten der Modellklinik in U1 und in U4 auf einem höheren AU-Tage-Niveau im Jahr vor Referenzfall im Vergleich zur Regelversorgung. Danach sanken die AU-Tage in der Modellklinik unter das Niveau der Regelversorgung. Dieses stärkere Absinken der AU-Tage war in U1 im dritten und vierten Jahr nach

Referenzfall und für alle vier Jahre zusammen statistisch signifikant. Hier lässt sich somit ein Trend hin zu weniger AU-Tage über den patientenindividuellen Verlauf erkennen.

Der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 217 ff.) war in der Modellklinik etwas höher, wenn auch nicht statistisch signifikant. Jedoch war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung 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 221 ff.) waren zwischen beiden Gruppen bei den klinikneuen Patienten vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war jedoch sowohl in U1 als auch in U4 eine geringere Zunahme des Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar. Dieser Unterschied war in U1 statistisch signifikant.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 230 ff.) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Modellklinik und Regelversorgung.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 243 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) sowohl bei den klinikneuen als auch den klinikbekannten Patienten der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war zwischen Modellklinik und Regelversorgung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten auf der einen Seite vergleichbar (U2). Auf der anderen Seite wies die Modellklinik in U3 statistisch signifikant weniger Entwicklungen hin zu einer Suchterkrankung auf. Auch war dieser Anteil bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik in U1 und U4 (etwas) geringer als der Regelversorgung. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben positiv auf die Verhinderung einer schweren depressiven Störung ausgewirkt zu haben. Weiterhin sind Tendenzen hin zu einer Verhinderung der Entwicklung einer Suchterkrankung bei den klinikneuen Patienten zu erkennen. Hier sind die Ergebnisse jedoch nicht eindeutig.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 271 ff.) gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 294 ff.) beim Referenzfall und bei weiteren Jahren nach Referenzfall statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Bei den klinikbekannten Patienten wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben stets statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung, einschließlich im Jahr vor Referenzfall. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im

Modellvorhaben kann somit nicht nachgewiesen werden. Die aufsuchende Behandlung wurde seltener im Modellvorhaben eingesetzt.

Kosten

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 2.615,92 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten vierjährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG ebenfalls signifikant günstiger (um 1.156,13 € je Patient) als die KG.

Bei den klinikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum weder zum ersten Nachbeobachtungsjahr noch zum gesamten vierjährigen Postzeitraum signifikant unterschiedlich zur KG, wenngleich die numerischen Differenzen nicht unerheblich waren.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 7.081,20 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten dreijährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG um 1.736,70 € signifikant günstiger als die KG.

Kosten-Effektivität

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 427,47 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 427,47 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 427,47 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 313,71 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 234,36 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 234,36 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Bezogen auf die AU-Tage lag das Verhältnis bei 77,28 €/d, d.h. jeder vermiedene Au-Tag sparte zusätzlich 77,28 € ein.

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 LWL-Universitätsklinikum Bochum wurden sowohl die Anzahl als auch die Dauer voll- und teilstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Im Gegenzug wurde die Inanspruchnahme der PIA und von „Psych-Vertragsärzten“ erhöht. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich auch eine Abnahme vollstationärer Behandlungsdauer und der PIA-Inanspruchnahme, welche vermutlich über eine vermehrte Inanspruchnahme im teilstationären Bereich und der „Psych-Vertragsärzte“ kompensiert wurde. Damit konnten die Ziele einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten sowie einer Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich erreicht werden. Die Verlagerung in den nicht-stationären Sektor hatte mutmaßlich positive Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität durch eine erhöhte Kontinuität zum psychiatrischen Sektor. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten zusätzliche hypothesenkonforme Ergebnisse. So ist ein Trend hin zu einer Verringerung des Risikos für Arbeitsunfähigkeit von klinikneuen und klinikbekannten Patienten

im Modellvorhaben erkennbar. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung soweit vergleichbar, nahmen jedoch bei den klinikbekannten Patienten der Modellklinik weniger stark als in der Regelversorgung zu. Die Mortalität in der Modellklinik erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung, jedoch konnte das Risiko einer schweren depressiven Störung im Modellvorhaben verringert werden. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten nicht beobachtet werden. Lediglich hypothesenkonträr stellten sich die schnellere vollstationäre Wiederaufnahme im Modellvorhaben sowie die geringe Inanspruchnahme der aufsuchenden Behandlung in der PIA dar. Insgesamt zeigen sich eine Reihe positiver Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

Die oben aufgezeigten Effekte der Verlagerung in den ambulanten Bereich, ließen sich auch bei den Kosten beobachten. So ergaben sich geringere Kosten im voll- und teilstationären Bereich und höhere Kosten im Bereich der PIA sowie der vertragsärztlichen Behandlung. Die erwarteten Effekte sind somit eingetreten und es kann von einer ressourceneffektiven Mittelverwendung ausgegangen werden.

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

   - <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 spezifischen Herausforderungen der Datenaufbereitung bei EVA64 sind zudem in March et al. 2020 (39) beschrieben.

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum August bis Mai 2021. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte im Mai 2021.

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

- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- AOK Plus
- BKK Mobil Oil
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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.

Insgesamt kamen 5.210 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 5.210 Patienten verfügten 4.615 Individuen (88,6 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 4.615 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 4.448 Individuen (96,4 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

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

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigte sich für die klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ein signifikant höherer Anteil an im Präzeitraum in der PIA behandelter Patienten der IG gegenüber der KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamt	**Kohorte 1**	1.758	22.699	1.567 (89,1%)	19.613 (86,4%)	1.531 (87,1% ; 97,7%)	1.531 (6,7% ; 7,8%)
	Kohorte 2	1.024	11.391	908 (88,7%)	9.529 (83,7%)	868 (84,8% ; 95,6%)	868 (7,6% ; 9,1%)
	Kohorte 3	1.169	10.484	1.028 (87,9%)	8.925 (85,1%)	978 (83,7% ; 95,1%)	978 (9,3% ; 11,0%)
	Kohorte 4	1.259	9.865	1.112 (88,3%)	8.417 (85,3%)	1.071 (85,1% ; 96,3%)	1.071 (10,9% ; 12,7%)
	Gesamt	5.210	54.439	4.615 (88,6%)	46.484 (85,4%)	4.448 (85,4% ; 96,4%)	4.448 (8,2% ; 9,6%)
Klinik-neu	**Kohorte 1**	973	10.384	854 (87,8%)	8.480 (81,7%)	823 (84,6% ; 96,4%)	823 (7,9% ; 9,7%)
	Kohorte 2	933	10.188	827 (88,6%)	8.481 (83,2%)	791 (84,8% ; 95,6%)	791 (7,8% ; 9,3%)
	Kohorte 3	1.117	9.916	979 (87,6%)	8.437 (85,1%)	938 (84,0% ; 95,8%)	938 (9,5% ; 11,1%)
	Kohorte 4	1.161	9.333	1.024 (88,2%)	7.946 (85,1%)	989 (85,2% ; 96,6%)	989 (10,6% ; 12,4%)
	Gesamt	4.184	39.821	3.684 (88,0%)	33.344 (83,7%)	3.541 (84,6% ; 96,1%)	3.541 (8,9% ; 10,6%)
Klinik-bekannt	**Kohorte 1**	785	12.315	713 (90,8%)	11.133 (90,4%)	708 (90,2% ; 99,3%)	708 (5,7% ; 6,4%)
	Kohorte 2	91	1.203	81 (89,0%)	1.048 (87,1%)	77 (84,6% ; 95,1%)	77 (6,4% ; 7,3%)
	Kohorte 3	52	568	49 (94,2%)	488 (85,9%)	40 (76,9% ; 81,6%)	40 (7,0% ; 8,2%)
	Kohorte 4	98	532	88 (89,8%)	471 (88,5%)	82 (83,7% ; 93,2%)	82 (15,4% ; 17,4%)
	Gesamt	1.026	14.618	931 (90,7%)	13.140 (89,9%)	907 (88,4% ; 97,4%)	907 (6,2% ; 6,9%)

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	22,3	510
2	23,6	1371
3	26,5	773
4	28,4	559
5	28,6	738
6	29,1	54
7	29,4	81
8	30,1	121
9	30,2	93
10	30,3	148

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	**gesamt**	4.448	4.448		1.531	1.531		868	868		978	978		1.071	1.071	
	klinikneu	3.541	3.541		823	823		791	791		938	938		989	989	
	klinikbekannt	907	907		708	708		77	77		40	40		82	82	
Mittleres Alter	**gesamt**	43,1	42,9	>0,999	43,8	43,5	>0,999	42,2	41,9	>0,999	43,3	43,7	>0,999	42,7	42,1	>0,999
	klinikneu	42,6	42,4	0,813	42,4	41,9	>0,999	42,1	41,8	>0,999	43,3	43,7	>0,999	42,6	41,9	>0,999
	klinikbekannt	45,0	45,1	>0,999	45,4	45,3	>0,999	43,1	43,5	>0,999	44,3	43,2	>0,999	43,5	45,0	>0,999
Anteil Frauen	**gesamt**	59,9%	62,1%	0,234	59,0%	62,6%	0,274	61,6%	64,6%	>0,999	60,3%	62,9%	>0,999	59,4%	58,4%	>0,999
	klinikneu	61,1%	62,0%	0,813	61,6%	61,0%	>0,999	62,3%	65,2%	>0,999	60,8%	62,7%	>0,999	59,9%	59,8%	>0,999
	klinikbekannt	55,3%	62,1%	0,025	55,9%	64,4%	0,008	54,5%	58,4%	>0,999	50,0%	67,5%	>0,999	53,7%	42,7%	>0,999
Anteil klinikbekannter Patienten	**gesamt**	20,4%	20,4%	>0,999	46,2%	46,2%	>0,999	8,9%	8,9%	>0,999	4,1%	4,1%	>0,999	7,7%	7,7%	>0,999
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
Anteil Referenzfall in PIA	**gesamt**	87,3%	59,9%	<0,001	86,7%	64,7%	<0,001	84,4%	59,4%	<0,001	88,5%	58,6%	<0,001	89,4%	54,6%	<0,001
	klinikneu	87,9%	56,9%	<0,001	85,2%	53,3%	<0,001	86,2%	60,1%	<0,001	88,5%	58,7%	<0,001	91,1%	55,5%	<0,001
	klinikbekannt	84,8%	71,7%	<0,001	88,4%	77,8%	<0,001	66,2%	53,2%	0,696	90,0%	55,0%	0,010	68,3%	43,9%	0,022
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	**gesamt**	11,3%	35,6%	<0,001	11,7%	31,3%	<0,001	13,5%	36,9%	<0,001	10,7%	37,4%	<0,001	9,5%	39,1%	<0,001
	klinikneu	11,3%	38,7%	<0,001	13,7%	42,2%	<0,001	12,5%	36,2%	<0,001	11,0%	37,5%	<0,001	8,5%	39,1%	<0,001
	klinikbekannt	11,5%	23,4%	<0,001	9,3%	18,6%	<0,001	23,4%	44,2%	0,074	5,0%	35,0%	0,017	22,0%	39,0%	0,192
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	**gesamt**	1,4%	4,5%	<0,001	1,6%	4,0%	0,001	2,1%	3,7%	0,435	0,7%	4,0%	<0,001	1,1%	6,3%	<0,001
	klinikneu	0,8%	4,4%	<0,001	1,1%	4,5%	<0,001	1,3%	3,8%	0,016	0,5%	3,7%	<0,001	0,4%	5,4%	<0,001
	klinikbekannt	3,7%	5,0%	0,750	2,3%	3,5%	0,819	10,4%	2,6%	0,612	5,0%	10,0%	>0,999	9,8%	17,1%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	**gesamt**	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikbekannt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	**gesamt**	9,9%	10,0%	>0,999	14,2%	13,8%	>0,999	8,9%	9,1%	>0,999	6,4%	7,0%	>0,999	7,7%	8,0%	>0,999
	klinikneu	7,4%	6,6%	0,629	7,8%	5,2%	0,228	9,2%	7,7%	>0,999	6,3%	6,4%	>0,999	6,8%	7,2%	>0,999
	klinikbekannt	19,4%	23,2%	0,233	21,6%	23,9%	>0,999	5,2%	23,4%	0,025	10,0%	20,0%	>0,999	18,3%	18,3%	>0,999
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	**gesamt**	2,8%	2,4%	>0,999	4,8%	4,4%	>0,999	1,8%	1,4%	>0,999	2,0%	1,4%	>0,999	1,5%	1,3%	>0,999
	klinikneu	1,9%	1,3%	0,291	1,9%	1,3%	>0,999	2,0%	1,3%	>0,999	2,0%	1,3%	>0,999	1,6%	1,4%	>0,999
	klinikbekannt	6,5%	6,7%	>0,999	8,2%	8,1%	>0,999	0,0%	2,6%	>0,999	2,5%	5,0%	>0,999	0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	**gesamt**	24,8%	19,5%	<0,001	46,3%	36,0%	<0,001	14,9%	11,4%	0,315	11,5%	9,3%	0,967	14,3%	11,9%	0,763
	klinikneu	9,7%	6,8%	<0,001	12,3%	5,1%	<0,001	10,6%	9,1%	>0,999	8,1%	6,7%	>0,999	8,5%	6,5%	0,522
	klinikbekannt	83,6%	69,1%	<0,001	85,9%	71,9%	<0,001	58,4%	35,1%	0,048	90,0%	70,0%	0,353	84,1%	76,8%	>0,999

		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
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	**gesamt**	60,0%	60,8%	>0,999	60,9%	58,9%	>0,999	62,3%	63,9%	>0,999	57,5%	59,2%	>0,999	59,2%	62,5%	0,794
	klinikneu	60,1%	62,6%	0,159	62,1%	65,0%	0,955	62,6%	63,2%	>0,999	57,6%	59,5%	>0,999	58,9%	63,2%	0,352
	klinikbekannt	59,6%	53,7%	0,060	59,6%	51,8%	0,019	59,7%	71,4%	0,699	55,0%	52,5%	>0,999	62,2%	53,7%	>0,999

7. Darstellung Modellvorhaben LWL-Universitätsklinikum Bochum

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am LWL-Universitätsklinikum Bochum begann zum 01.12.2014 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

Am LWL-Universitätsklinikum Bochum sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 137 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 28 in der Tagesklinik vorgesehen.

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

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: stationsungebundene Leistungen sowie HomeTreatment. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2008 eine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur, die durch einen IV-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse geregelt war.

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

Anders als bei der in Nordrhein-Westfalen üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (3) erfolgt die PIA-Abrechnung im Universitätsklinikum Bochum mittels nach behandelnder Berufsgruppe und Therapiedauer differenzierten Entgeltschlüsseln.

Im stationären Bereich erfolgte bis zum 20.11.2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPflV. Ab dem 01.12.2014 erfolgt die Abrechnung nach PEPP. Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wird im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum nur in drei Kliniken durchgehend nach Pflegesätzen abgerechnet. Von den übrigen sieben Kliniken steigen fünf bereits in den Jahren 2013 und 2014 um, zwei Kliniken wechseln im vierten Quartal 2015 auf PEPP. In einer Kontrollklinik wird zusätzlich ein IV-Vertrag angeboten.

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).

Knapp 70% der eingeschlossenen 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 IG- wie auch KG und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
depressive Episoden (F32)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
andere Angststörungen (F41)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
somatoforme Störungen (F45)
Essstörungen (F50)
hyperkinetische Störungen (F90) (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)	**803**	**769**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	67,1 %	71,0 %
• Zwei Diagnosen	27,9 %	25,0 %
• Drei Diagnosen	4,4 %	3,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F43 / KG: F33 & F45	28	18
2. IG: F33 & F45 / KG: F32 & F43	21	17
3. IG: F33 & F50 / KG: F32 & F45	18	15

[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)	**678**	**656**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	64,9 %	67,4 %
• Zwei Diagnosen	29,2 %	26,5 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	5,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	1,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F42 / KG: F33 & F41	19	17
2. IG: F33 & F90 / KG: F10 & F33	17	13
3. IG: F33 & F41 / KG: F33 & F90	15	12

[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 entsprechenden Kapitel zu finden.

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

Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	539	546	803	769
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,4 %	0,5 %	0,7 %	0,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,6 %	2,7 %	2,1 %	2,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	6,3 %	6,0 %	9,1 %	8,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,8 %	6,4 %	5,1 %	5,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,2 %	49,8 %	59,7 %	59,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,1 %	18,1 %	21,4 %	18,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,4 %	1,6 %	8,1 %	7,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	6,7 %	6,0 %	12,1 %	13,3 %
• F 50 (Essstörungen)	4,1 %	2,4 %	8,6 %	5,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,4 %	2,4 %	4,9 %	4,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	1,3 %	2,0 %	2,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,9 %	0,9 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,9 %	2,4 %	2,4 %	4,3 %
Alter[1]				
• Mittelwert	43,4	43,1	42,6	42,2
• Median	44	43	43	41
• (Interquartilsabstand)	(30 - 54)	(29 - 54)	(30 - 53)	(29 - 53)
Geschlecht				
• Frauen	58,8 %	60,8 %	61,5 %	61,2 %
• Männer	41,2 %	39,2 %	38,5 %	38,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	15,0 %	42,3 %	15,1 %	47,6 %

• PIA	85,0 %	57,7 %	84,9 %	52,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,2 %	1,6 %	0,1 %	2,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,8 %	9,2 %	4,9 %	8,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,5 %	11,2 %	9,2 %	10,7 %
• Abitur/Fachabitur	21,5 %	10,1 %	21,7 %	9,6 %
• Abschluss unbekannt	12,6 %	8,6 %	12,0 %	10,1 %
• Fehlende Angabe	51,4 %	59,3 %	52,2 %	58,9 %
Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,0 %	6,6 %	8,5 %	7,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,0 %	22,5 %	20,8 %	21,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,5 %	1,6 %	1,4 %	1,4 %
• Bachelor	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	9,1 %	2,7 %	8,6 %	2,7 %
• Promotion	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	8,2 %	6,2 %	7,6 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	51,4 %	59,3 %	52,2 %	58,9 %
Pflegestufe				
• Ja	4,1 %	7,3 %	3,9 %	7,5 %
• Nein	95,9 %	83,2 %	96,1 %	81,5 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	9,5 %	0,0 %	10,9 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	24,7 %	30,0 %	26,5 %	33,7 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	23,4 %	18,5 %	26,0 %	20,5 %
• Weder A noch B	51,9 %	51,5 %	47,4 %	45,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	68,5 %	64,3 %	69,5 %	65,1 %
• Familienversicherter	10,9 %	9,3 %	9,6 %	9,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	16,3 %	24,0 %	17,1 %	23,7 %
• Fehlende Angabe	4,3 %	2,4 %	3,9 %	2,1 %

[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

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)	440	442	678	656
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,5 %	4,1 %	3,5 %	3,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	3,2 %	3,4 %	8,6 %	8,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	21,4 %	21,5 %	18,3 %	18,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	41,8 %	44,1 %	55,8 %	54,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,5 %	4,5 %	7,7 %	9,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,9 %	2,4 %	4,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	4,3 %	4,8 %	14,5 %	13,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,5 %	2,4 %	2,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	4,1 %	3,6 %	7,8 %	6,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 %	0,9 %	3,1 %	3,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,5 %	1,0 %	0,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	15,2 %	11,3 %	14,9 %	12,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	46,3	46,1	45,9	45,8
• Median	46	46	46	46
• (Interquartilsabstand)	(32 - 57)	(31 - 56)	(32 - 57)	(31 - 56)
Geschlecht				
• Frauen	55,2 %	62,4 %	56,0 %	64,0 %
• Männer	44,8 %	37,6 %	44,0 %	36,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	10,9 %	22,6 %	11,8 %	23,0 %
• PIA	89,1 %	77,4 %	88,2 %	77,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,2 %	1,1 %	0,1 %	2,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,2 %	5,2 %	3,7 %	4,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	7,5 %	6,6 %	8,3 %	5,8 %
• Abitur/Fachabitur	15,5 %	6,8 %	14,3 %	6,6 %
• Abschluss unbekannt	9,8 %	12,0 %	8,8 %	12,0 %
• Fehlende Angabe	63,9 %	68,3 %	64,7 %	69,1 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,5 %	6,1 %	4,0 %	6,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	14,3 %	13,3 %	16,5 %	11,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	0,5 %	1,3 %	0,3 %
• Bachelor	1,6 %	1,1 %	1,3 %	1,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	6,8 %	2,0 %	5,8 %	2,0 %
• Promotion	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	7,3 %	8,6 %	6,0 %	9,3 %
• Fehlende Angabe	63,9 %	68,3 %	64,7 %	69,1 %
Pflegestufe				
• Ja	7,7 %	7,9 %	8,1 %	9,6 %
• Nein	92,3 %	85,7 %	91,9 %	82,5 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	6,3 %	0,0 %	7,9 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	23,9 %	24,2 %	26,1 %	23,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	47,5 %	47,7 %	50,7 %	52,6 %
• Weder A noch B	28,6 %	28,1 %	23,2 %	23,8 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	60,9 %	54,8 %	62,7 %	53,8 %
• Familienversicherter	6,6 %	7,9 %	6,2 %	7,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	29,5 %	35,1 %	29,1 %	36,4 %
• Fehlende Angabe	3,0 %	2,3 %	2,1 %	2,1 %

[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

8.2 Ergebnisse Outcomes

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

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

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population in 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.
- Im Weiteren erfolgt eine Darstellung der Modellierung der Signifikanz (additive Modellierung).

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war die Höhe des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den klinikneuen Patienten in der IG stets geringer als in der KG, wobei der Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr am stärksten ausfiel (prä: -0,5; 1. Jahr: -19,7; 2. Jahr: -3,3; 3. Jahr: -2,4; 4. Jahr: -1,0 %-Punkte). Der in der IG geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war statistisch signifikant (DiD = 0,4). Bei den klinikbekannten Patienten wies die IG bereits geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt im Jahr vor Referenzfall auf. Diese geringeren Anteile blieben über den gesamten Nachbeobachtungszeitraum ersichtlich (prä: -2,9; 1. Jahr: -8,9; 2. Jahr: -4,0; 3. Jahr: -5,8; 4. Jahr: -3,1 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war bei den klinikneuen Patienten in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG (prä: +0,7; 1. Jahr: -9,0; 2. Jahr: -0,2: 3. Jahr: -1,7; 4. Jahr: -0,3 %-Punkte) mit einem statistisch signifikant weniger starken Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum ersten (DiD = 0,4) und dritten Jahr nach Referenzfall (DiD = 0,3). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets geringer als in der KG (prä: -0,4; 1. Jahr: -2,4; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -0,5, 4. Jahr: -1,1 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein zwischen IG und KG ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 3,6; KG: 2,6 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 16,1; KG: 23,4 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,8; 4,3 und 5,4 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 6,2; 5,2 und 5,2 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG jedoch numerisch geringer (-7,3 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied als Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall war statistisch signifikant (DiD =

-8,4 vollstationäre Tage). In den restlichen Jahren verringerte sich der numerische Unterschied zwischen IG und KG. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war erneut statistisch signifikant (DiD = -3,4 vollstationäre Tage).

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) als auch bei den älteren klinikneuen Patienten die vollstationären Behandlungstage in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG waren. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F00 (Demenz), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) 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), F30-39 (affektive Störungen) und F50 (Essstörungen) 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 159 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten zeichneten sich analog zu den Anteilen unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 8,2 vollstationäre Behandlungstage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 10,0 Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl der Tage war in der IG auch im Verlauf stets geringer als in der KG (prä: -1,8; 1. Jahr: -2,3; 2. Jahr: -3,0; 3. Jahr: -3,3; 4. Jahr: -3,0 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. 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 sowohl bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) als auch bei den älteren klinikneuen Patienten die vollstationären Behandlungstage in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG waren. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) auf, während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F70-79 (Intelligenzstörung), F84 (tief greifende Entwicklungsstörungen) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) aufwiesen, wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Patienten betraf. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 159 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. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -6,4 teilstationäre Tage). Auch war die Anzahl teilstationärer Behandlungstage ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG stets geringer als in der KG, wobei der Unterschied ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall gering ausfiel (prä: +0,3; 1. Jahr: -6,1; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -0,9; 4. Jahr: -0,4 teilstationäre Tage). Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch signifikant (DiD = -2,3 teilstationäre Tage). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich, analog zu den vollstationären Behandlungstagen stets geringere teilstationäre Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (prä: -2,0; 1. Jahr: -1,4; 2. Jahr: -0,2; 3. Jahr: -0,7; 4. Jahr: -1,0 vollstationäre Tage). Dabei verringerte sich der Unterschied im zweiten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall, so dass das geringere Absinken in der IG statistisch signifikant wurde (DiD = +1,8 teilstationäre Tage).

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 geringer als in der KG (IG: +23,1 %-Punkte; KG: +42,9 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG geringer als in der KG (IG: +11,5 %; KG: +22,4 %).

Auch bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +10,8; KG: +18,6 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg in der IG geringer als in der KG (IG: +4,2; KG: +11,4 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. Die Anteile waren aber erneut in der IG geringer als in der KG. Der Anstieg der Anteile vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch geringer als in der KG (IG: +23,7 %-Punkte; KG: +43,3 %-Punkte; DiD = 0,4). Dieser statistisch signifikant geringere Anstieg war auch im zweiten Jahr nach Referenzfall ersichtlich (DiD = 0,7). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant geringer an als in der KG (IG: +11,7 %-Punkte; KG: +22,2 %-Punkte; DiD = 0,3), und blieb im Vergleich zum zweiten Jahr auch statistisch signifikant (DiD = 0,5).

Auch bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** bestätigte sich die oben angezeigte Entwicklung. Es zeigten sich ab dem Jahr nach Referenzfall geringere vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zur KG und der geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war statistisch signifikant (DiD = -7,3 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief analog und entsprechend U1 und U2 mit einem Peak im Jahr nach

Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage in der IG erneut geringer ausfielen als in der KG. Der Unterschied zum ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = -6,9 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigten sich die oben beschriebenen Muster erneut. Sowohl der **Anteil an Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt** als auch die **durchschnittliche voll- oder teilstationäre Behandlungsdauer** stieg bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten der IG weniger stark als in der KG. Auch hier waren die Anteile und die Behandlungstage (sowohl voll- als auch teilstationär) ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG numerisch g stets geringer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten bestand dieser Unterscheid bereits im Jahr vor 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)	**803**	**803**	**791**	**782**	**777**	**769**	**769**	**756**	**749**	**732**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,2 %	37,5 %	11,1 %	9,8 %	9,7 %	9,8 %	57,2 %	14,4 %	12,3 %	10,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	2,0 %	15,3 %	4,4 %	1,9 %	2,8 %	1,3 %	24,3 %	4,6 %	3,6 %	3,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,3 %	44,5 %	13,3 %	11,0 %	11,2 %	10,4 %	71,3 %	17,2 %	14,3 %	12,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,2 %	1,6 %	1,3 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %	3,4 %	2,1 %	2,3 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,2 %	11,6 %	8,3 %	7,5 %	7,5 %	12,0 %	12,9 %	11,0 %	9,1 %	8,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	3,6	16,1	4,8	4,3	5,4	2,6	23,4	6,2	5,2	5,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,8	5,8	1,3	0,6	0,8	0,4	11,8	1,9	1,6	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	4,4	21,9	6,1	4,9	6,3	3,0	35,2	8,0	6,8	6,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,7	0,1	0,2	0,1	0,1	0,9	0,7	0,7	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,4	1,1	1,0	1,1	1,4	1,9	1,5	1,3	1,2

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

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)	**678**	**678**	**669**	**659**	**652**	**656**	**656**	**641**	**632**	**625**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	21,5 %	23,0 %	13,9 %	12,7 %	12,4 %	24,4 %	31,9 %	17,9 %	18,5 %	15,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	7,2 %	9,0 %	4,2 %	3,3 %	3,8 %	7,6 %	11,4 %	3,6 %	3,8 %	5,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	25,4 %	28,8 %	15,8 %	14,0 %	13,8 %	28,2 %	38,7 %	19,8 %	20,6 %	18,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,8 %	2,4 %	1,9 %	1,1 %	1,8 %	3,5 %	3,8 %	1,4 %	2,7 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,8 %	10,2 %	11,5 %	12,1 %	11,8 %	12,5 %	14,9 %	11,5 %	15,5 %	11,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	8,2	11,3	5,6	5,5	5,3	10,0	13,6	8,7	8,7	8,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	1,9	3,5	1,4	0,9	1,0	3,9	4,9	1,6	1,6	2,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	10,1	14,9	7,0	6,3	6,3	13,9	18,6	10,3	10,3	10,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,6	0,4	0,4	0,3	0,4	0,8	1,1	0,5	0,8	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,4	1,5	2,0	2,1	1,8	1,7	1,3	2,2	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).

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

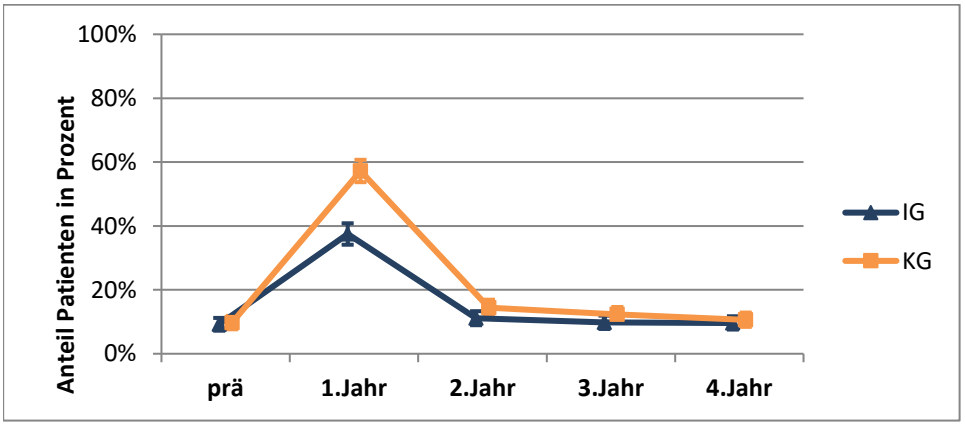
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

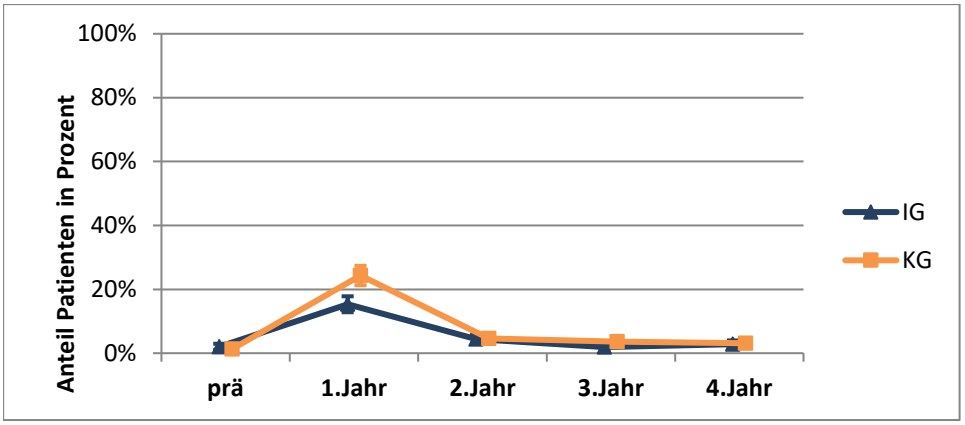
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

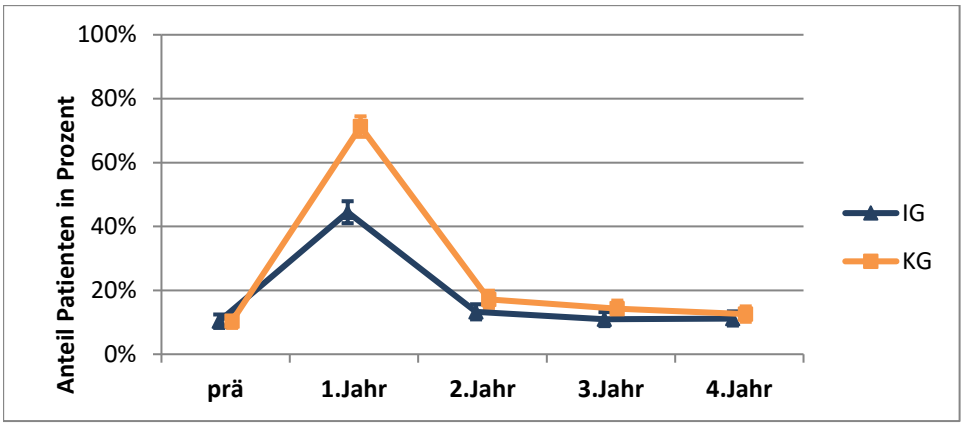
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



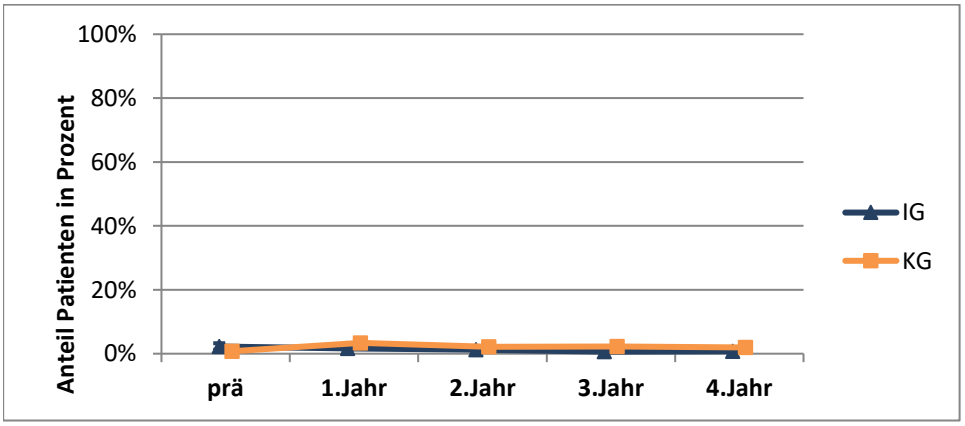
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



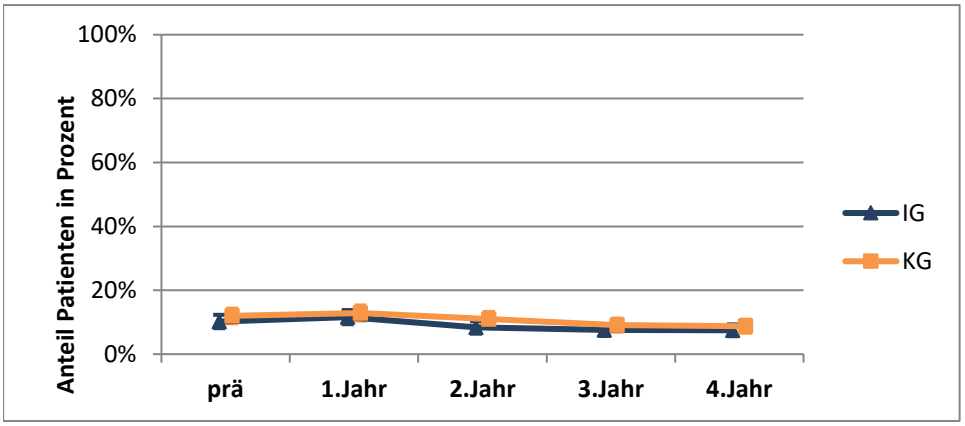
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

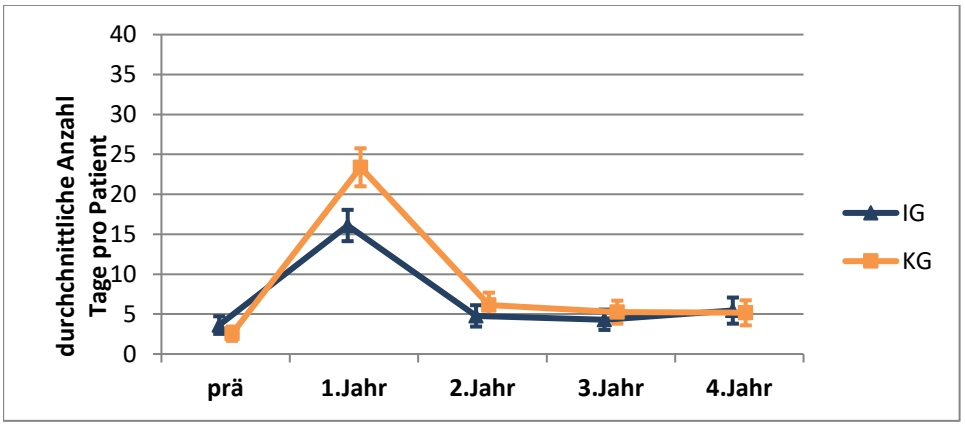


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

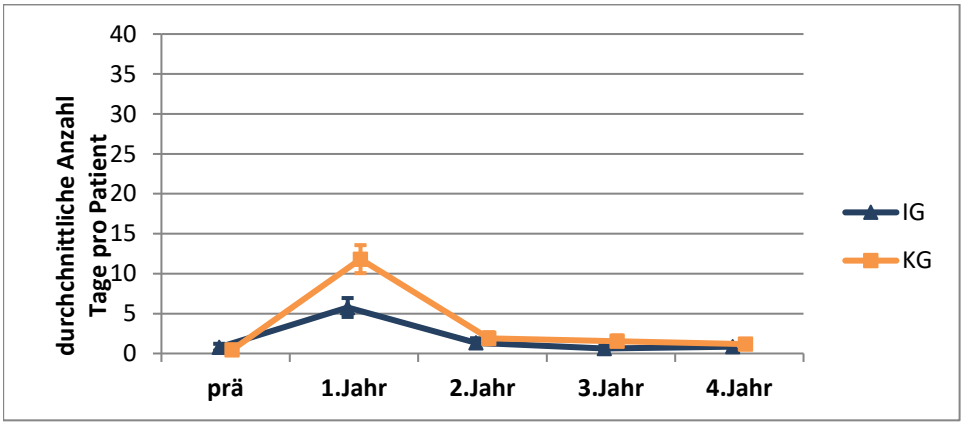


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

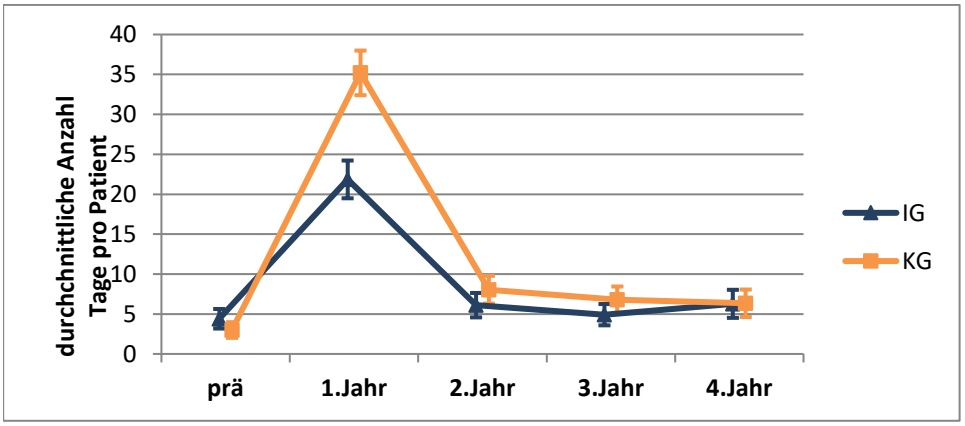
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



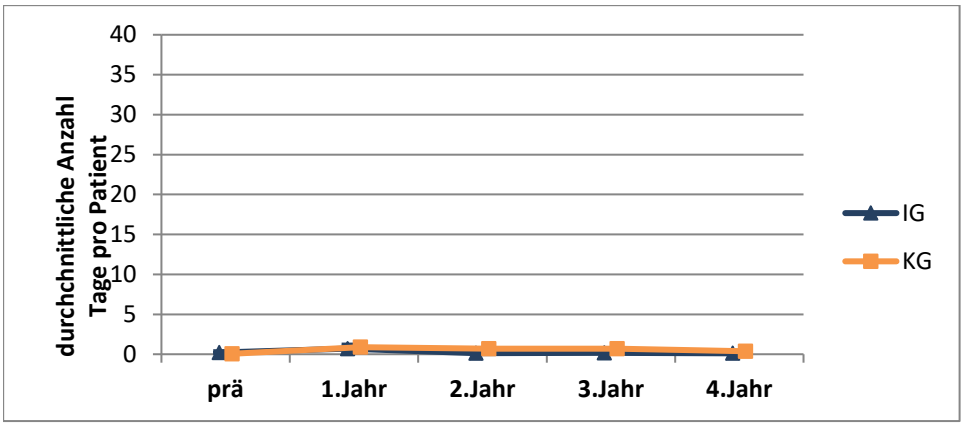
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



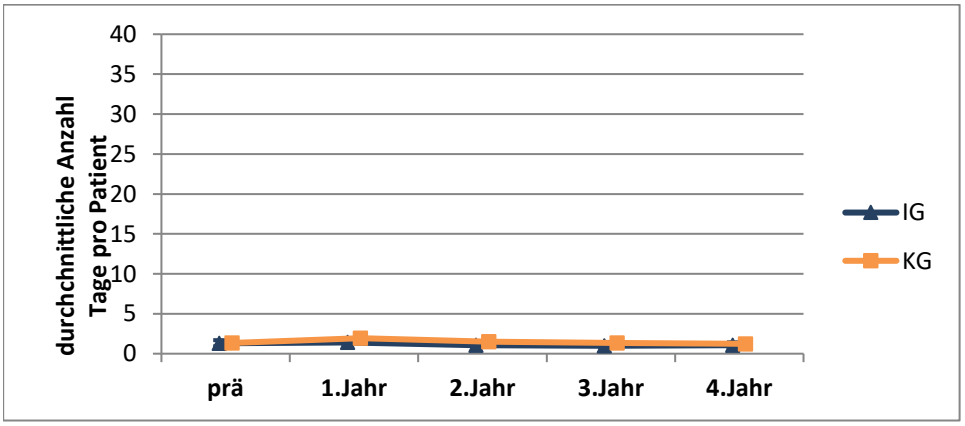
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



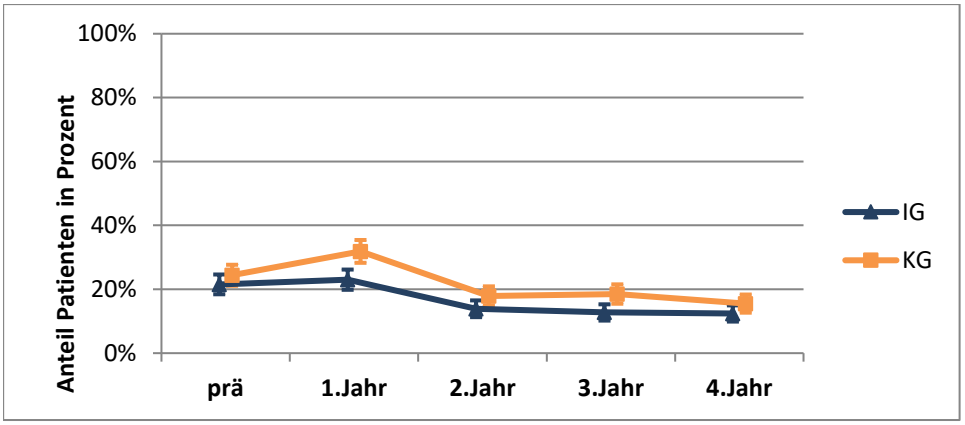
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

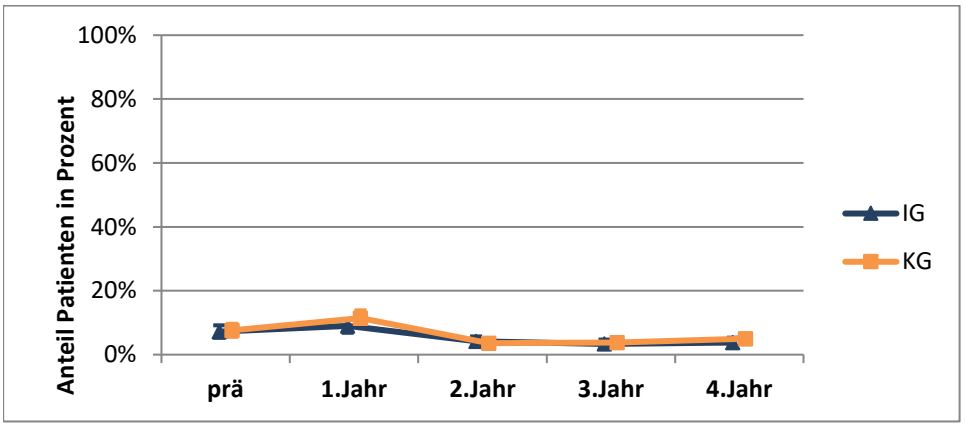
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

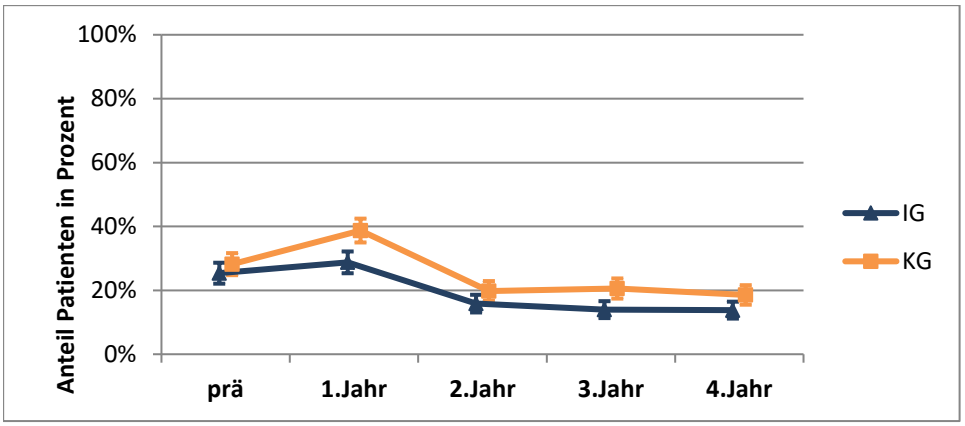
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



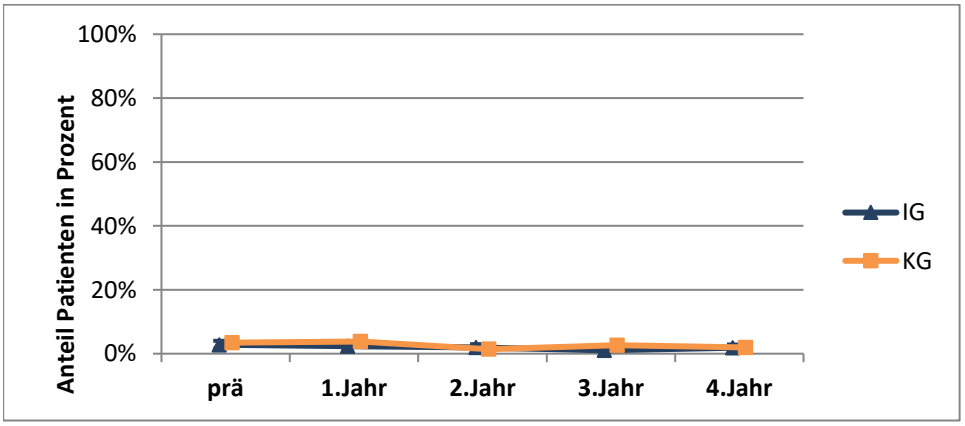
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



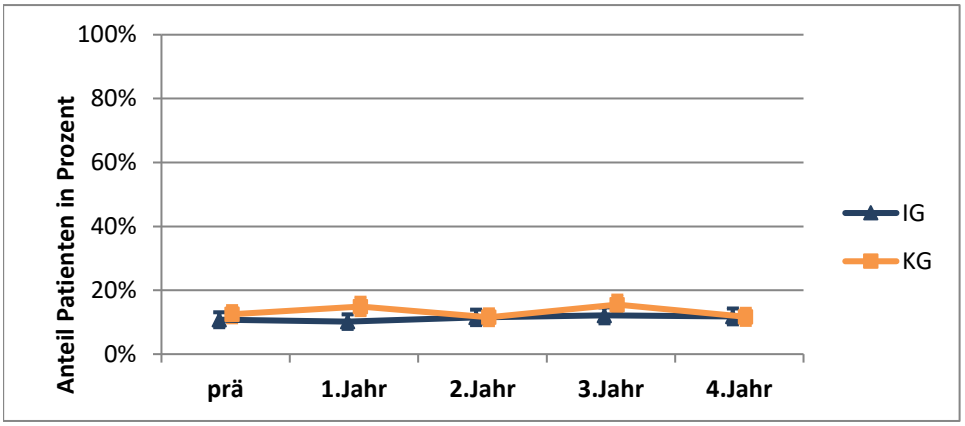
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

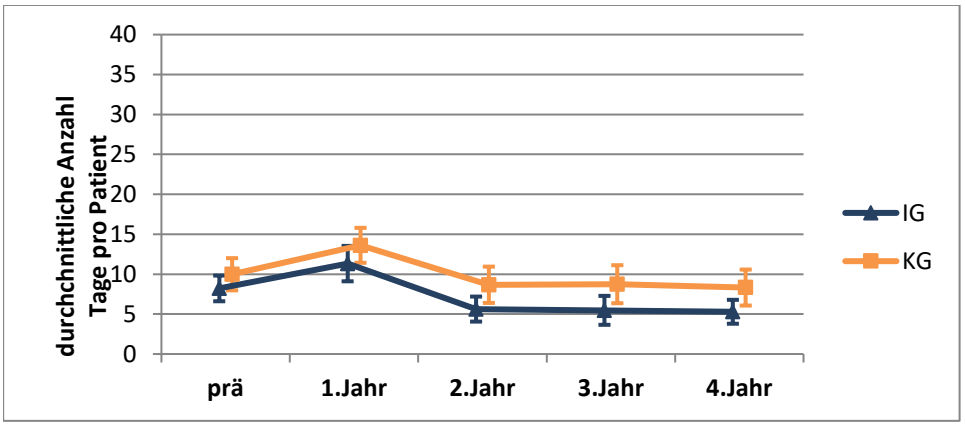


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

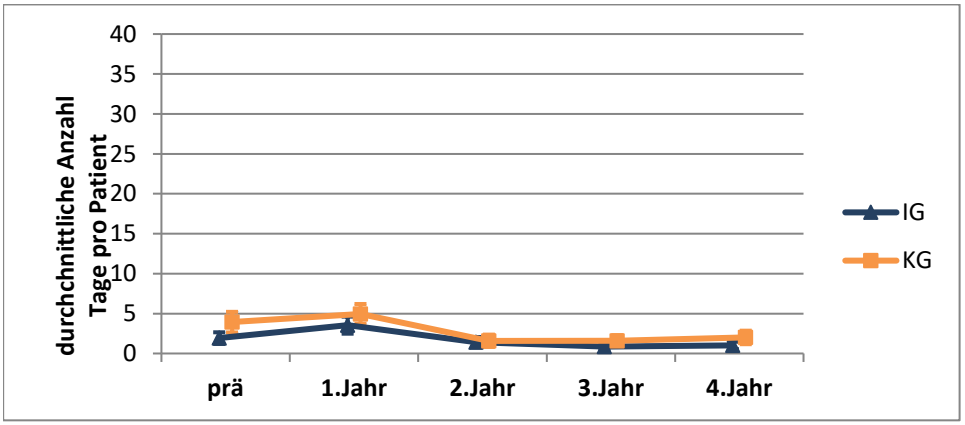


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

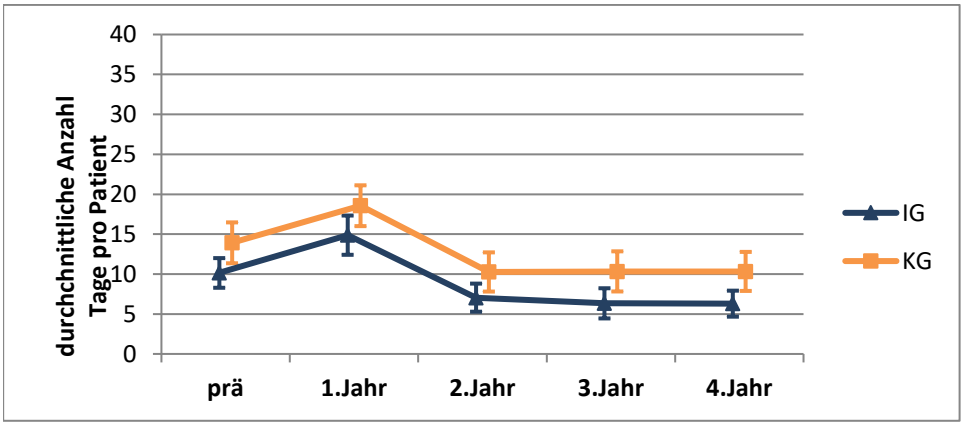
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



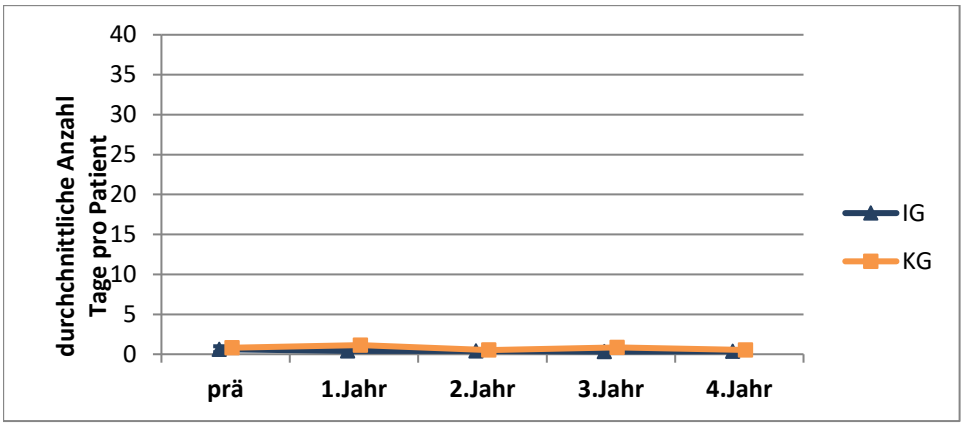
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

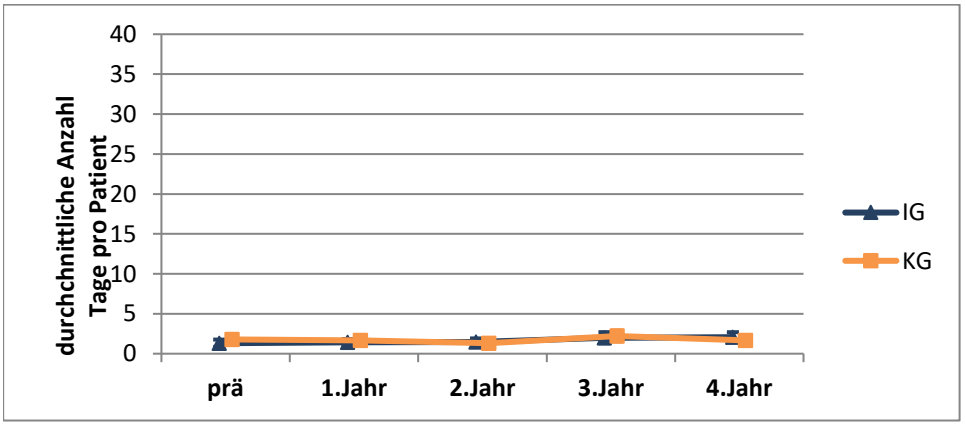


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,40*** 0,26…0,60	0,35* 0,15…0,80	-8,36*** -11,38…-5,34	-6,39*** -8,00…-4,77
DID Jahr 2	0,78 0,49…1,24	0,62 0,24…1,57	-2,42 -5,43…0,60	-0,88 -2,50…0,73
DID Jahr 3	0,82 0,51…1,32	0,34* 0,12…0,94	-2,00 -5,02…1,01	-1,24 -2,85…0,38
DID Jahr 4	0,97 0,60…1,58	0,59 0,22…1,60	-0,72 -3,74…2,30	-0,66 -2,27…0,96
DID Jahr 1-4	—	—	-3,38** -5,84…-0,91	-2,29** -3,61…-0,97

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,69 0,47…1,02	0,80 0,46…1,39	-0,52 -4,29…3,25	0,60 -1,09…2,29
DID Jahr 2	0,90 0,58…1,38	1,27 0,63…2,58	-1,11 -4,88…2,66	1,84* 0,15…3,53
DID Jahr 3	0,75 0,49…1,16	0,94 0,46…1,95	-1,33 -5,10…2,44	1,31 -0,38…3,00
DID Jahr 4	0,94 0,60…1,47	0,82 0,41…1,63	-1,07 -4,84…2,70	1,05 -0,64…2,74
DID Jahr 1-4	—	—	-1,01 -4,00…1,98	1,20 -0,14…2,54

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**3.540**	**3.540**	**3.541**	**3.541**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,3 %	32,5 %	10,0 %	53,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	1,9 %	13,4 %	1,4 %	23,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,3 %	39,6 %	10,8 %	67,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,4 %	2,3 %	1,6 %	2,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,3 %	12,3 %	11,5 %	12,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	3,7	14,5	3,5	22,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,6	4,9	0,5	11,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	4,3	19,4	4,0	34,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,7	0,2	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,2	1,6	1,4	1,6

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

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

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

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

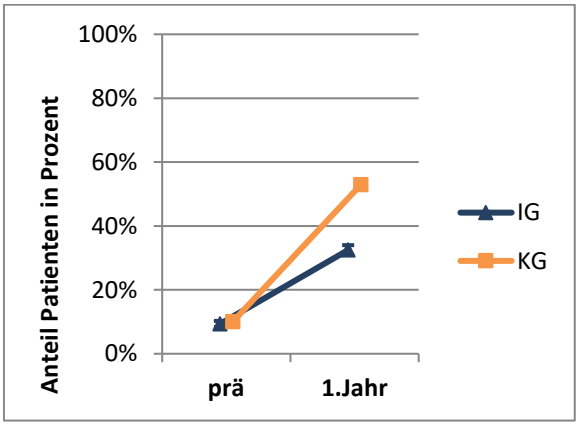
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

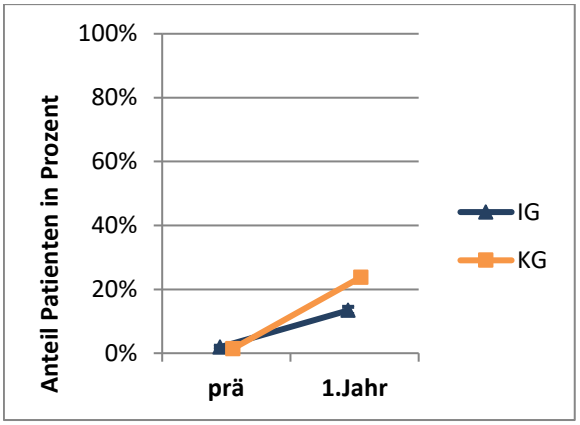
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

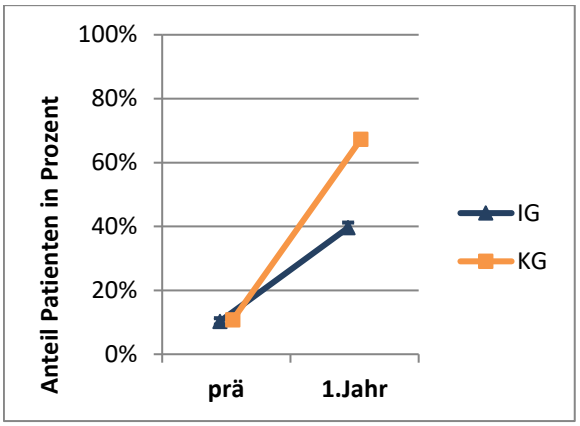
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



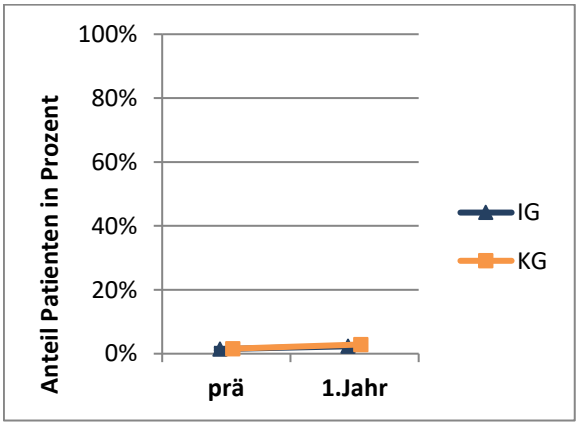
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



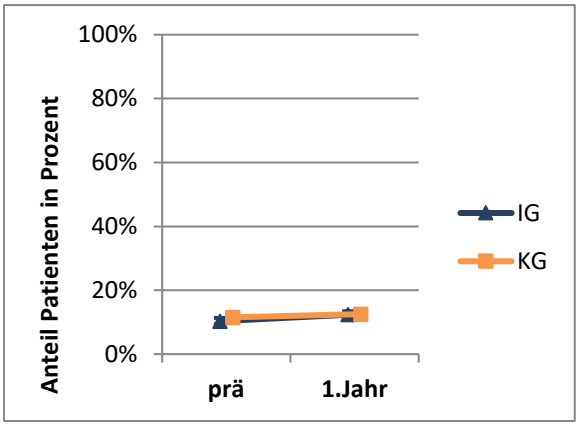
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

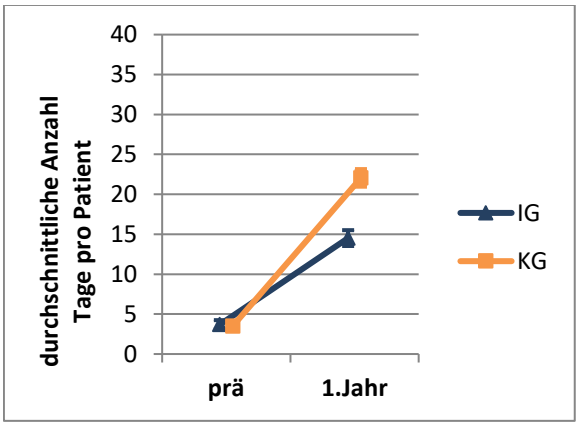


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

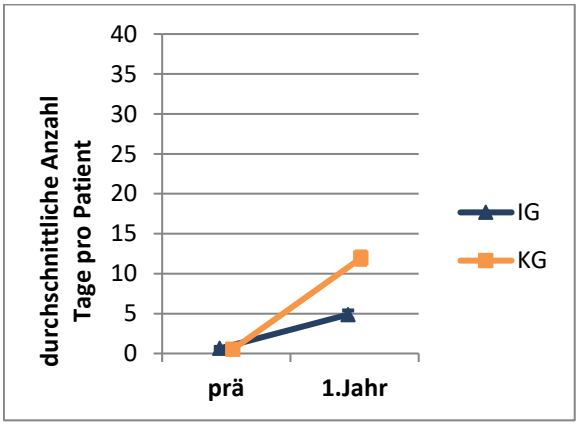


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

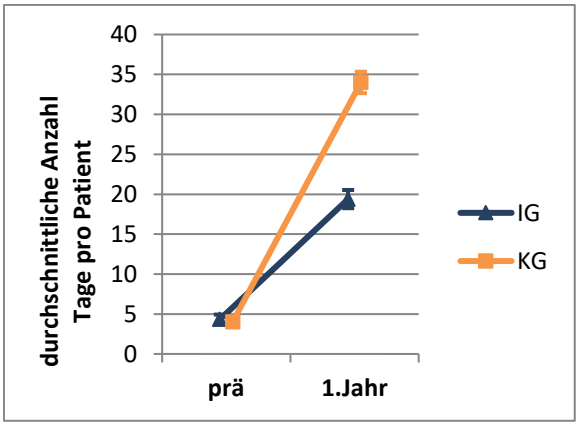
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



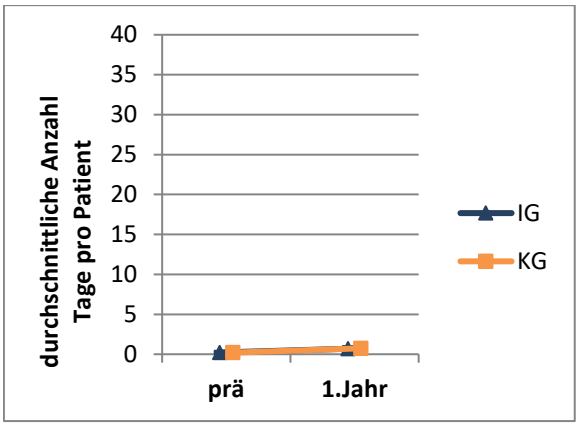
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



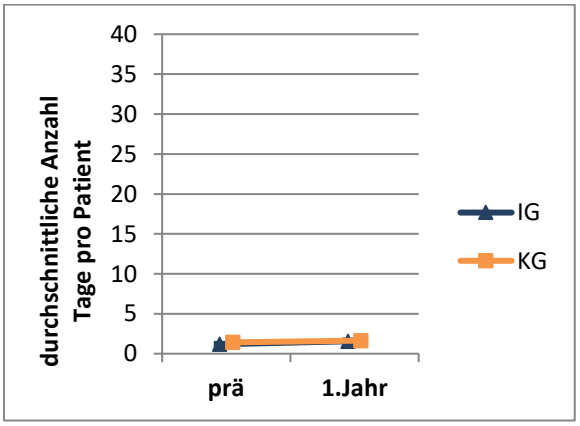
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	**2.527**	**2.527**	**2.485**	**2.485**	**2.485**	**2.424**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,4 %	33,0 %	9,5 %	10,1 %	53,5 %	14,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	2,0 %	13,7 %	3,6 %	1,3 %	23,5 %	4,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,4 %	40,2 %	11,5 %	10,8 %	67,4 %	17,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,7 %	2,1 %	1,5 %	1,3 %	3,2 %	2,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,5 %	12,9 %	9,1 %	11,8 %	12,9 %	10,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	3,7	15,1	4,6	3,5	22,2	6,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,7	5,1	1,4	0,5	11,8	2,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	4,4	20,2	5,9	4,0	34,1	8,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,7	0,3	0,2	0,8	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,7	1,2	1,4	1,7	1,2

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

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

berücksichtigt.

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

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

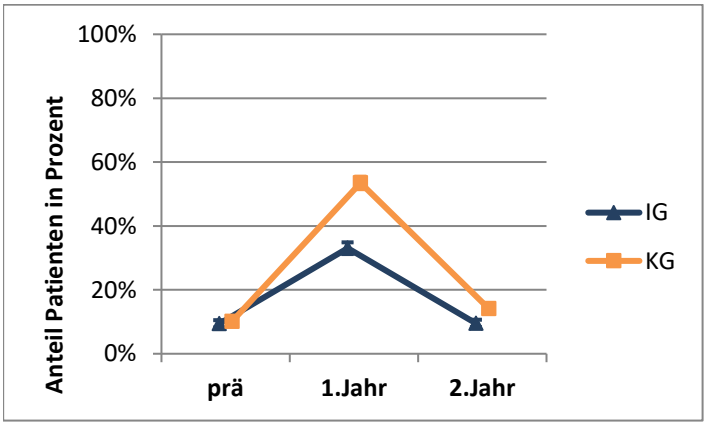
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

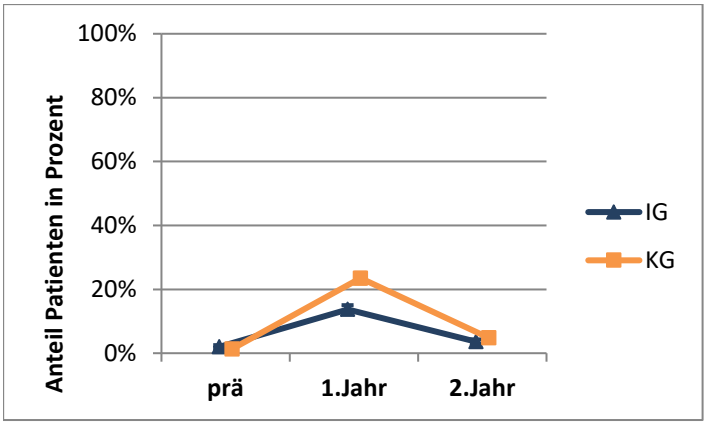
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

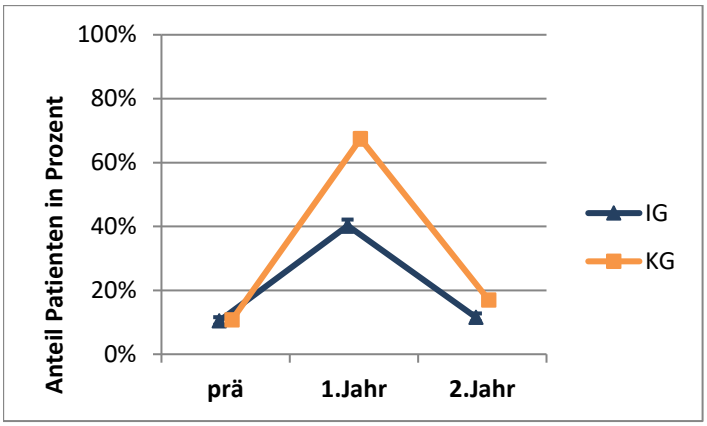
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



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

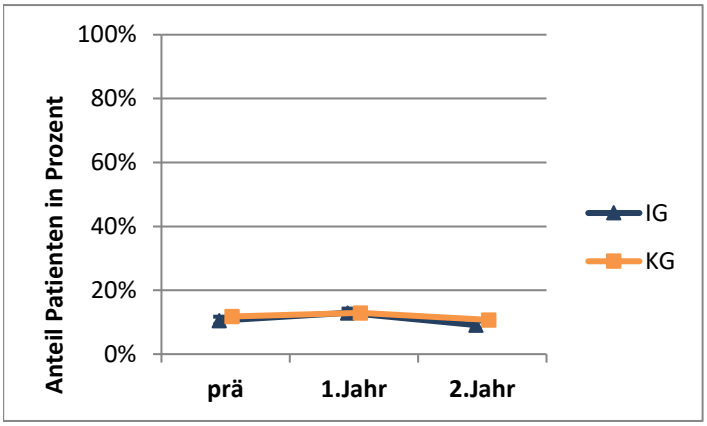


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



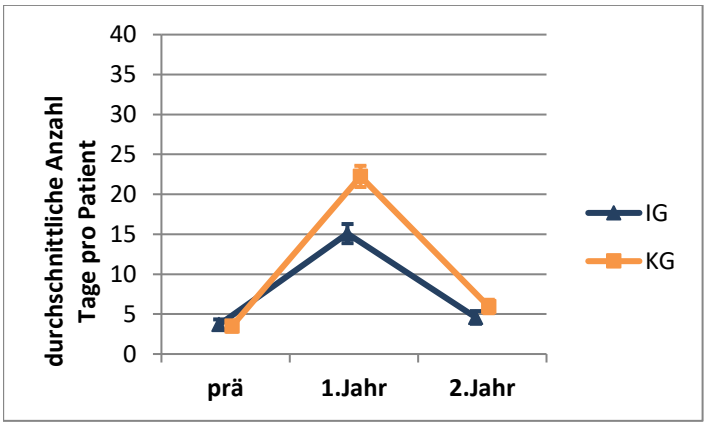
- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

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

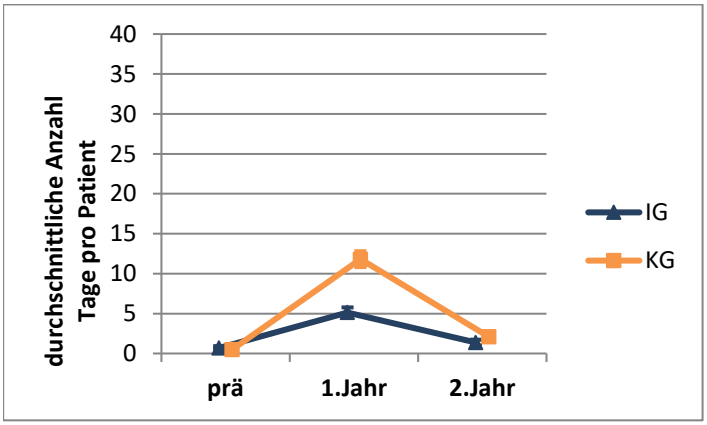


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

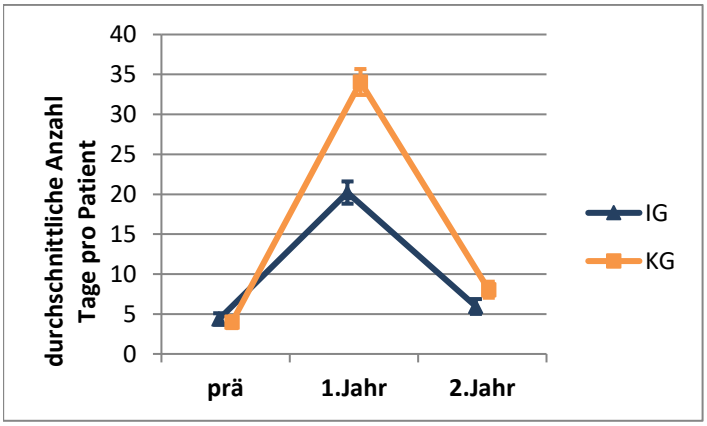
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



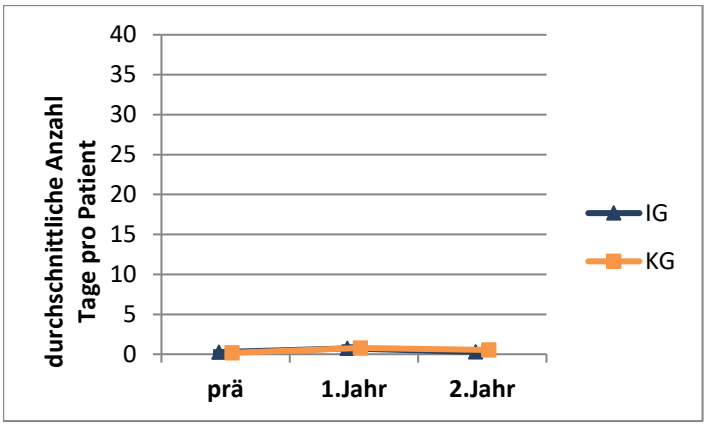
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

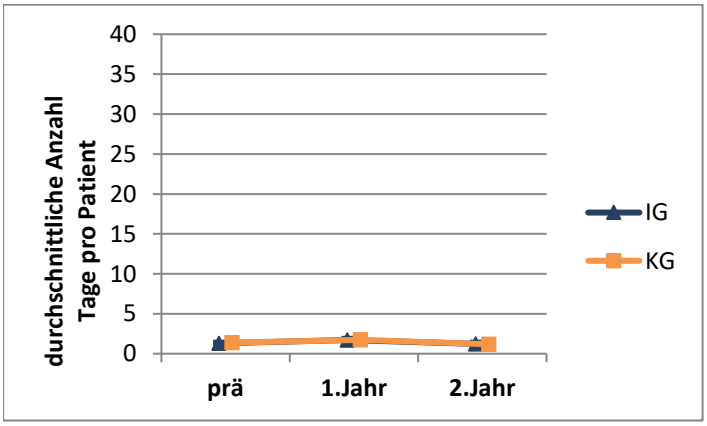


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,36*** 0,28…0,45	0,33*** 0,21…0,53	-7,34*** -9,17…-5,51	-6,91*** -8,00…-5,81
DID Jahr 2	0,68** 0,52…0,89	0,49** 0,29…0,82	-1,48 -3,31…0,35	-0,92 -2,01…0,17

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)	**1.591**	**1.591**	**1.565**	**1.548**	**1.543**	**1.543**	**1.510**	**1.498**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,9 %	34,8 %	9,6 %	9,2 %	10,5 %	54,4 %	14,6 %	11,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	2,0 %	15,1 %	3,7 %	2,0 %	1,3 %	24,6 %	4,8 %	3,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	11,0 %	43,0 %	11,6 %	10,3 %	11,1 %	69,0 %	17,5 %	13,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,1 %	2,0 %	1,3 %	0,6 %	0,9 %	3,4 %	1,9 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,6 %	12,9 %	8,3 %	8,3 %	11,9 %	12,4 %	10,7 %	9,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	3,9	15,2	4,3	4,0	3,2	22,4	6,3	4,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,8	5,8	1,2	0,7	0,5	12,1	1,9	1,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	4,7	21,0	5,5	4,7	3,8	34,6	8,3	6,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,8	0,2	0,3	0,1	0,8	0,6	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,2	1,7	1,2	1,0	1,3	1,7	1,2	1,1

[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)	**768**	**768**	**759**	**747**	**761**	**761**	**743**	**732**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	19,8 %	24,0 %	13,8 %	12,4 %	22,6 %	34,0 %	18,4 %	18,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	6,5 %	10,2 %	4,0 %	3,3 %	7,5 %	12,5 %	3,9 %	3,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	23,3 %	30,5 %	15,8 %	13,9 %	26,5 %	41,5 %	20,7 %	20,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,9 %	2,5 %	2,0 %	0,9 %	5,0 %	4,6 %	1,9 %	2,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,9 %	10,4 %	11,9 %	11,9 %	12,7 %	15,0 %	11,6 %	15,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	7,6	11,8	6,2	5,6	9,1	14,7	8,5	8,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	1,7	3,8	1,4	0,9	3,5	5,5	1,7	1,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	9,3	15,6	7,6	6,5	12,6	20,2	10,2	10,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,8	0,5	0,4	0,3	1,2	1,3	0,6	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,4	1,4	1,9	1,9	1,6	1,2	2,2

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

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

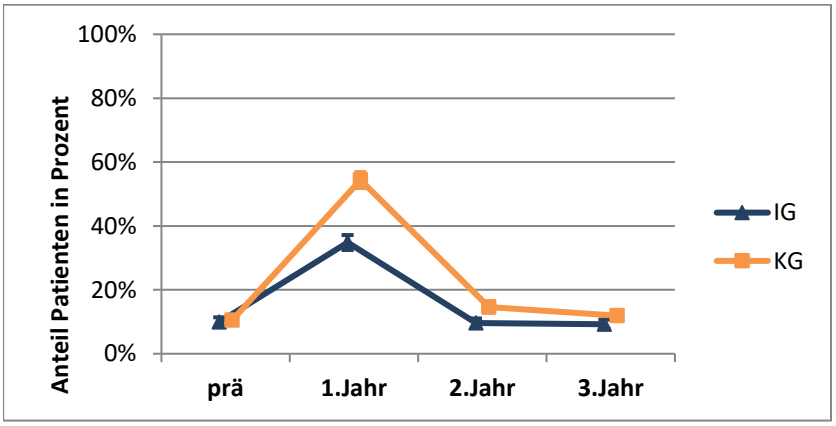
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

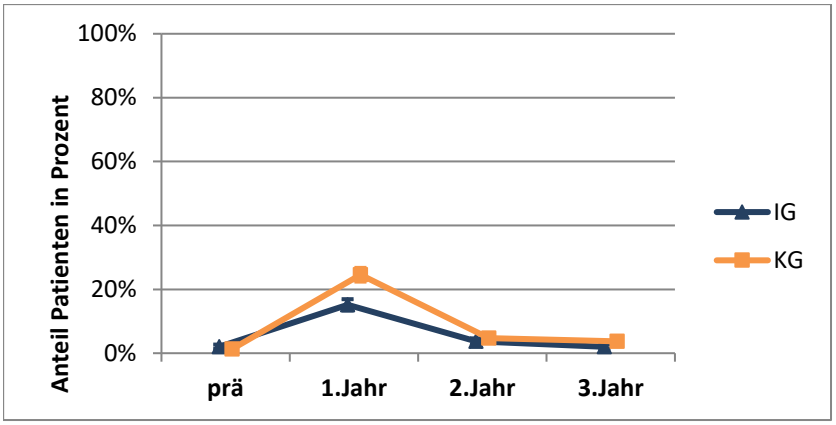
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

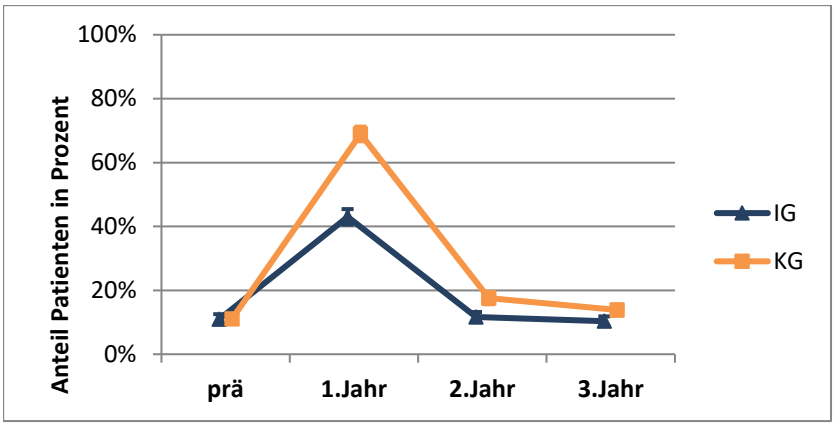
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



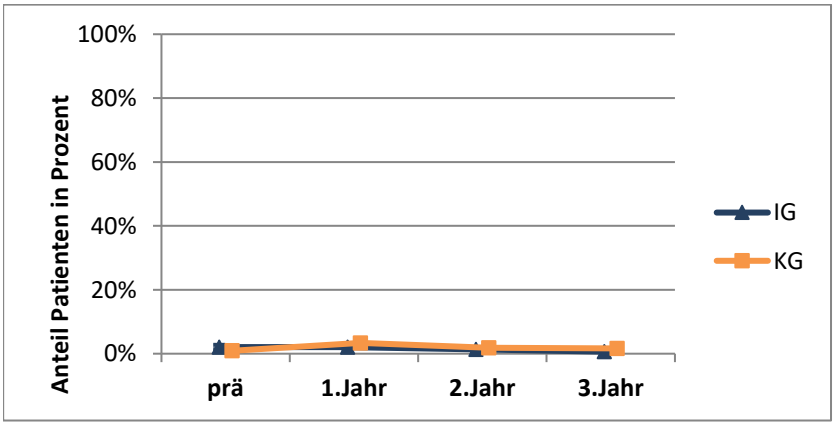
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



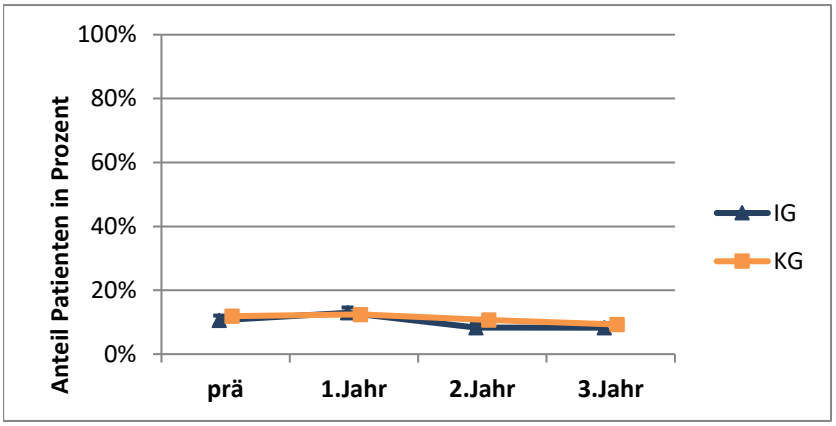
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

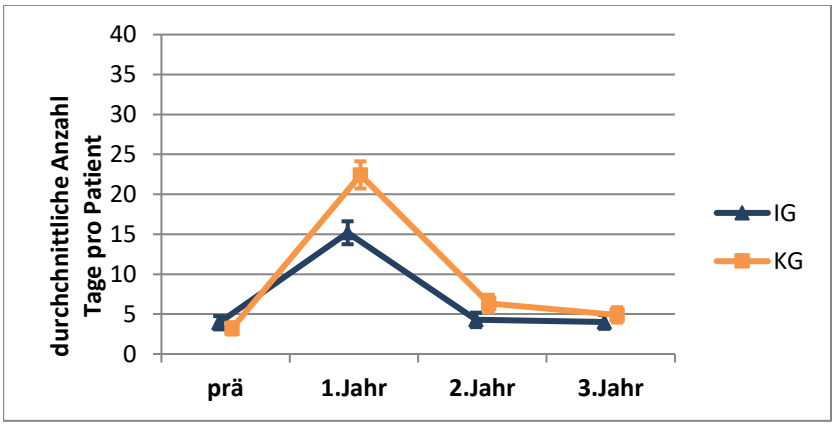


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

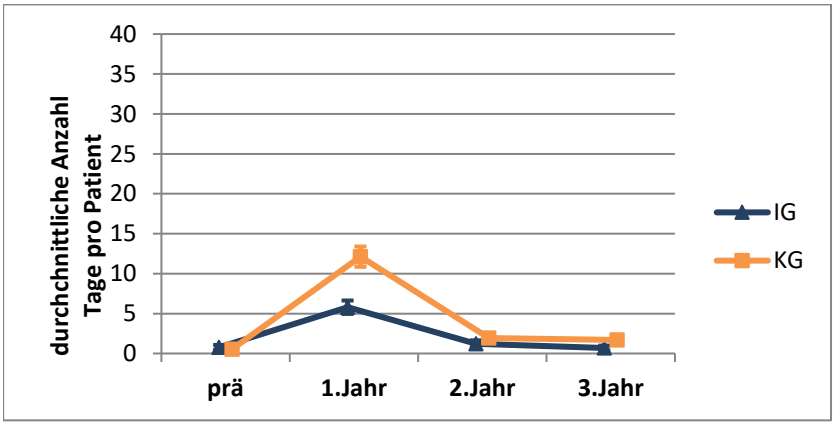


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

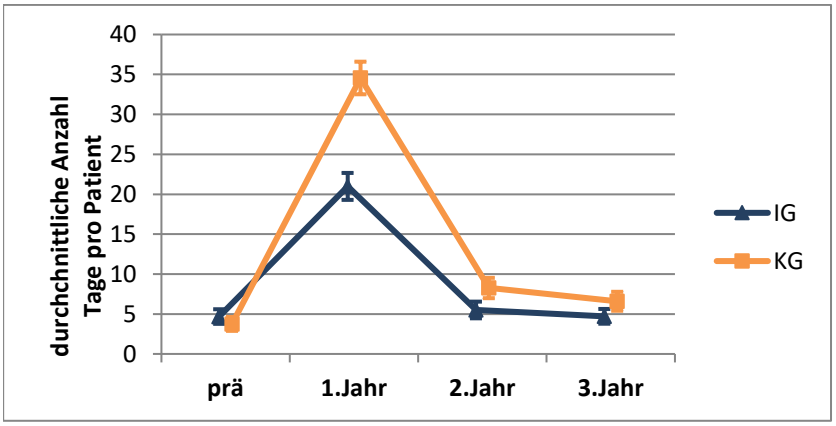
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



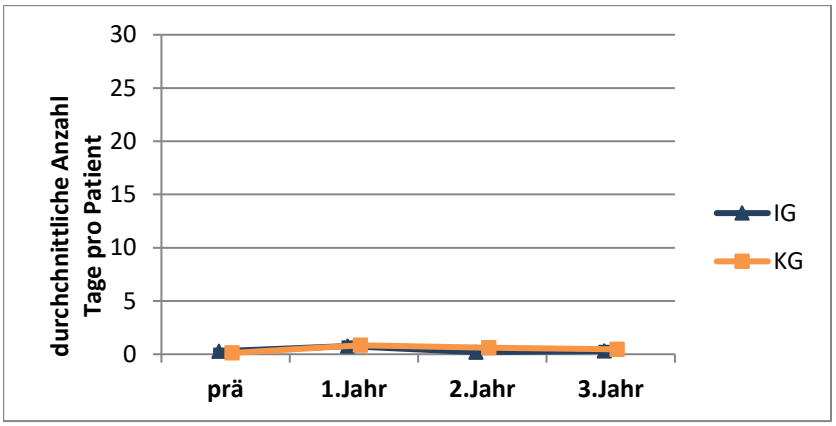
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



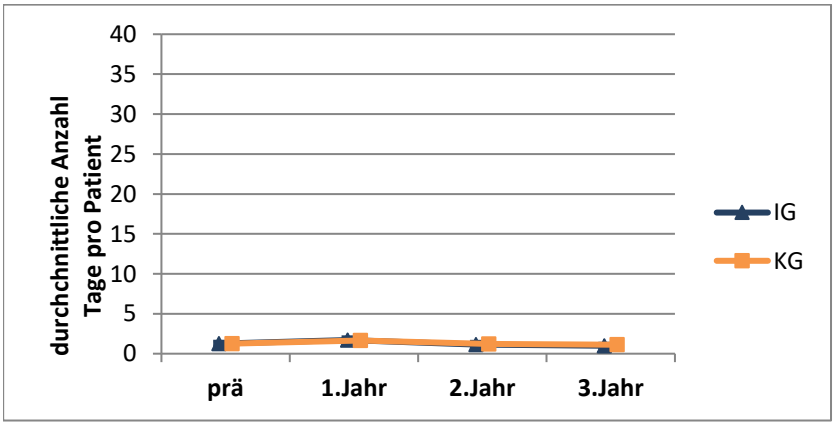
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



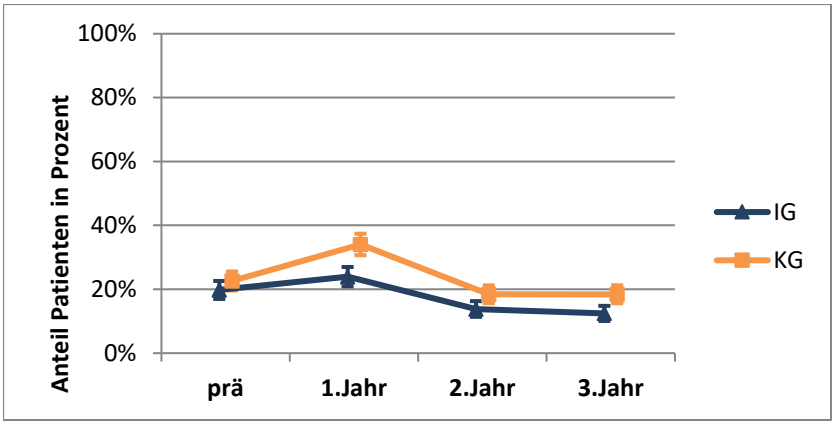
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

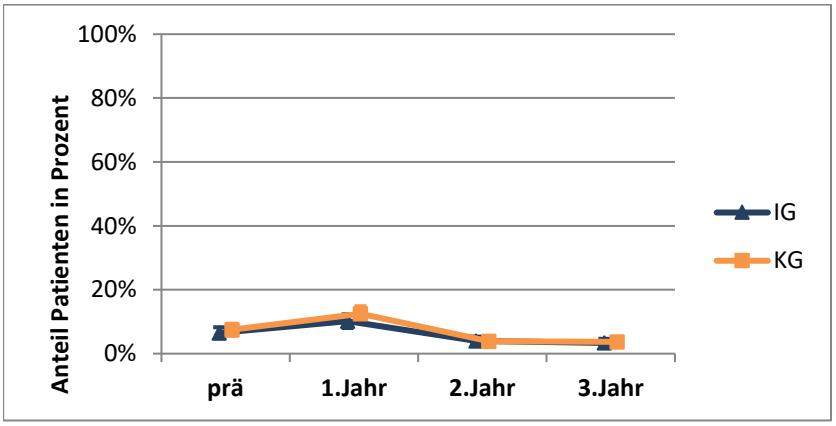
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

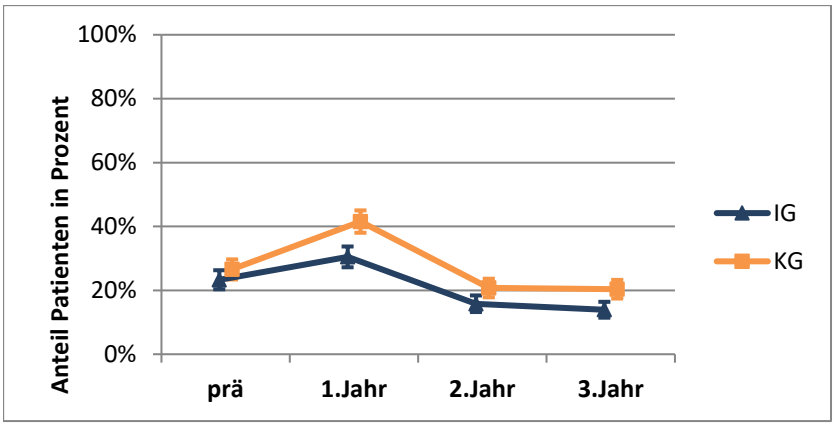
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



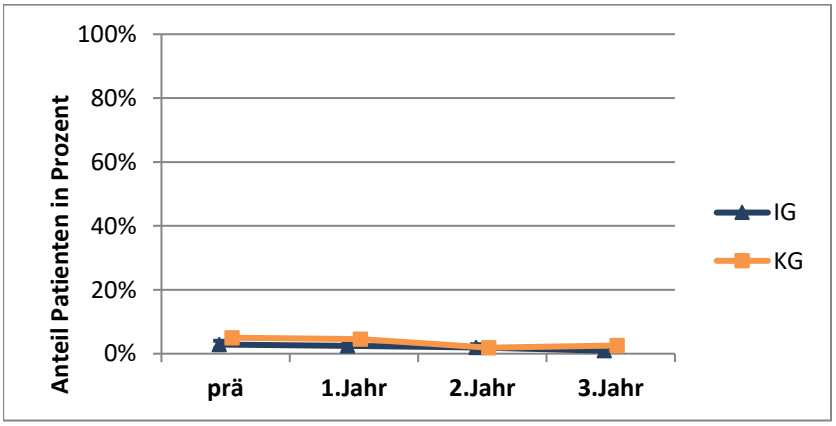
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



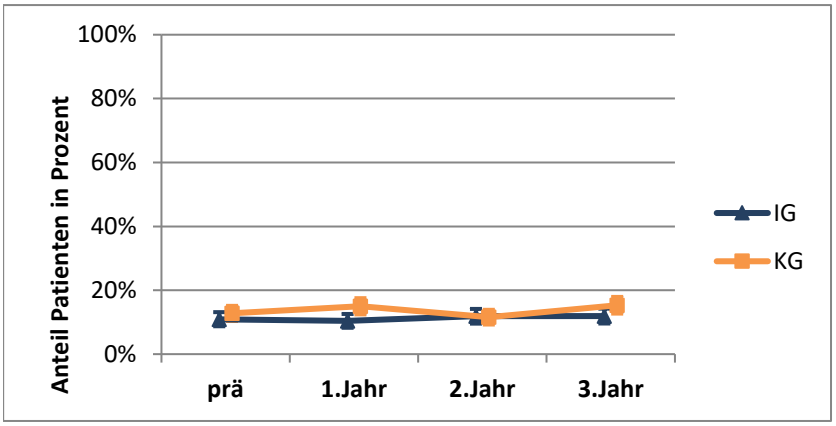
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

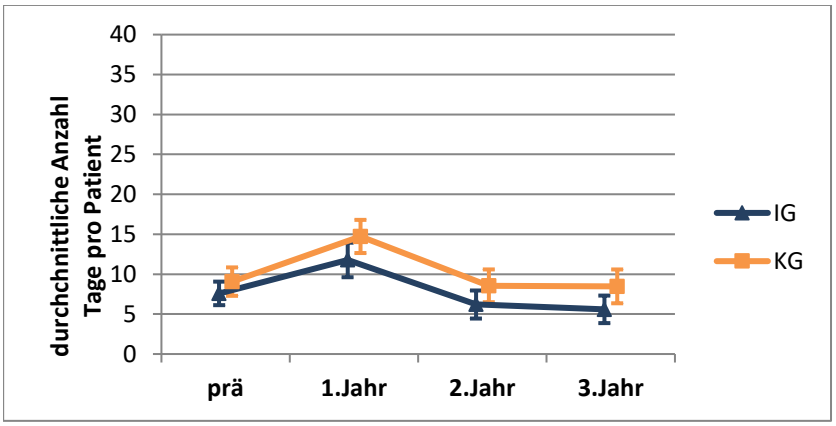


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

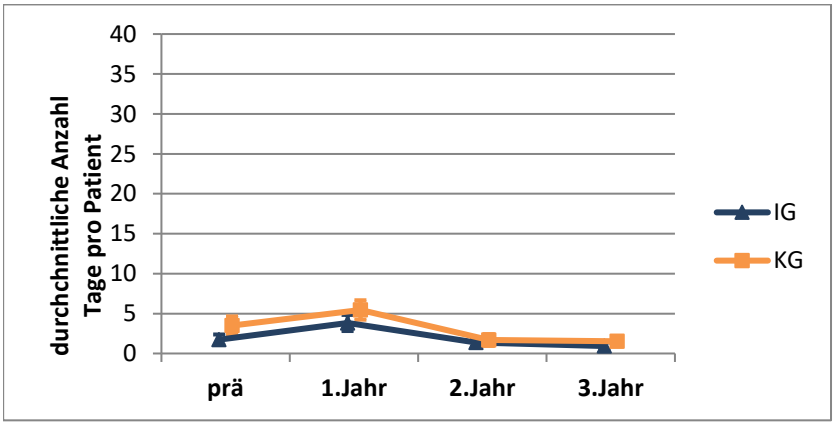


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

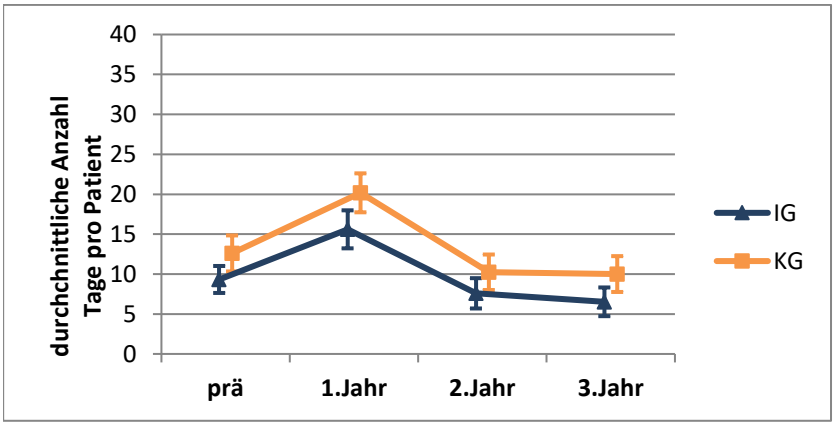
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



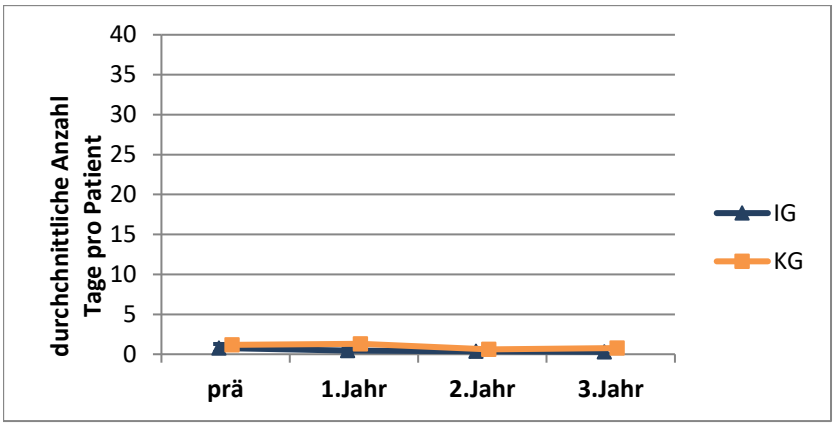
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



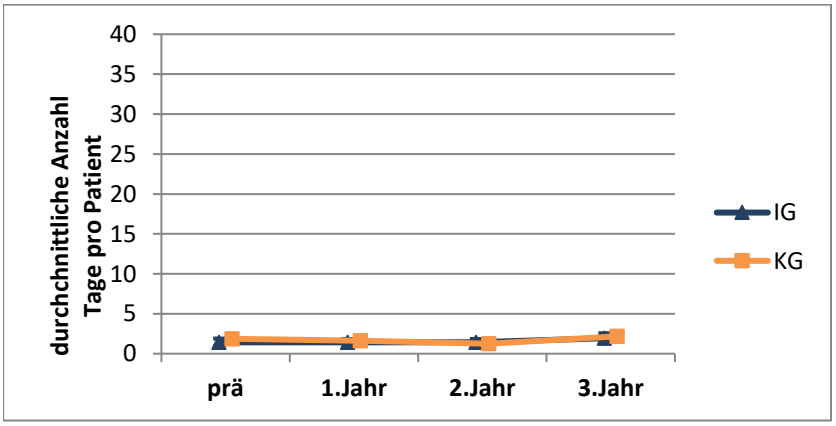
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den klinikneuen Patienten über die Beobachtungszeit stets etwas mehr durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,2; 1. Jahr: +1,1; 2. Jahr: +0,6; 3. Jahr: +0,7; 4. Jahr: +0,4 PIA-Kontakte). Dabei war der Vergleich des Jahres vor Referenzfall mit dem Jahr danach statistisch signifikant (DiD = 1,0 PIA-Kontakte). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG geringere PIA-Kontakte als in der KG. Dieser Unterschied war für das zweite bis vierte Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant (DiD 2. Jahr = -1,5; DiD 3. Jahr = -1,7; DiD 4. Jahr = -2,0 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten war in der IG stets größer als in der KG (prä: +0,6; 1. Jahr: +2,0; 2. Jahr: +2,1; 3. Jahr: +1,0; 4. Jahr: +0,9 Kontakte). Diese größere Zunahme der Inanspruchnahme im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD 1. Jahr = +1,5; DiD 2. Jahr = +1,5 Kontakte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war die ambulante Inanspruchnahme in der IG stets größer als in der KG, jedoch war dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall ersichtlich (prä: +0,7; 1. Jahr: +1,3; 2. Jahr: +0,8; 3. Jahr: +1,1; 4. Jahr: +0,6 Kontakte).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut ein stärkerer Anstieg der **PIA-Kontakte** in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +4,0 Kontakte; KG: +2,8 Kontakte).

Auch 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 stärker als in der KG an (IG: +2,8 Kontakte; KG: +1,5 Kontakte).

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

Auch die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U1 und U2, in der IG stärker als in der KG (prä: -0,5; 1. Jahr: +0,9; 2. Jahr: +0,6 ambulante Kontakte). Dieser stärkere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum ersten und zweiten Jahr danach war jeweils statistisch signifikant (DiD 1. Jahr = +1,4; DiD 2. Jahr = +1,2 ambulante 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 erneut stärker als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG etwas größer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten sank jedoch die PIA-Inanspruchnahme in der IG über die Zeit stärker als in der KG (prä: +1,1; 1. Jahr: +0,6; 2. Jahr: -0,2; 3. Jahr: -0,6 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten war, analog zu oben, in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets größer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl an Kontakten in der IG stets etwas höher im Vergleich zur KG (prä: +0,3; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: +0,7 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)	**803**	**803**	**791**	**782**	**777**	**769**	**769**	**756**	**749**	**732**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**803**	**803**	**791**	**782**	**777**	**769**	**769**	**756**	**749**	**732**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**794**	**799**	**770**	**760**	**753**	**748**	**757**	**745**	**736**	**713**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,5	3,8	2,3	2,0	1,7	0,4	2,7	1,7	1,3	1,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	5,0	8,2	7,3	5,4	4,6	4,4	6,2	5,2	4,3	3,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	6,4	7,7	7,0	7,0	7,1	9,6	10,6	9,9	9,3	8,9
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	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,3	0,2	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,4	0,3	0,4	0,7	0,9	0,5	0,6	0,5	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,1	0,3	0,6	0,5	0,4	0,2	0,5	0,5	0,4	0,5

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	5,5	6,2	6,2	7,3	7,9	5,4	5,7	5,8	5,3	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

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)	**678**	**678**	**669**	**659**	**652**	**656**	**656**	**641**	**632**	**625**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**678**	**678**	**669**	**659**	**652**	**656**	**656**	**641**	**632**	**625**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**672**	**670**	**654**	**643**	**634**	**620**	**647**	**628**	**620**	**613**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,9	9,4	7,2	6,7	5,8	6,7	8,9	7,5	7,3	6,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,5	4,8	3,8	3,7	3,2	3,7	3,6	3,0	2,6	2,6
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	8,4	8,8	8,5	8,1	7,8	9,9	9,9	10,3	10,2	9,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

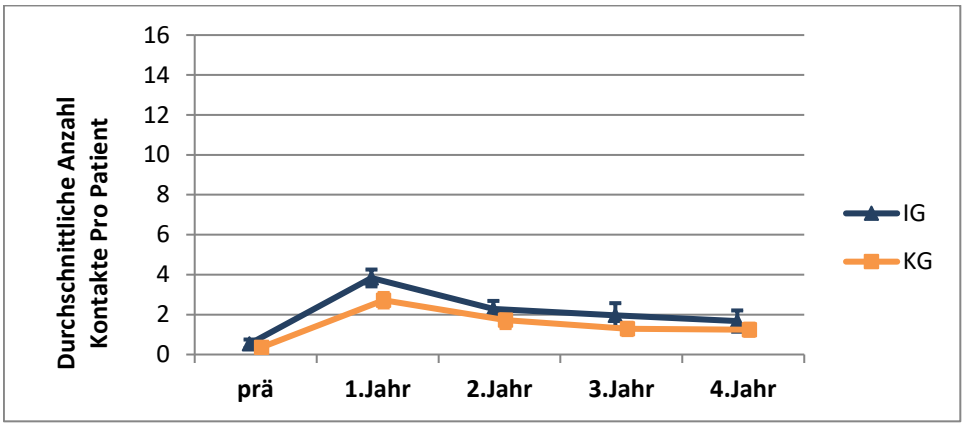
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

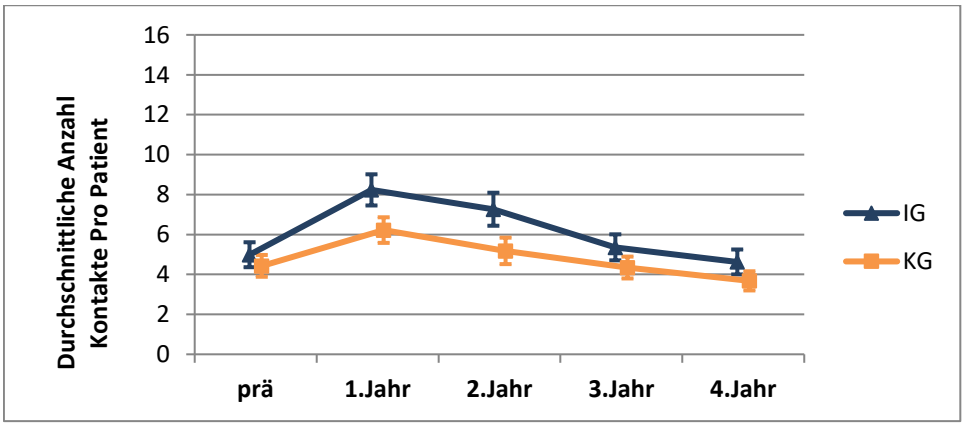
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

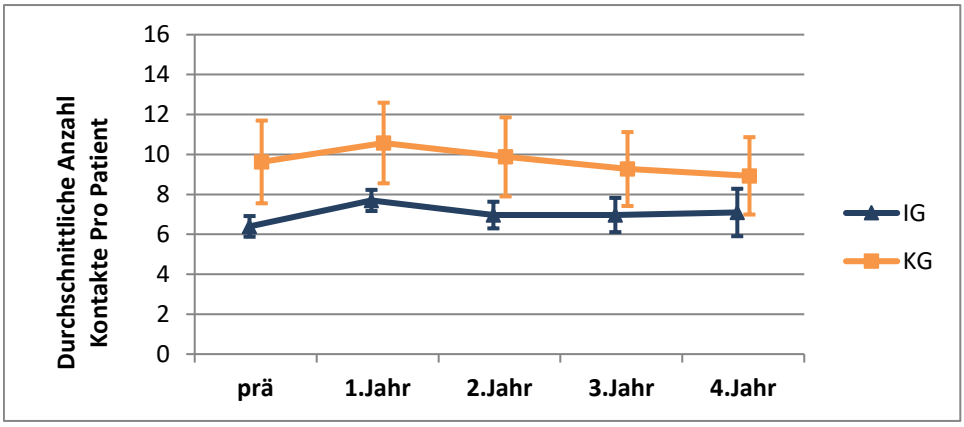
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

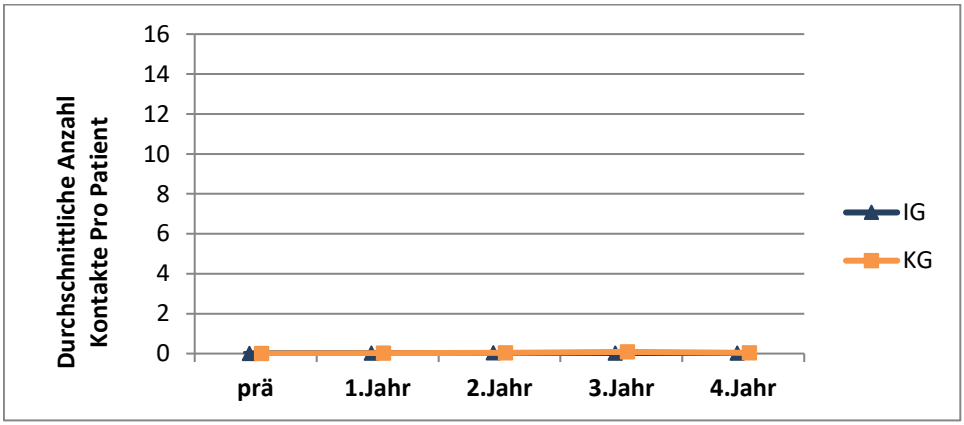


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

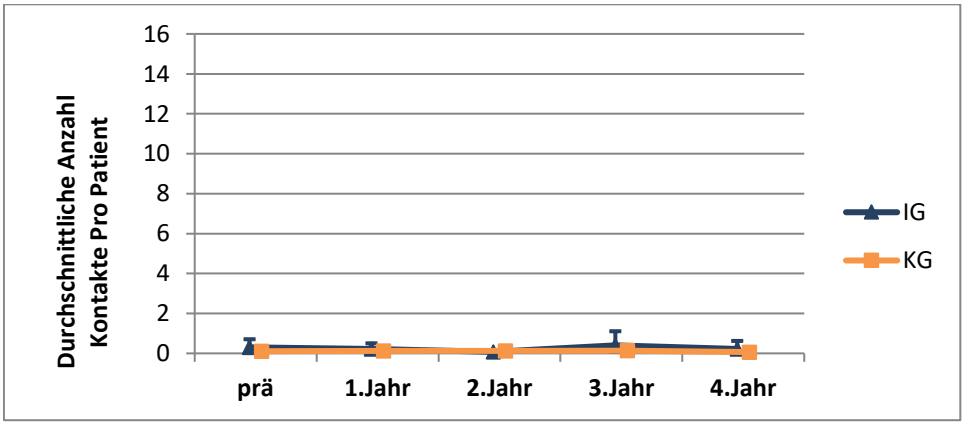


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

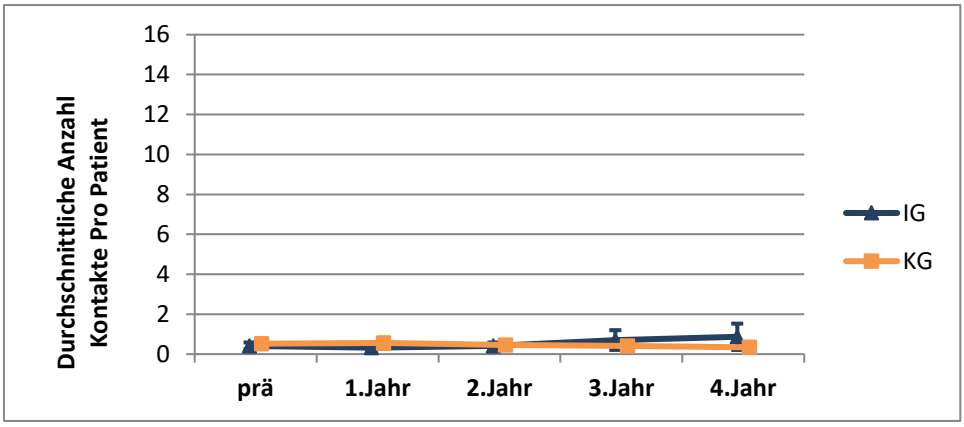
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

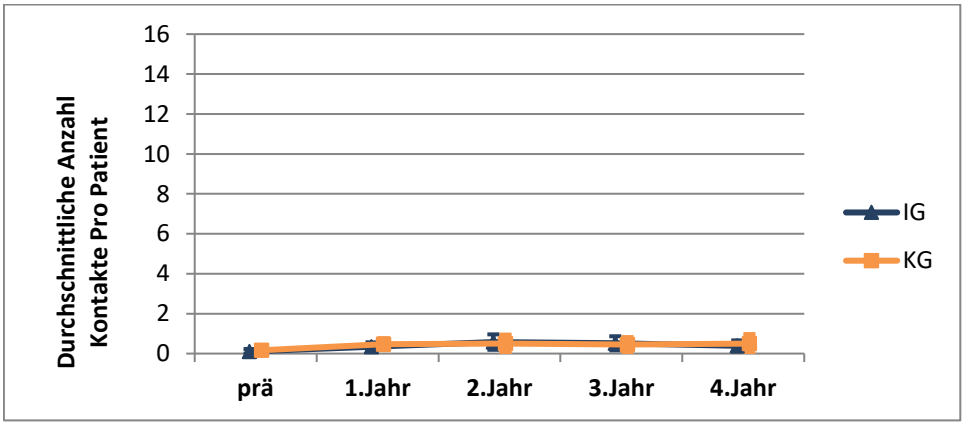


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

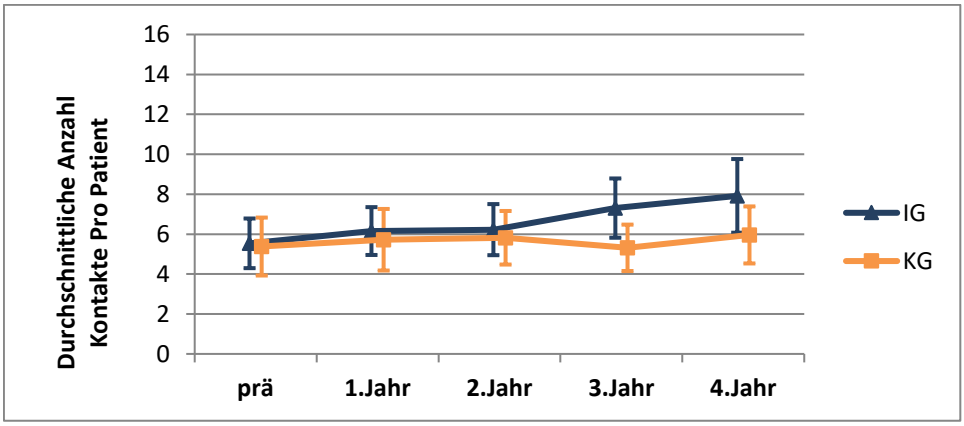


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



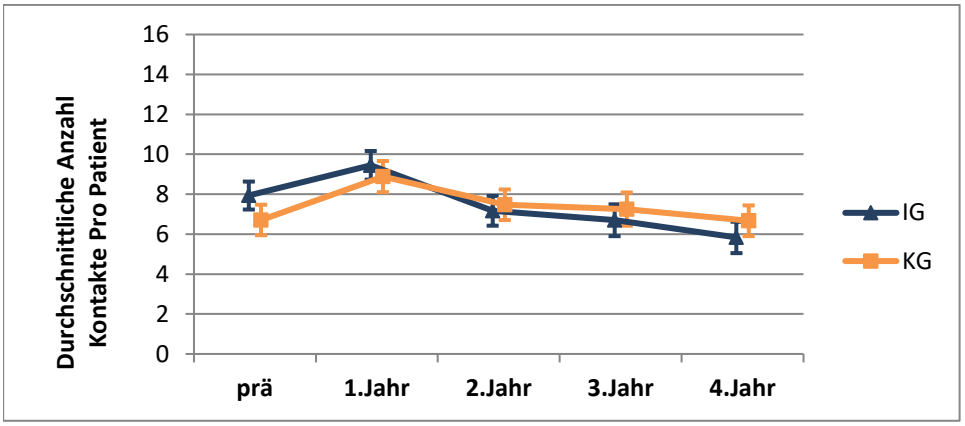
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

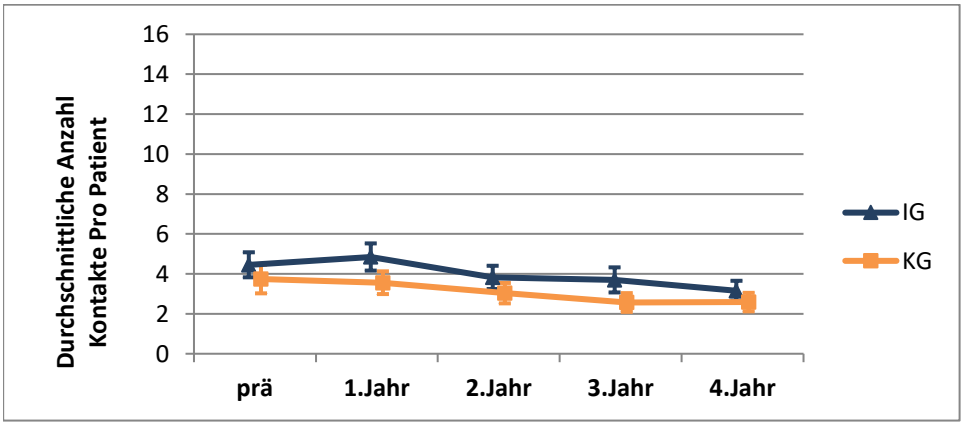
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

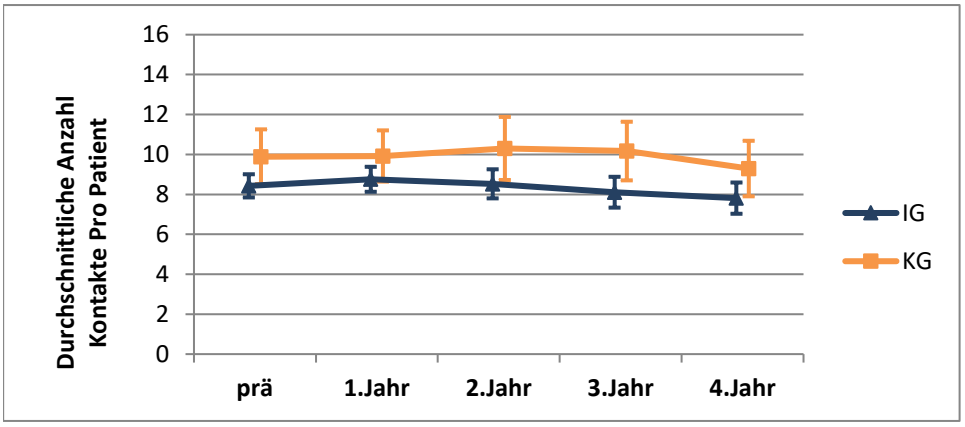
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

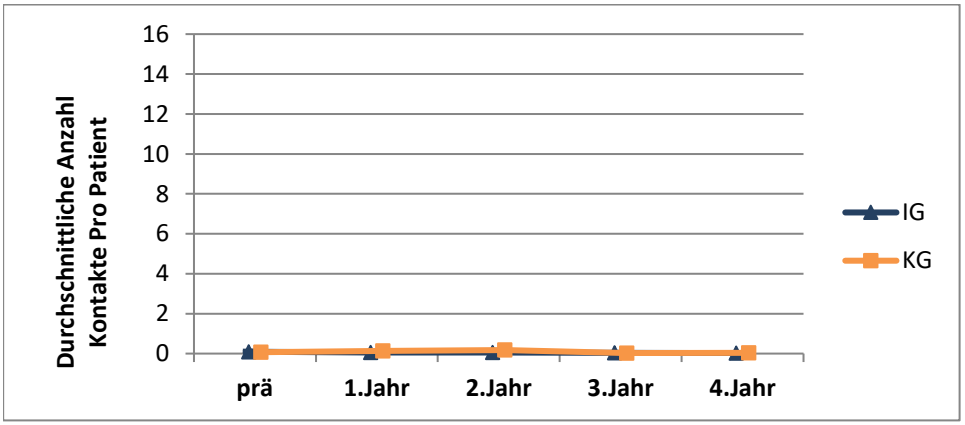


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

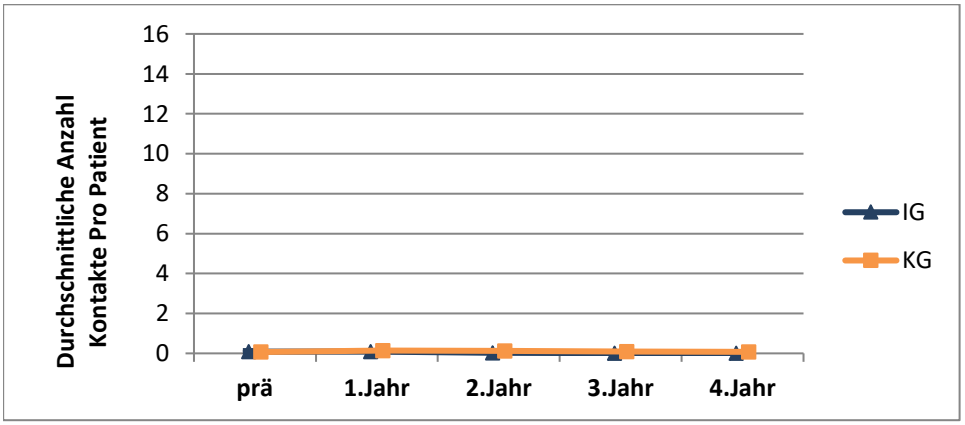


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

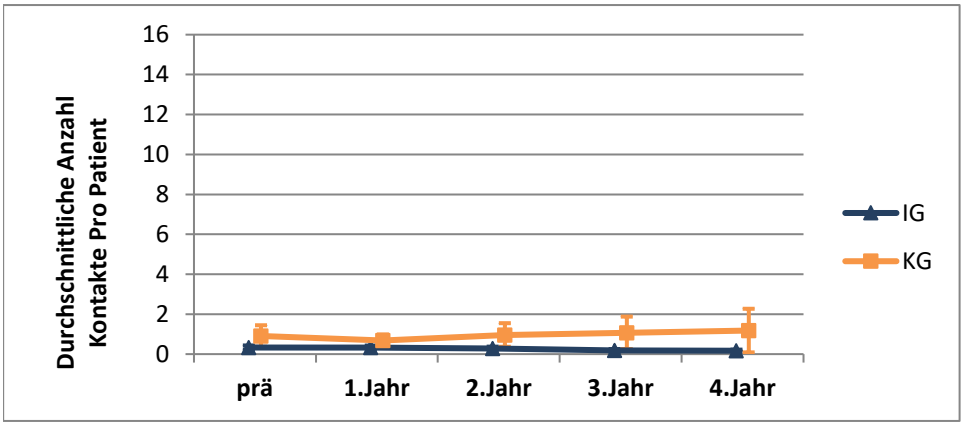
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

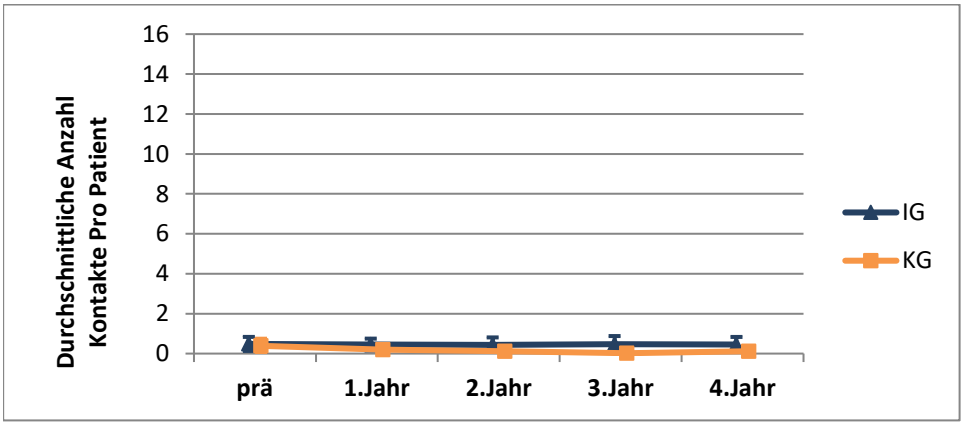


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

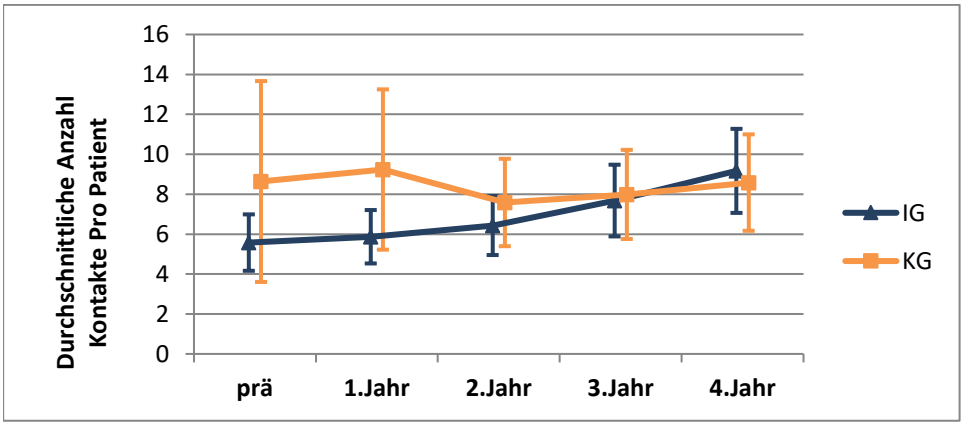


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,95* 0,17…1,73	1,46* 0,22…2,69	0,35 -2,51…3,22
DID Jahr 2	0,39 -0,39…1,17	1,51* 0,27…2,74	0,38 -2,49…3,24
DID Jahr 3	0,49 -0,29…1,27	0,43 -0,81…1,66	0,99 -1,88…3,85
DID Jahr 4	0,27 -0,51…1,05	0,42 -0,82…1,65	1,59 -1,27…4,46

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,66 -2,07…0,76	0,57 -0,53…1,68	0,29 -1,82…2,40
DID Jahr 2	-1,45* -2,87…-0,03	0,10 -1,01…1,20	-0,19 -2,30…1,92
DID Jahr 3	-1,70* -3,12…-0,28	0,41 -0,70…1,52	-0,46 -2,57…1,65
DID Jahr 4	-1,97** -3,38…-0,55	-0,14 -1,25…0,96	0,12 -1,99…2,23

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**3.540**	**3.540**	**3.541**	**3.541**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**3.540**	**3.540**	**3.541**	**3.541**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**3.474**	**3.504**	**3.483**	**3.501**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,4	4,5	0,4	3,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,5	7,3	5,0	6,5
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	7,2	8,2	8,9	9,6
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
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,2	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,4	0,7	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,4	0,5	0,3	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	7,0	7,2	5,3	6,3

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

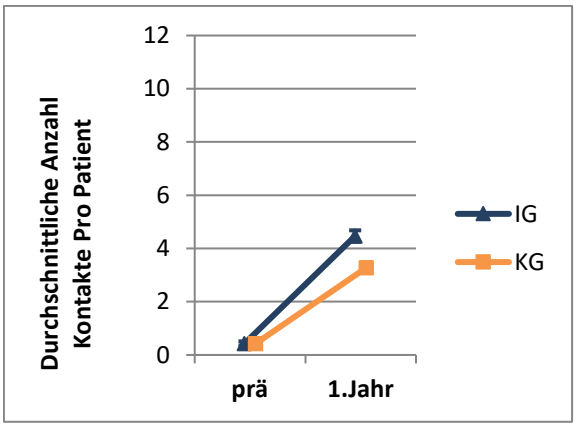
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

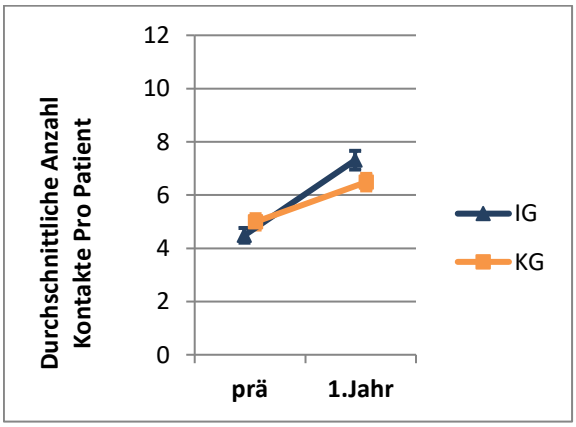
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

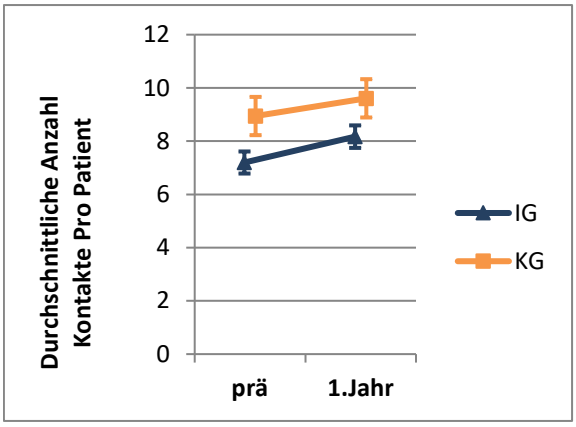
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

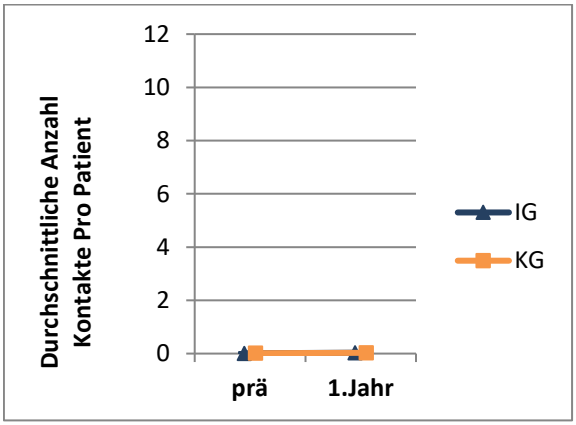


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

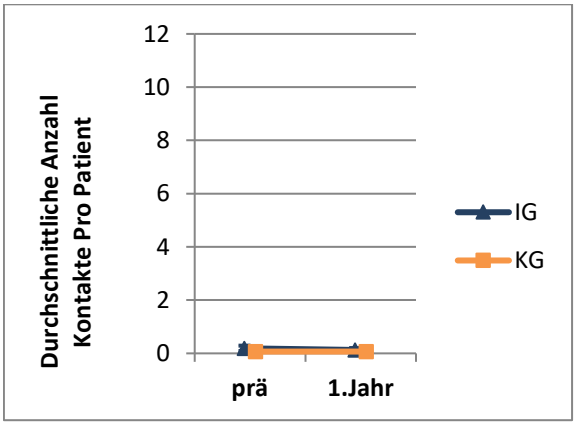


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

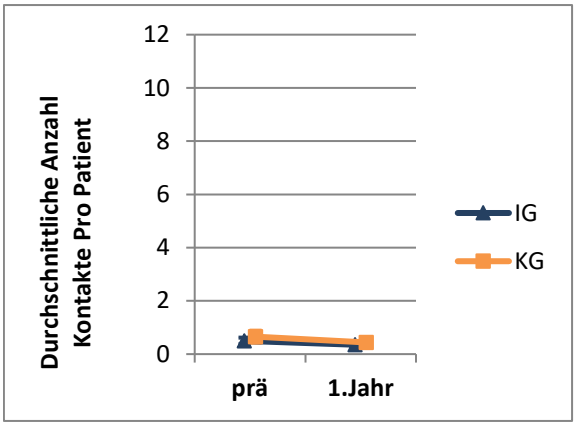
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

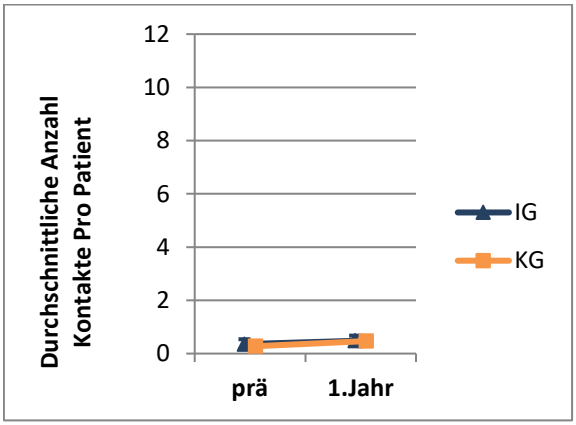


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

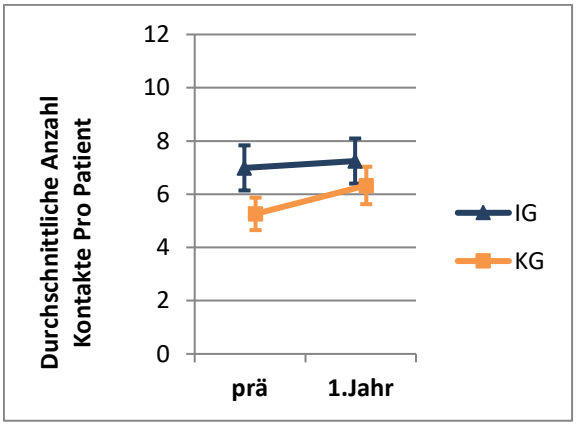


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	**2.527**	**2.527**	**2.485**	**2.485**	**2.485**	**2.424**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**2.527**	**2.527**	**2.485**	**2.485**	**2.485**	**2.424**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**2.477**	**2.506**	**2.423**	**2.447**	**2.454**	**2.372**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,5	4,7	2,3	0,4	3,2	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,5	7,4	6,3	5,1	6,5	5,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	7,1	8,3	7,2	9,3	9,9	9,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,4	0,4	0,6	0,3	0,5	0,4

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	7,3	7,6	8,0	5,3	6,3	6,1

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

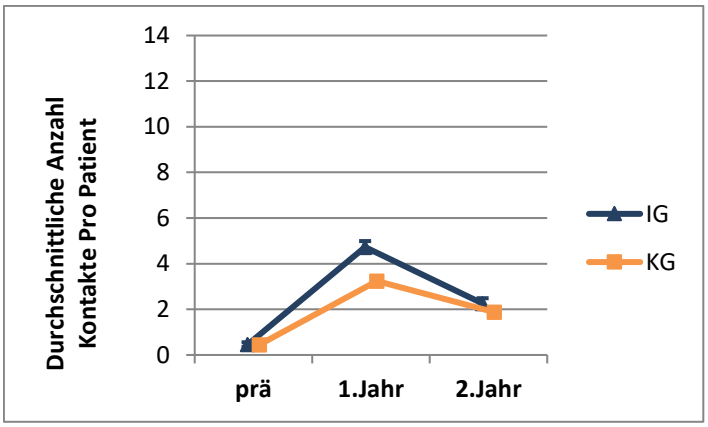
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

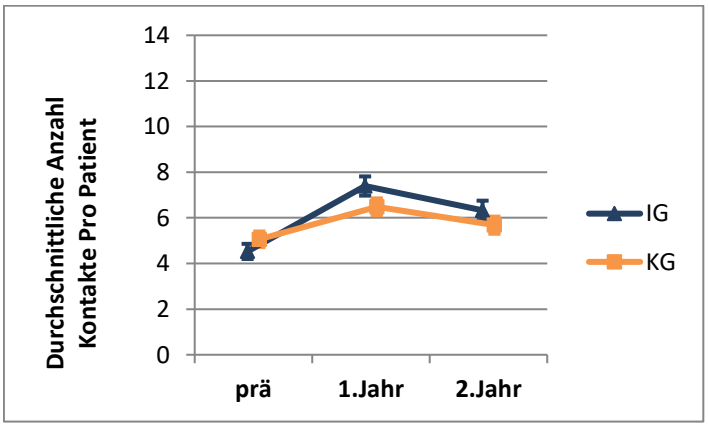
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

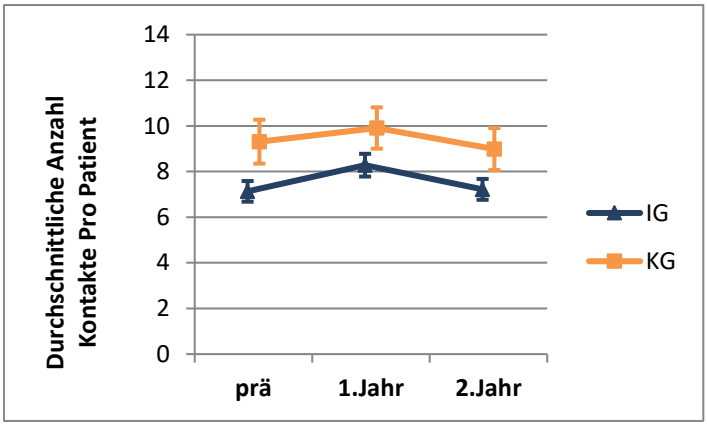
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

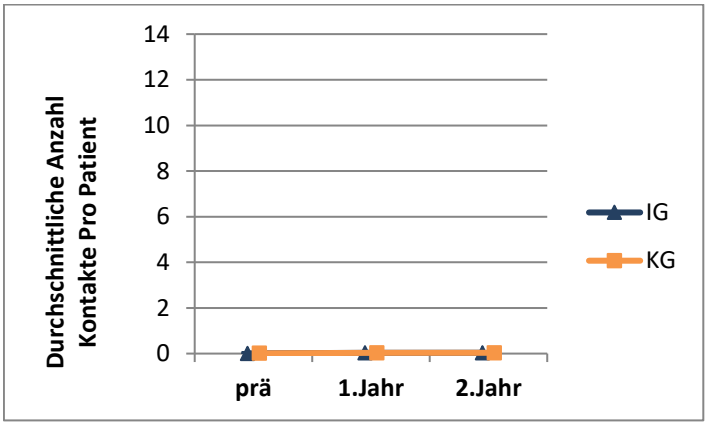


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

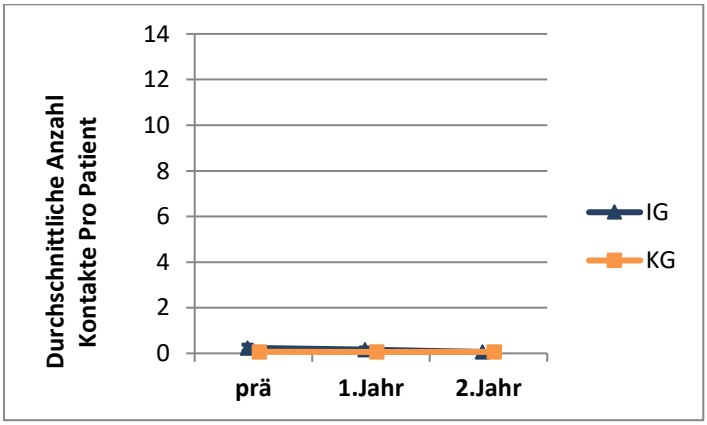


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

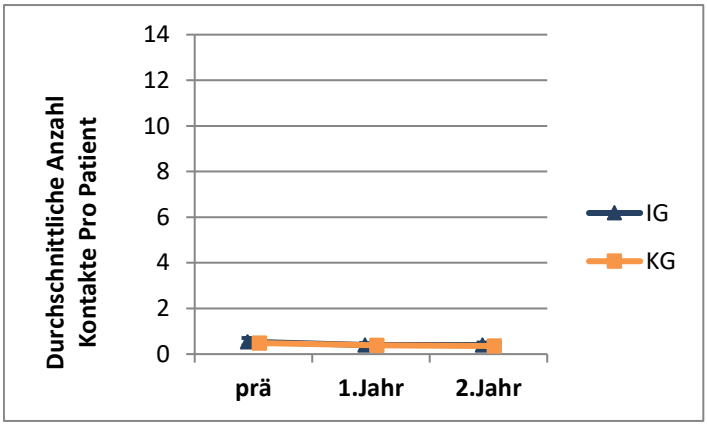
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

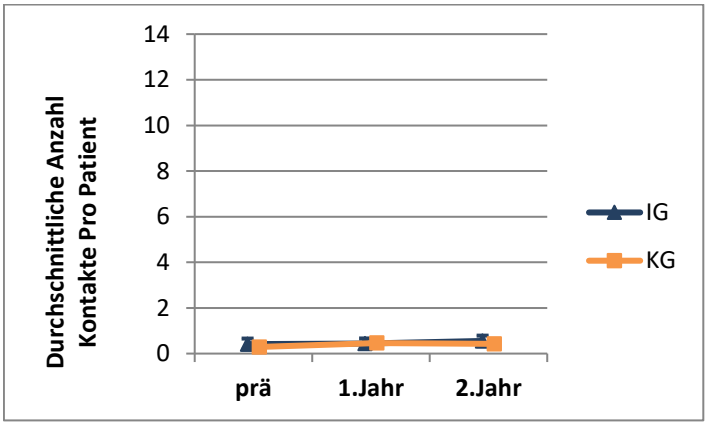


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

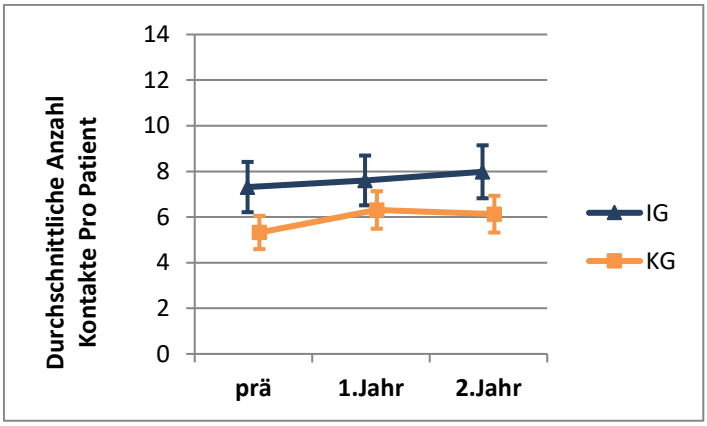


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	1,48*** 1,08…1,88	1,44*** 0,72…2,16	0,55 -0,87…1,96
DID Jahr 2	0,38 -0,02…0,78	1,21** 0,49…1,93	0,51 -0,91…1,93

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)	**1.591**	**1.591**	**1.565**	**1.548**	**1.543**	**1.543**	**1.510**	**1.498**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**1.591**	**1.591**	**1.565**	**1.548**	**1.543**	**1.543**	**1.510**	**1.498**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**1.568**	**1.578**	**1.519**	**1.506**	**1.512**	**1.524**	**1.484**	**1.470**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,5	4,4	2,3	1,7	0,5	3,0	1,8	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,9	7,8	6,5	5,0	5,1	6,6	5,8	4,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	7,3	8,4	7,4	7,2	9,4	10,2	9,6	9,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,4	0,5	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,2	0,4	0,5	0,5	0,3	0,5	0,5	0,5

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	6,8	6,7	7,5	8,4	5,4	5,9	6,2	5,9

[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)	**768**	**768**	**759**	**747**	**761**	**761**	**743**	**732**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**768**	**768**	**759**	**747**	**761**	**761**	**743**	**732**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**759**	**757**	**737**	**723**	**724**	**751**	**725**	**715**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,1	9,0	6,8	6,3	6,1	8,4	7,0	6,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,5	5,0	4,0	3,7	4,2	4,0	3,4	3,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	8,1	8,6	8,2	7,9	10,3	10,4	10,7	10,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,4	0,3	0,3	0,2	1,0	0,7	0,9	1,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	5,7	6,4	7,0	8,0	8,8	9,4	7,9	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 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

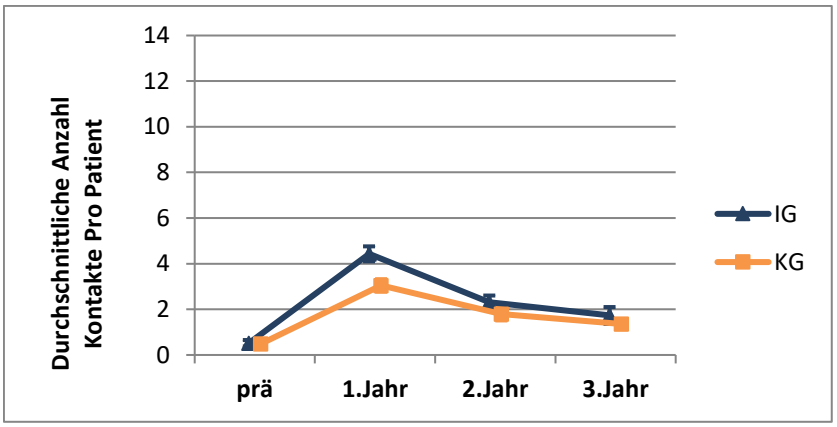
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

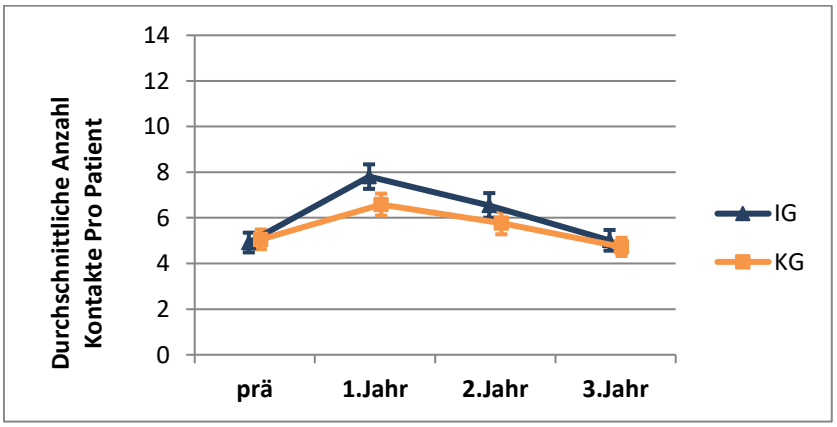
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

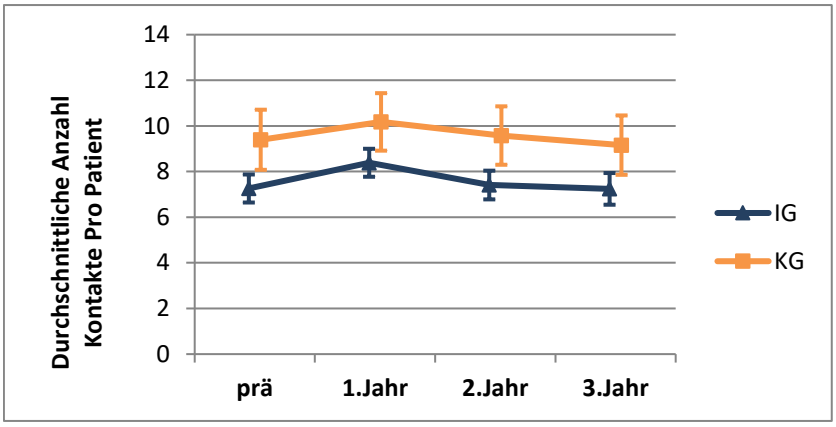
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

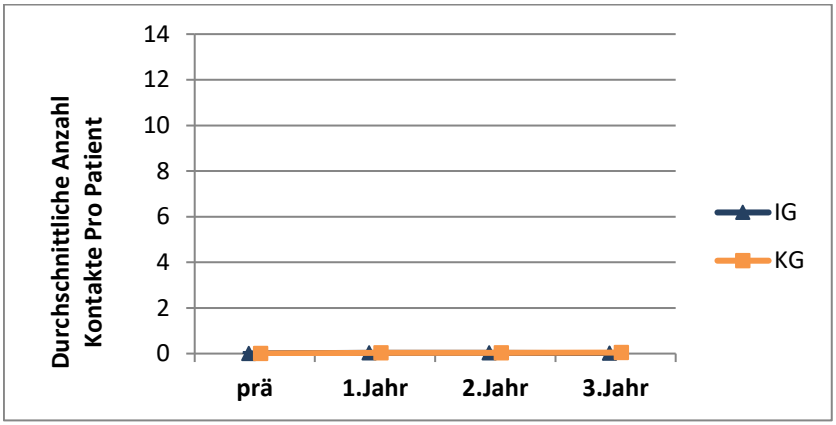


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

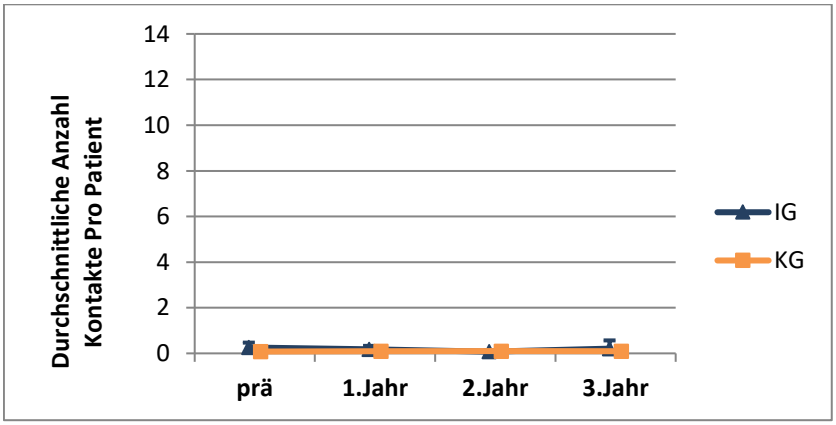


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

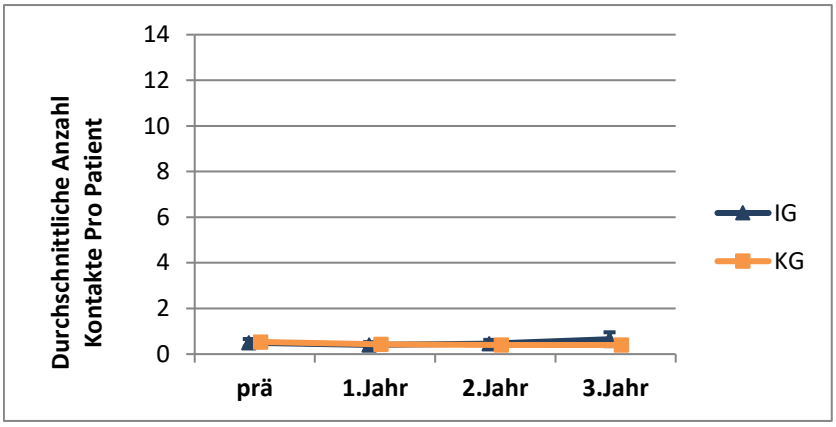
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

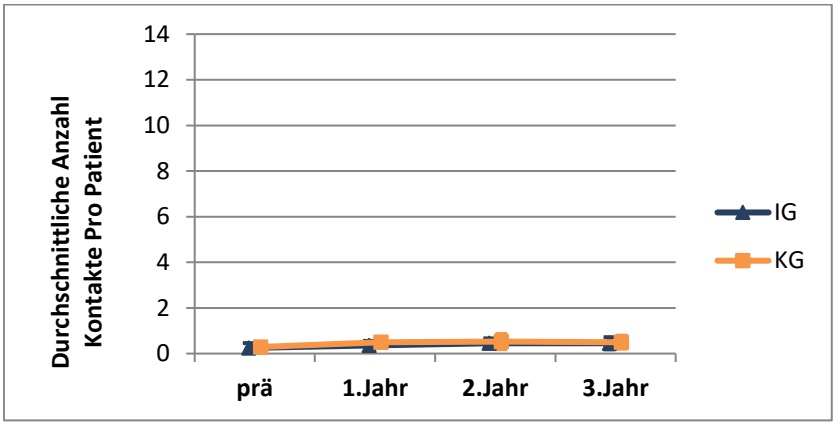


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

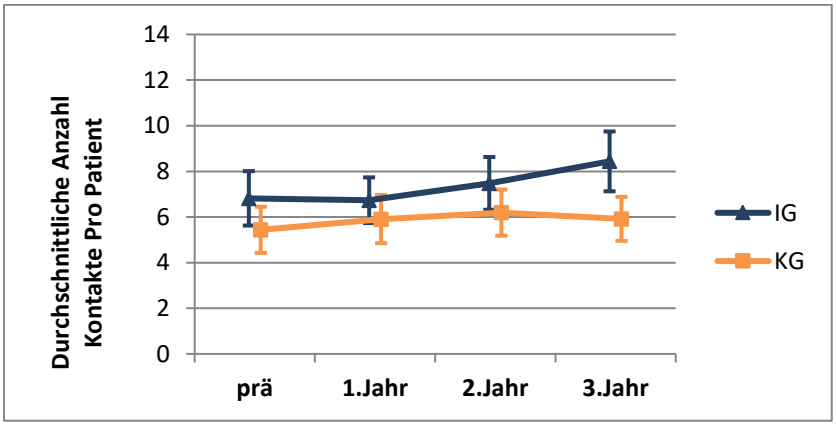


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



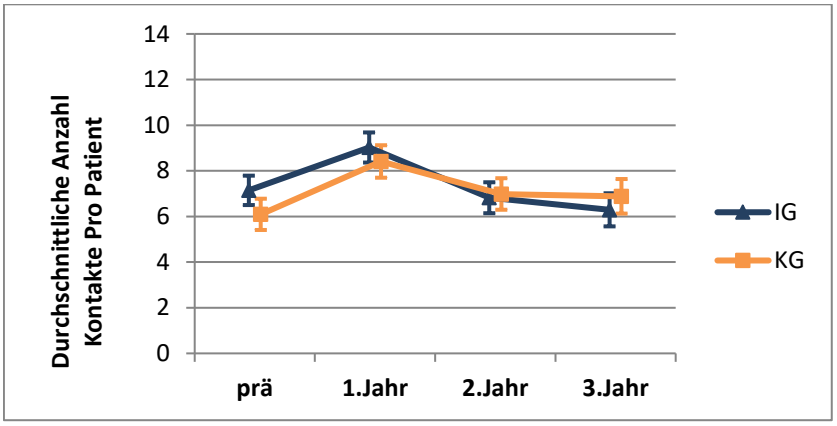
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

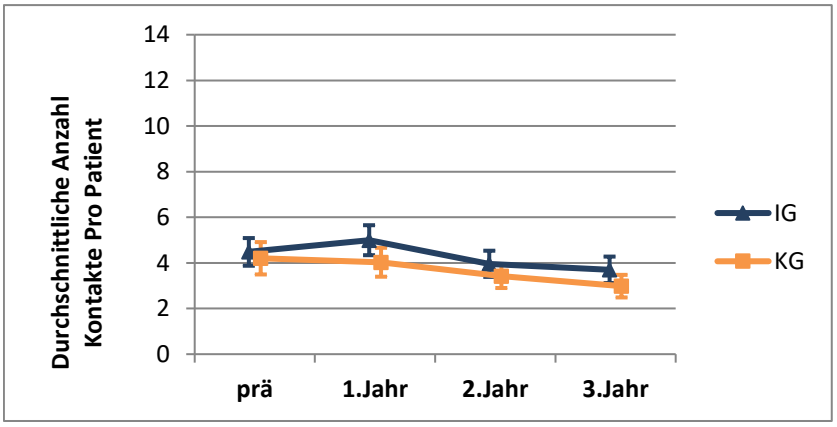
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

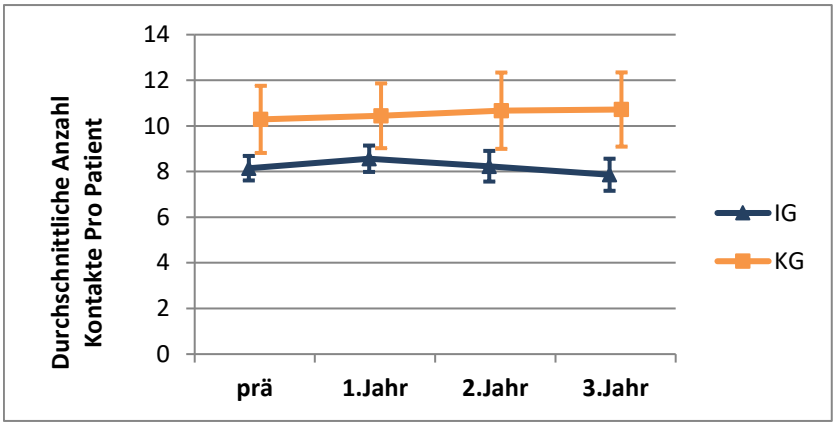
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

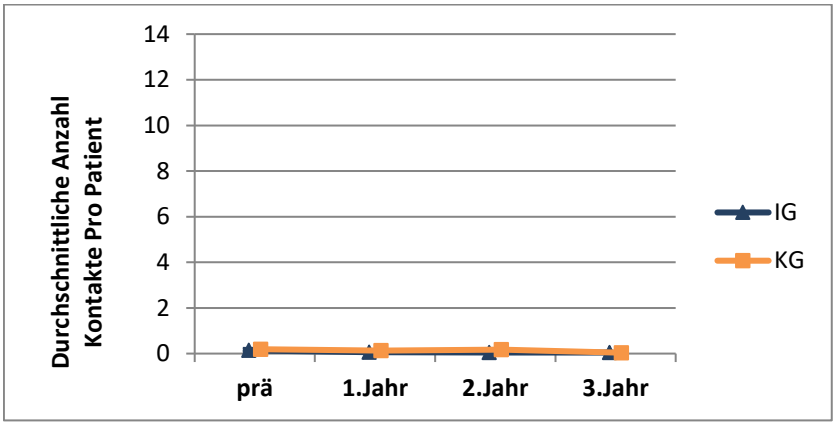


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

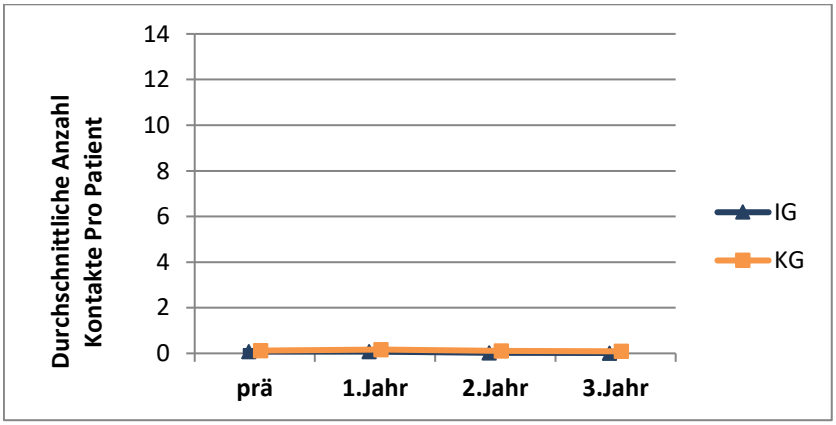


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

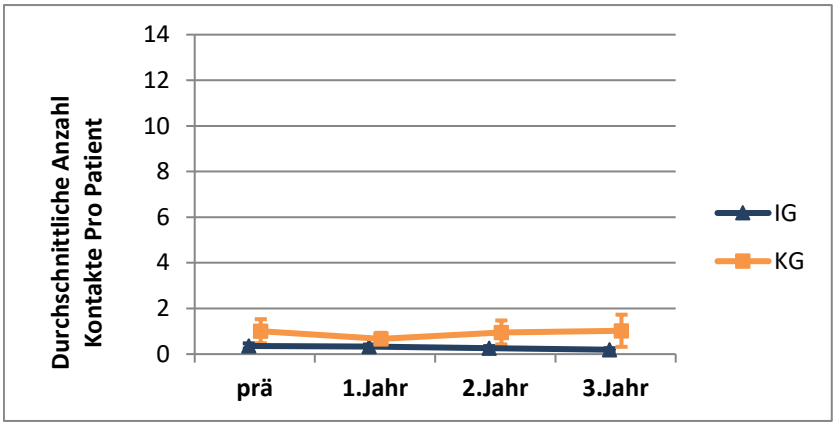
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

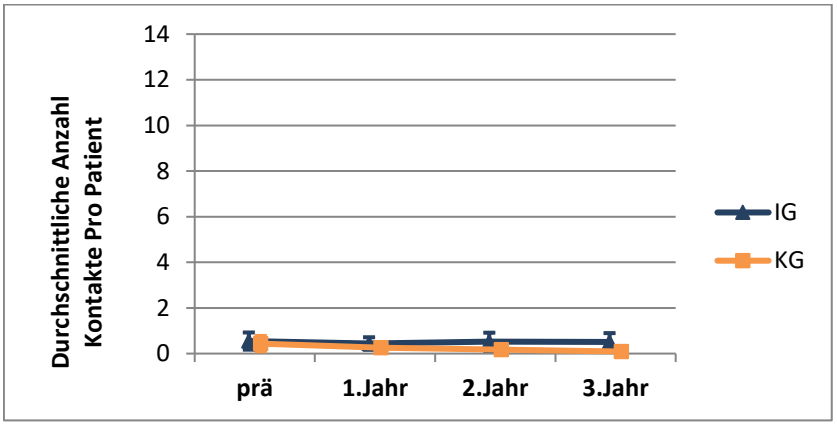


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

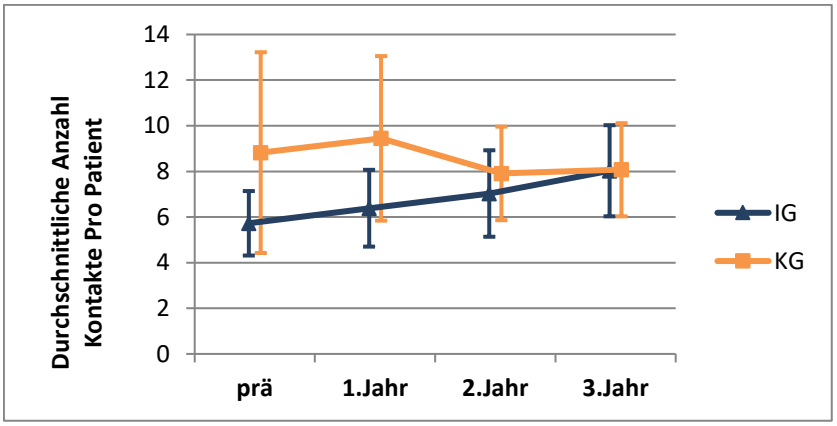


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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 war bei den klinikneuen Patienten die **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** in der IG stets größer als in der KG (mit Ausnahme 90 Tage Nachbetrachtung und 4. Jahr). Bei der Betrachtung von 7 Tagen im dritten Jahr und bei der Betrachtung von 30 Tage im ersten Jahr war dieser größere Anteil an Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor statistisch signifikant (7 Tage: Gruppenschätzer = 2,3; 30 Tage: Gruppenschätzer = 1,4). Bei den klinikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im Wesentlichen zwischen IG und KG vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier nicht.

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

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 30 und 90 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer 30 Tage = 1,2; Gruppenschätzer 90 Tage = 1,3). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der stets größere Anteil der IG nicht mehr statistisch signifikant.

U4: Auch bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für klinikneue und klinikbekannte Patienten in der IG stets größer als in der KG, mit Ausnahme bei den klinikbekannten Patienten und 7 Tage Nachbeobachtung im ersten und dritten Jahr.

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	**465**	**143**	**113**	**123**	**720**	**175**	**143**	**127**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,7 %	23,8 %	14,2 %	10,6 %	6,9 %	13,7 %	8,4 %	6,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,6 %	16,8 %	20,4 %	25,2 %	18,2 %	18,9 %	14,0 %	18,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	35,3 %	29,4 %	21,2 %	31,7 %	36,3 %	32,0 %	28,0 %	26,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,4 %	13,3 %	15,9 %	15,4 %	12,5 %	16,6 %	6,3 %	14,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,5 %	10,5 %	9,7 %	8,1 %	9,2 %	9,7 %	4,2 %	9,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	4,9 %	5,3 %	3,3 %	3,6 %	6,9 %	6,3 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,2 %	42,7 %	38,9 %	39,0 %	31,1 %	37,1 %	24,5 %	31,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,3 %	31,5 %	44,2 %	32,5 %	37,6 %	33,1 %	48,3 %	41,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**283**	**110**	**79**	**84**	**437**	**109**	**89**	**83**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,8 %	22,7 %	12,7 %	10,7 %	6,2 %	17,4 %	7,9 %	6,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,7 %	18,2 %	17,7 %	28,6 %	21,1 %	24,8 %	18,0 %	19,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	33,2 %	26,4 %	21,5 %	33,3 %	36,6 %	27,5 %	28,1 %	30,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,3 %	12,7 %	19,0 %	20,2 %	12,6 %	13,8 %	9,0 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,4 %	10,9 %	7,6 %	10,7 %	10,8 %	15,6 %	6,7 %	9,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	6,4 %	6,3 %	2,4 %	3,2 %	3,7 %	6,7 %	10,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,0 %	42,7 %	34,2 %	44,0 %	34,8 %	49,5 %	29,2 %	33,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,6 %	31,8 %	46,8 %	28,6 %	35,0 %	31,2 %	42,7 %	34,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**150**	**75**	**52**	**56**	**185**	**49**	**34**	**34**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,0 %	22,7 %	13,5 %	12,5 %	6,5 %	16,3 %	5,9 %	5,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	29,3 %	20,0 %	15,4 %	30,4 %	27,6 %	28,6 %	26,5 %	20,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	34,0 %	21,3 %	23,1 %	39,3 %	35,7 %	34,7 %	29,4 %	35,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,7 %	16,0 %	17,3 %	14,3 %	11,9 %	18,4 %	11,8 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,0 %	4,0 %	7,7 %	10,7 %	8,6 %	6,1 %	5,9 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	6,7 %	5,8 %	1,8 %	5,4 %	0,0 %	2,9 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,3 %	40,0 %	34,6 %	48,2 %	38,4 %	49,0 %	35,3 %	35,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,7 %	37,3 %	46,2 %	28,6 %	34,1 %	32,7 %	44,1 %	32,4 %

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

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

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
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	**437**	**128**	**100**	**102**	**666**	**159**	**128**	**111**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,0 %	36,7 %	30,0 %	27,5 %	13,8 %	21,4 %	19,5 %	15,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	32,3 %	31,3 %	34,0 %	32,4 %	31,8 %	38,4 %	28,9 %	35,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	58,6 %	55,5 %	48,0 %	52,0 %	58,9 %	61,6 %	56,3 %	51,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	32,0 %	39,8 %	38,0 %	35,3 %	34,8 %	32,7 %	27,3 %	36,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	23,3 %	25,0 %	18,0 %	21,6 %	18,6 %	19,5 %	13,3 %	18,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,2 %	17,2 %	16,0 %	14,7 %	8,1 %	9,4 %	8,6 %	11,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,6 %	68,0 %	64,0 %	60,8 %	52,3 %	64,2 %	51,6 %	54,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,0 %	9,4 %	16,0 %	9,8 %	14,3 %	11,3 %	14,8 %	16,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**265**	**97**	**70**	**69**	**402**	**101**	**80**	**73**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,8 %	37,1 %	27,1 %	27,5 %	13,4 %	23,8 %	13,8 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	40,0 %	37,1 %	31,4 %	39,1 %	35,8 %	44,6 %	31,3 %	37,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	60,4 %	57,7 %	52,9 %	50,7 %	58,7 %	58,4 %	56,3 %	58,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,2 %	41,2 %	44,3 %	43,5 %	37,3 %	30,7 %	33,8 %	32,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	26,4 %	28,9 %	17,1 %	27,5 %	24,1 %	25,7 %	17,5 %	20,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,2 %	19,6 %	20,0 %	14,5 %	7,5 %	5,9 %	8,8 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,2 %	74,2 %	60,0 %	69,6 %	58,0 %	73,3 %	50,0 %	57,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,5 %	8,2 %	12,9 %	5,8 %	11,9 %	9,9 %	15,0 %	11,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**139**	**64**	**45**	**44**	**169**	**47**	**32**	**32**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,9 %	35,9 %	31,1 %	27,3 %	11,8 %	27,7 %	12,5 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	48,2 %	39,1 %	33,3 %	40,9 %	43,2 %	53,2 %	43,8 %	37,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	61,9 %	59,4 %	48,9 %	52,3 %	60,9 %	61,7 %	56,3 %	53,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	39,6 %	48,4 %	46,7 %	38,6 %	38,5 %	36,2 %	40,6 %	28,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	23,0 %	23,4 %	13,3 %	22,7 %	27,8 %	14,9 %	15,6 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	20,3 %	20,0 %	15,9 %	10,1 %	2,1 %	3,1 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,8 %	73,4 %	66,7 %	70,5 %	63,3 %	78,7 %	59,4 %	62,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	3,6 %	6,3 %	4,4 %	9,1 %	9,5 %	8,5 %	15,6 %	15,6 %

[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

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	**371**	**106**	**80**	**79**	**605**	**137**	**103**	**91**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,1 %	42,5 %	36,3 %	35,4 %	18,3 %	24,8 %	27,2 %	22,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	46,4 %	42,5 %	42,5 %	43,0 %	45,5 %	52,6 %	48,5 %	52,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,1 %	77,4 %	66,3 %	75,9 %	76,7 %	81,8 %	75,7 %	71,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	56,1 %	63,2 %	61,3 %	62,0 %	56,5 %	54,7 %	53,4 %	64,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	30,2 %	31,1 %	25,0 %	32,9 %	22,8 %	21,9 %	24,3 %	23,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,4 %	31,1 %	31,3 %	25,3 %	14,5 %	18,2 %	14,6 %	16,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,5 %	76,4 %	77,5 %	74,7 %	67,1 %	73,7 %	72,8 %	75,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,1 %	2,8 %	8,8 %	2,5 %	5,6 %	5,8 %	5,8 %	4,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**222**	**78**	**52**	**56**	**358**	**89**	**64**	**57**

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,4 %	47,4 %	36,5 %	37,5 %	18,2 %	28,1 %	21,9 %	24,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	58,6 %	52,6 %	44,2 %	50,0 %	50,8 %	61,8 %	54,7 %	54,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,5 %	78,2 %	73,1 %	76,8 %	79,1 %	84,3 %	78,1 %	77,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	61,7 %	60,3 %	73,1 %	67,9 %	60,1 %	57,3 %	57,8 %	63,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	34,7 %	35,9 %	26,9 %	37,5 %	29,9 %	29,2 %	31,3 %	24,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,0 %	33,3 %	34,6 %	30,4 %	14,5 %	18,0 %	12,5 %	17,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,8 %	87,2 %	78,8 %	82,1 %	74,3 %	84,3 %	76,6 %	80,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,7 %	1,3 %	9,6 %	0,0 %	3,9 %	2,2 %	3,1 %	1,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**112**	**50**	**36**	**33**	**146**	**42**	**23**	**30**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	30,4 %	44,0 %	38,9 %	39,4 %	17,1 %	31,0 %	21,7 %	23,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	68,8 %	56,0 %	52,8 %	54,5 %	61,0 %	71,4 %	73,9 %	60,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	82,1 %	82,0 %	75,0 %	72,7 %	84,9 %	90,5 %	91,3 %	70,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	64,3 %	64,0 %	86,1 %	60,6 %	62,3 %	64,3 %	69,6 %	53,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	33,9 %	32,0 %	22,2 %	33,3 %	33,6 %	21,4 %	26,1 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,2 %	38,0 %	41,7 %	30,3 %	19,2 %	21,4 %	8,7 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	91,1 %	88,0 %	86,1 %	84,8 %	81,5 %	90,5 %	87,0 %	86,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %	2,7 %	0,0 %	4,3 %	3,3 %

[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

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	**284**	**146**	**123**	**131**	**378**	**195**	**198**	**171**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,5 %	25,3 %	25,2 %	19,1 %	16,4 %	24,6 %	23,7 %	25,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,1 %	9,6 %	11,4 %	10,7 %	17,2 %	10,8 %	11,1 %	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	22,5 %	27,4 %	19,5 %	26,0 %	29,4 %	29,7 %	32,3 %	22,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,2 %	8,9 %	12,2 %	6,9 %	10,3 %	10,3 %	11,6 %	12,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,6 %	3,4 %	3,3 %	3,8 %	6,1 %	2,6 %	2,5 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	3,4 %	4,9 %	3,1 %	2,6 %	1,5 %	2,5 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,5 %	35,6 %	37,4 %	31,3 %	36,2 %	36,4 %	35,4 %	36,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,4 %	45,9 %	48,0 %	51,1 %	40,7 %	39,5 %	39,9 %	45,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**244**	**135**	**110**	**115**	**321**	**161**	**169**	**147**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,4 %	26,7 %	27,3 %	19,1 %	16,2 %	27,3 %	26,0 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,2 %	10,4 %	12,7 %	10,4 %	18,7 %	12,4 %	12,4 %	10,9 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	19,3 %	28,1 %	20,0 %	26,1 %	29,9 %	28,6 %	33,1 %	24,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,7 %	9,6 %	13,6 %	7,8 %	10,9 %	9,9 %	12,4 %	12,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,7 %	3,0 %	3,6 %	2,6 %	7,2 %	3,1 %	3,0 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	3,7 %	5,5 %	3,5 %	2,5 %	1,2 %	3,0 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,1 %	37,0 %	40,9 %	30,4 %	38,0 %	41,0 %	39,1 %	39,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,7 %	44,4 %	43,6 %	51,3 %	38,9 %	37,9 %	35,5 %	42,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**153**	**102**	**79**	**71**	**217**	**138**	**143**	**132**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,6 %	27,5 %	29,1 %	23,9 %	17,1 %	27,5 %	27,3 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,0 %	10,8 %	12,7 %	14,1 %	24,0 %	13,8 %	12,6 %	11,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	16,3 %	27,5 %	22,8 %	28,2 %	28,1 %	29,7 %	33,6 %	24,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,5 %	10,8 %	11,4 %	7,0 %	12,0 %	10,1 %	11,9 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,6 %	2,0 %	3,8 %	4,2 %	9,7 %	3,6 %	3,5 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	2,9 %	5,1 %	2,8 %	1,8 %	1,4 %	1,4 %	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,9 %	37,3 %	41,8 %	39,4 %	45,2 %	42,8 %	40,6 %	38,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,5 %	44,1 %	43,0 %	46,5 %	36,4 %	36,2 %	34,3 %	43,2 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**261**	**128**	**111**	**110**	**345**	**177**	**167**	**149**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,3 %	46,1 %	42,3 %	38,2 %	31,0 %	45,2 %	46,1 %	49,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,8 %	25,0 %	29,7 %	20,0 %	29,6 %	20,9 %	21,6 %	20,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,5 %	53,9 %	46,8 %	44,5 %	51,9 %	54,2 %	58,1 %	50,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	28,0 %	22,7 %	30,6 %	26,4 %	29,9 %	31,1 %	37,1 %	28,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,0 %	10,9 %	10,8 %	7,3 %	9,9 %	9,6 %	7,2 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,4 %	12,5 %	10,8 %	11,8 %	6,4 %	5,1 %	5,4 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,2 %	69,5 %	71,2 %	56,4 %	62,9 %	66,7 %	65,9 %	68,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,9 %	13,3 %	17,1 %	22,7 %	13,3 %	11,9 %	12,0 %	15,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**223**	**118**	**98**	**95**	**294**	**146**	**142**	**128**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	40,4 %	48,3 %	44,9 %	41,1 %	32,0 %	50,7 %	50,0 %	51,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	28,3 %	25,4 %	31,6 %	21,1 %	32,0 %	21,9 %	23,2 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	44,8 %	55,1 %	50,0 %	45,3 %	53,4 %	54,8 %	57,7 %	51,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	26,0 %	24,6 %	32,7 %	27,4 %	32,3 %	33,6 %	38,0 %	29,7 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	8,1 %	11,0 %	11,2 %	7,4 %	10,9 %	11,6 %	8,5 %	7,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,1 %	13,6 %	12,2 %	12,6 %	6,5 %	5,5 %	5,6 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,5 %	72,0 %	74,5 %	60,0 %	66,7 %	73,3 %	71,8 %	71,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	12,7 %	13,3 %	18,9 %	10,9 %	8,9 %	9,9 %	14,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**142**	**91**	**72**	**65**	**195**	**125**	**117**	**113**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	44,4 %	49,5 %	45,8 %	44,6 %	35,9 %	52,8 %	53,8 %	50,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	29,6 %	27,5 %	34,7 %	26,2 %	38,5 %	24,0 %	24,8 %	23,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,1 %	53,8 %	51,4 %	49,2 %	54,9 %	53,6 %	59,0 %	51,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	24,6 %	25,3 %	31,9 %	27,7 %	36,9 %	33,6 %	41,0 %	29,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	9,9 %	9,7 %	7,7 %	13,3 %	12,8 %	9,4 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	12,1 %	11,1 %	13,8 %	4,6 %	5,6 %	3,4 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,4 %	74,7 %	77,8 %	67,7 %	75,9 %	76,8 %	76,9 %	73,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,7 %	11,0 %	9,7 %	12,3 %	7,7 %	7,2 %	7,7 %	13,3 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**218**	**97**	**90**	**86**	**307**	**131**	**131**	**114**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	51,4 %	56,7 %	50,0 %	52,3 %	42,3 %	51,1 %	52,7 %	57,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	40,4 %	40,2 %	42,2 %	32,6 %	43,0 %	28,2 %	32,1 %	31,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,1 %	74,2 %	64,4 %	72,1 %	71,7 %	77,1 %	77,9 %	75,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,9 %	45,4 %	47,8 %	50,0 %	54,1 %	58,0 %	55,0 %	49,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,0 %	15,5 %	16,7 %	12,8 %	14,0 %	18,3 %	12,2 %	14,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,0 %	28,9 %	28,9 %	22,1 %	13,7 %	11,5 %	17,6 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	82,1 %	83,5 %	84,4 %	79,1 %	81,4 %	79,4 %	82,4 %	82,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,7 %	4,1 %	3,3 %	5,8 %	4,6 %	4,6 %	5,3 %	2,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**185**	**87**	**77**	**74**	**261**	**106**	**110**	**97**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	53,5 %	56,3 %	53,2 %	55,4 %	42,9 %	57,5 %	53,6 %	61,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	42,2 %	39,1 %	45,5 %	33,8 %	45,2 %	29,2 %	35,5 %	34,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,7 %	75,9 %	64,9 %	70,3 %	75,9 %	79,2 %	79,1 %	76,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	51,4 %	49,4 %	49,4 %	50,0 %	56,7 %	62,3 %	56,4 %	50,5 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	14,6 %	16,1 %	16,9 %	13,5 %	15,3 %	21,7 %	13,6 %	14,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,7 %	32,2 %	28,6 %	23,0 %	13,8 %	13,2 %	19,1 %	15,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,4 %	83,9 %	89,6 %	83,8 %	85,1 %	86,8 %	86,4 %	86,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	3,4 %	2,6 %	4,1 %	3,4 %	0,9 %	3,6 %	3,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**119**	**67**	**58**	**49**	**170**	**92**	**89**	**84**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	59,7 %	58,2 %	51,7 %	59,2 %	47,1 %	60,9 %	56,2 %	60,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	44,5 %	41,8 %	48,3 %	40,8 %	50,6 %	31,5 %	36,0 %	36,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	78,2 %	74,6 %	63,8 %	71,4 %	77,1 %	79,3 %	79,8 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	52,1 %	50,7 %	51,7 %	53,1 %	60,0 %	59,8 %	62,9 %	52,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,8 %	16,4 %	13,8 %	12,2 %	18,8 %	21,7 %	14,6 %	15,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,3 %	29,9 %	29,3 %	22,4 %	11,8 %	14,1 %	19,1 %	13,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	93,3 %	88,1 %	89,7 %	91,8 %	92,9 %	91,3 %	89,9 %	88,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	1,5 %	1,7 %	0,0 %	1,8 %	1,1 %	3,4 %	2,4 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

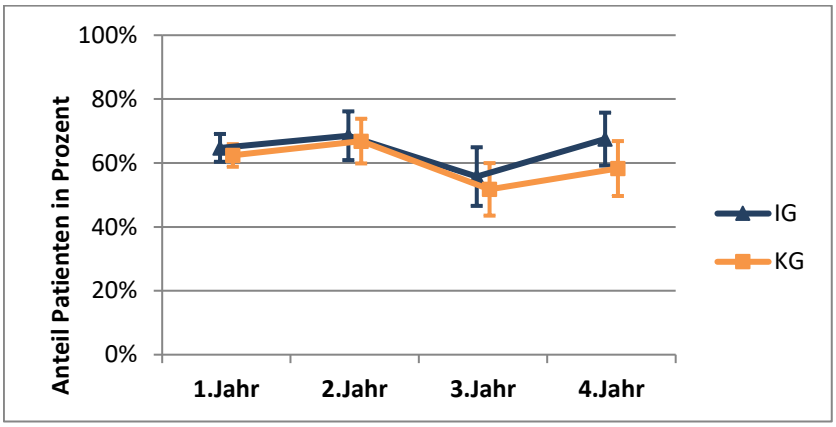
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

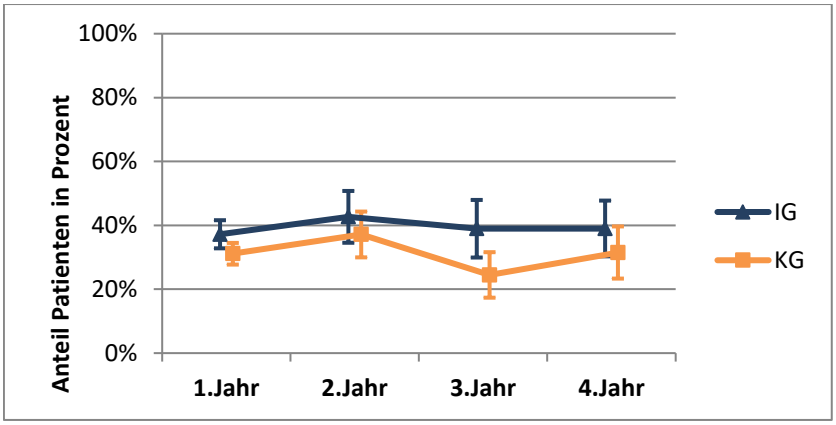
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



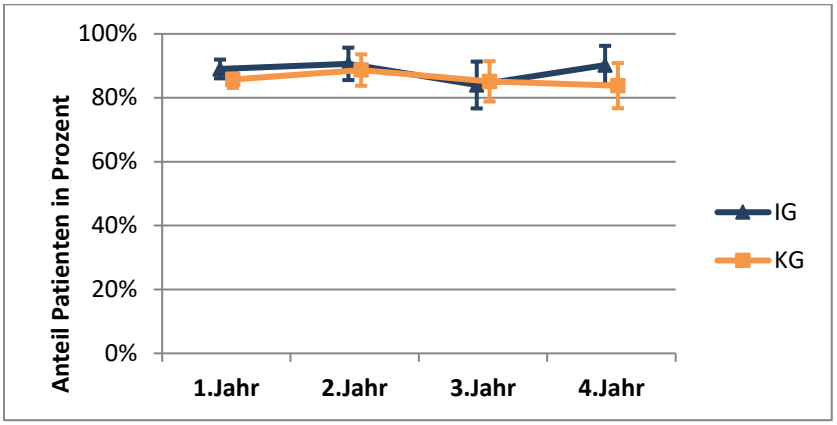
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



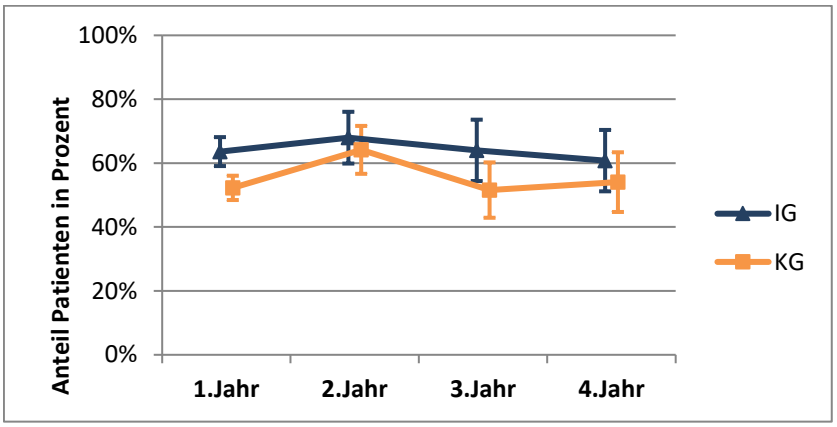
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



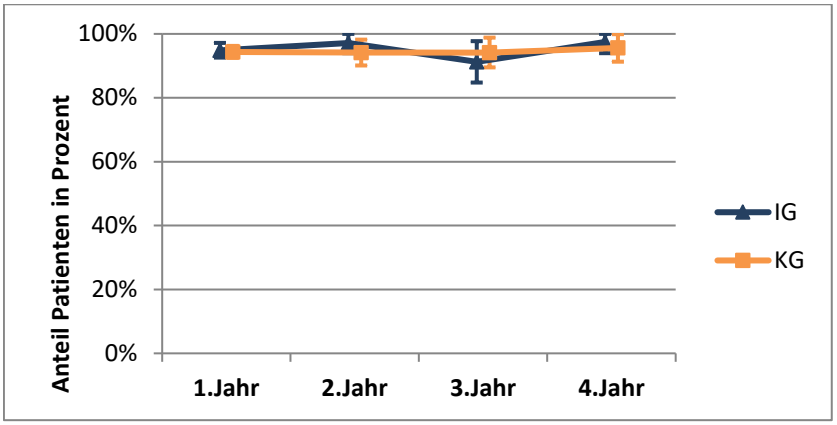
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



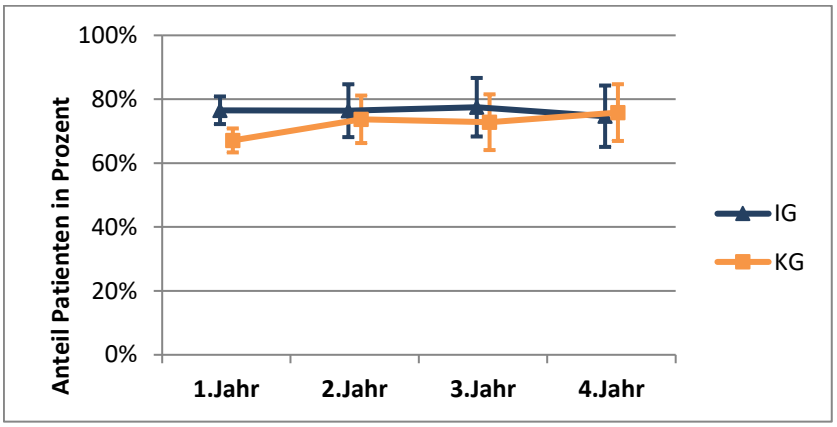
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



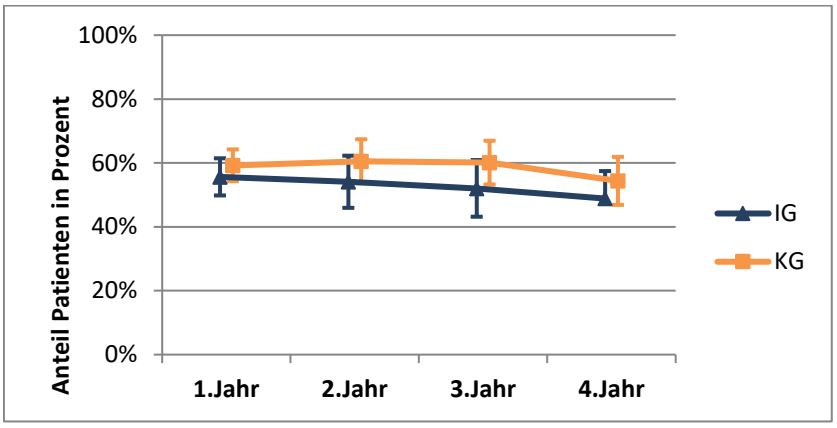
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

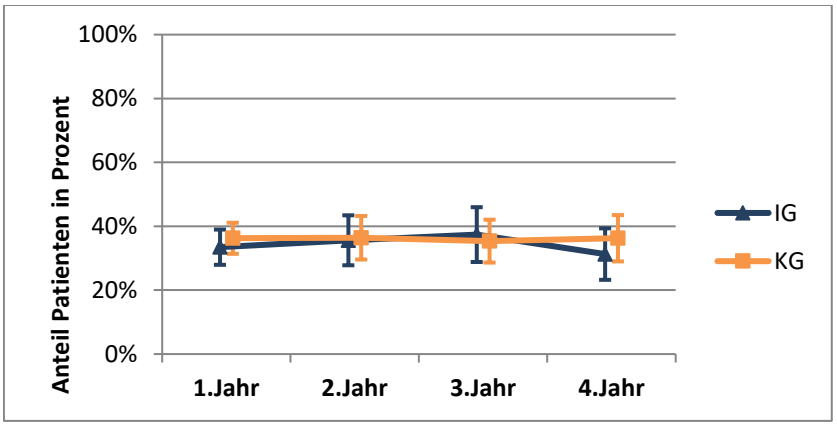
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



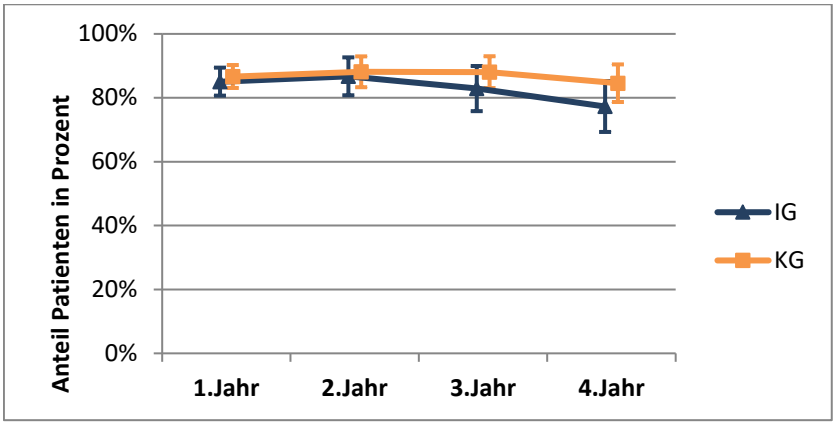
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



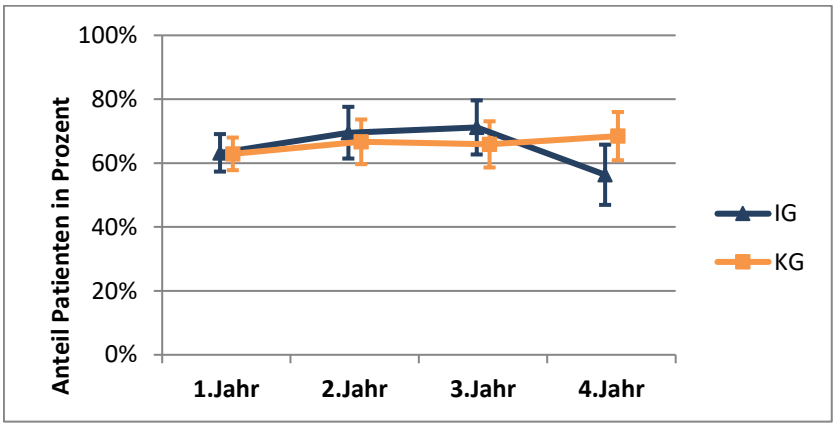
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



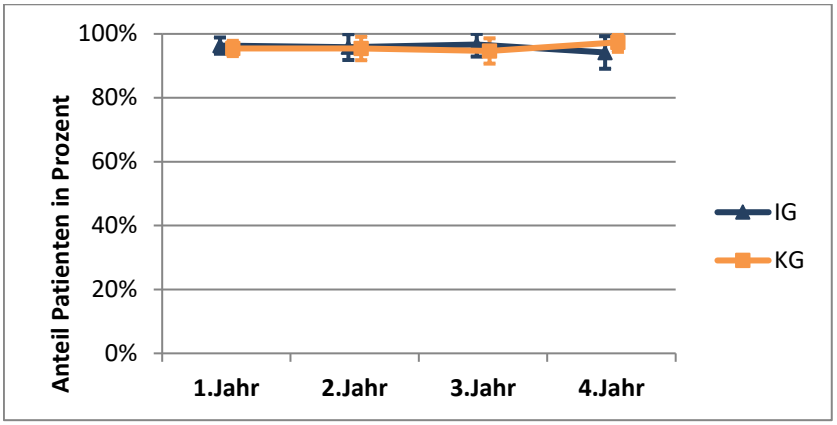
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

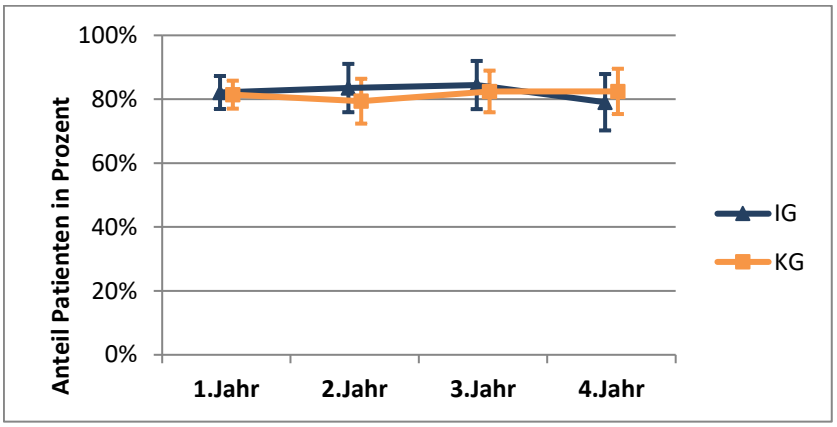


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	1,23 0,94…1,60	1,39* 1,06…1,82	1,37 0,99…1,89
Gruppe Jahr 2	1,03 0,58…1,81	1,09 0,59…2,03	0,88 0,41…1,88
Gruppe Jahr 3	2,34* 1,18…4,64	1,66 0,86…3,19	1,07 0,47…2,46
Gruppe Jahr 4	1,48 0,75…2,92	1,22 0,60…2,47	0,78 0,31…1,95

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,81 0,57…1,15	0,87 0,60…1,25	0,96 0,58…1,58
Gruppe Jahr 2	0,79 0,48…1,31	0,85 0,47…1,54	0,75 0,30…1,87
Gruppe Jahr 3	0,82 0,49…1,40	1,10 0,60…2,00	1,11 0,49…2,52
Gruppe Jahr 4	0,81 0,47…1,40	0,60 0,33…1,08	0,96 0,41…2,18

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	**1.862**	**3.146**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	14,7 %	8,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,7 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	32,5 %	35,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,0 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,9 %	8,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,7 %	32,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,2 %	37,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.241**	**1.987**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	14,6 %	7,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	21,2 %	22,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	31,1 %	35,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,4 %	13,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,1 %	10,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,4 %	35,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,9 %	36,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**623**	**865**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	12,4 %	7,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,2 %	24,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	29,9 %	34,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,1 %	15,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,0 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,7 %	36,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,8 %	34,1 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**	**KG**
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.721**	**2.922**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	26,7 %	17,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	31,3 %	32,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	56,9 %	59,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	32,9 %	32,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,5 %	20,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,2 %	6,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,5 %	55,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,3 %	13,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.132**	**1.828**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	26,1 %	16,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	37,6 %	38,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	56,9 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	35,1 %	35,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	24,6 %	24,5 %

• Keine Fachgruppe (F)	9,4 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,0 %	61,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,9 %	11,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**558**	**797**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	23,5 %	15,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	47,3 %	43,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	57,9 %	63,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	37,6 %	38,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,2 %	26,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,8 %	64,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,2 %	7,8 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**	**KG**
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.484**	**2.608**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	37,3 %	21,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	43,7 %	44,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,1 %	78,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	56,2 %	55,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	31,8 %	27,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,3 %	14,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,8 %	69,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,2 %	4,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**956**	**1.614**

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	37,6 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	52,1 %	52,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,2 %	80,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,2 %	58,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	35,5 %	33,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,7 %	16,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,4 %	76,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	3,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**457**	**700**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	36,5 %	19,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	63,2 %	60,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	79,4 %	85,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	60,8 %	64,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	32,6 %	34,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,0 %	18,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	88,4 %	82,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,2 %	1,4 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

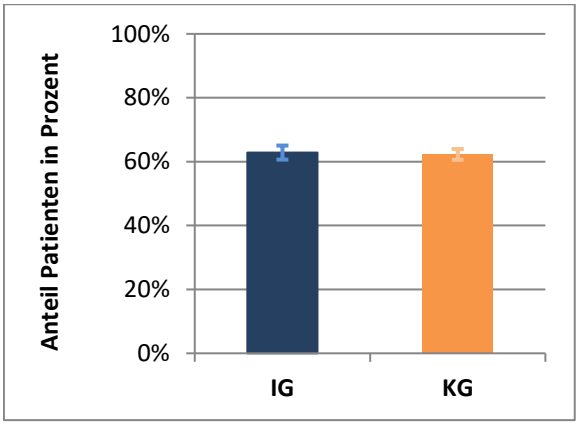
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

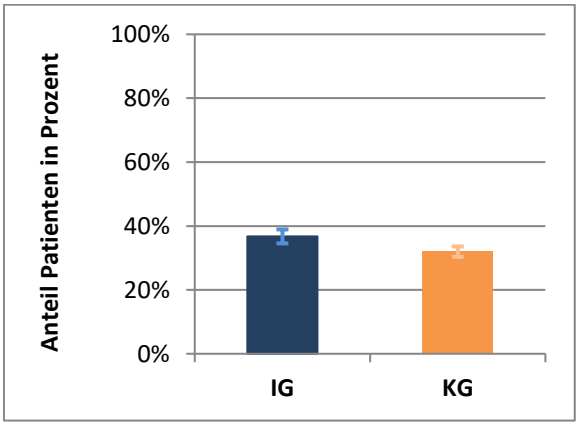
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



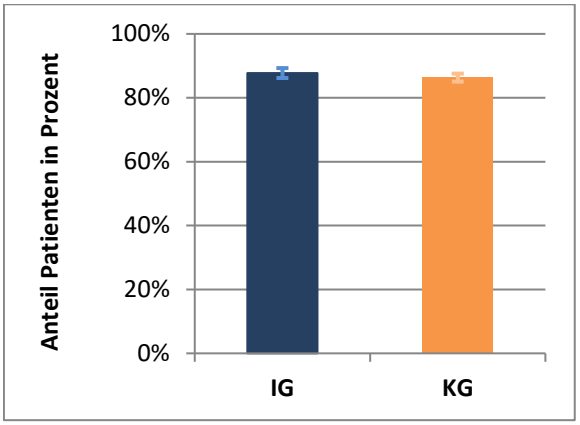
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



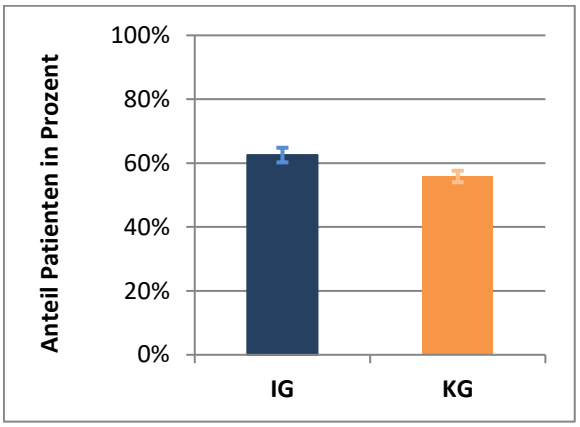
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



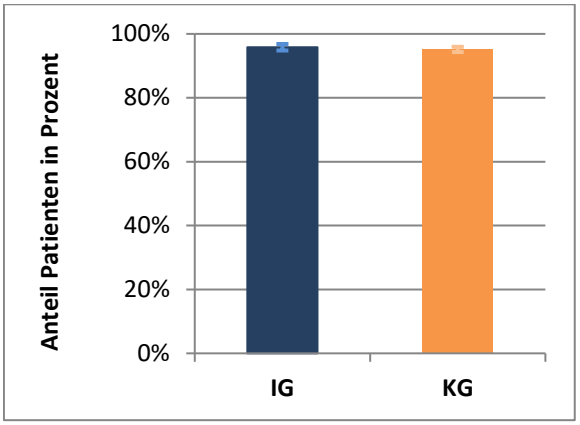
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



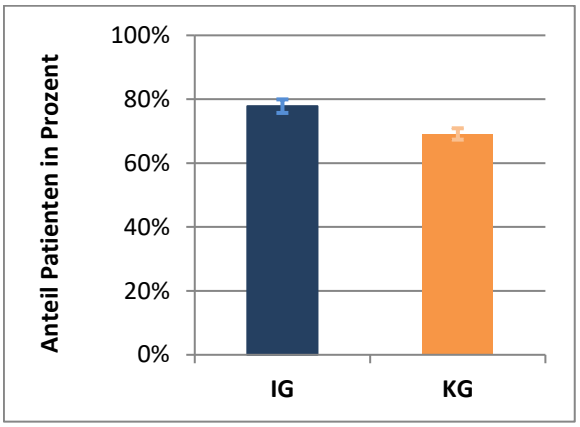
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.343**	**401**	**2.186**	**586**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,5 %	17,7 %	8,6 %	15,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,7 %	18,2 %	19,8 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	32,5 %	28,2 %	36,9 %	32,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,4 %	12,5 %	13,6 %	13,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,7 %	9,5 %	8,6 %	8,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	4,0 %	3,2 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,9 %	40,1 %	33,3 %	38,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,5 %	37,9 %	35,7 %	33,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**877**	**300**	**1.403**	**405**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,4 %	17,0 %	8,0 %	16,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	21,3 %	19,3 %	23,0 %	23,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	30,4 %	26,7 %	35,9 %	31,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,0 %	12,7 %	14,3 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,9 %	9,7 %	10,2 %	10,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	4,3 %	3,1 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,5 %	40,3 %	36,5 %	42,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,8 %	37,3 %	34,4 %	30,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**434**	**181**	**598**	**188**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	12,7 %	16,0 %	7,9 %	13,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,3 %	22,7 %	26,8 %	26,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	28,8 %	24,3 %	36,6 %	36,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,9 %	14,4 %	17,2 %	15,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,3 %	8,8 %	9,2 %	6,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	4,4 %	4,8 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,2 %	42,0 %	39,0 %	43,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,0 %	37,6 %	31,1 %	28,2 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.244**	**353**	**2.038**	**503**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,6 %	33,1 %	17,7 %	26,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	31,2 %	32,6 %	33,3 %	34,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	56,4 %	54,7 %	60,0 %	59,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	32,0 %	35,7 %	33,3 %	34,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,7 %	22,4 %	19,9 %	20,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,6 %	16,4 %	7,5 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,7 %	66,6 %	56,6 %	63,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,1 %	10,8 %	13,1 %	10,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**804**	**257**	**1.301**	**348**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,7 %	33,5 %	17,5 %	28,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	37,1 %	36,6 %	38,7 %	39,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	55,6 %	56,0 %	60,5 %	57,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,5 %	37,0 %	36,2 %	35,6 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	24,6 %	25,7 %	23,5 %	23,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,2 %	16,0 %	7,9 %	9,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,7 %	70,0 %	62,0 %	69,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	9,7 %	10,8 %	8,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**398**	**153**	**554**	**157**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	24,4 %	30,7 %	15,9 %	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	45,2 %	42,5 %	45,1 %	48,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	55,8 %	55,6 %	64,4 %	66,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,4 %	42,5 %	39,7 %	43,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,1 %	26,1 %	25,8 %	17,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,0 %	16,3 %	9,9 %	10,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,1 %	73,9 %	65,7 %	73,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,5 %	5,9 %	6,5 %	6,4 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
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	**1.070**	**275**	**1.831**	**426**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,3 %	40,4 %	21,1 %	31,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	43,5 %	47,3 %	45,7 %	50,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,7 %	75,6 %	79,4 %	77,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	55,4 %	60,0 %	56,2 %	56,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	31,1 %	31,3 %	26,5 %	27,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,5 %	29,8 %	15,1 %	16,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,2 %	79,6 %	69,6 %	75,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,3 %	3,6 %	4,8 %	5,2 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**677**	**191**	**1.151**	**297**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,7 %	43,5 %	21,0 %	33,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	51,3 %	54,5 %	52,6 %	57,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,8 %	78,0 %	81,0 %	76,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	58,8 %	62,3 %	59,5 %	58,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	34,1 %	35,6 %	31,8 %	32,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,8 %	31,4 %	15,5 %	16,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,1 %	86,9 %	76,5 %	82,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,4 %	1,6 %	3,5 %	3,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**324**	**115**	**489**	**131**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	36,4 %	35,7 %	20,0 %	29,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	60,5 %	60,9 %	62,4 %	67,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	78,4 %	80,9 %	86,1 %	86,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	60,2 %	63,5 %	65,4 %	67,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	31,8 %	35,7 %	32,9 %	26,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,4 %	33,9 %	18,0 %	16,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	88,6 %	87,8 %	83,6 %	87,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,3 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

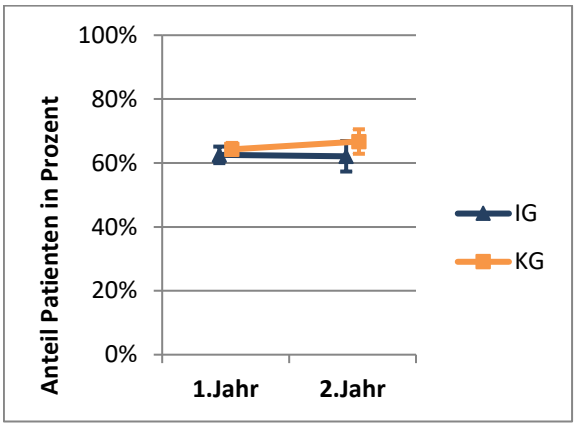
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

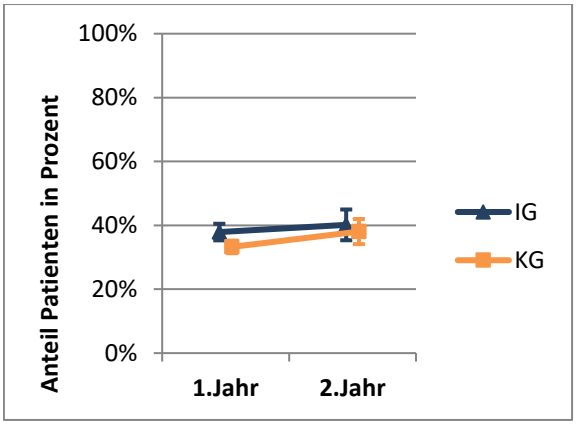
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



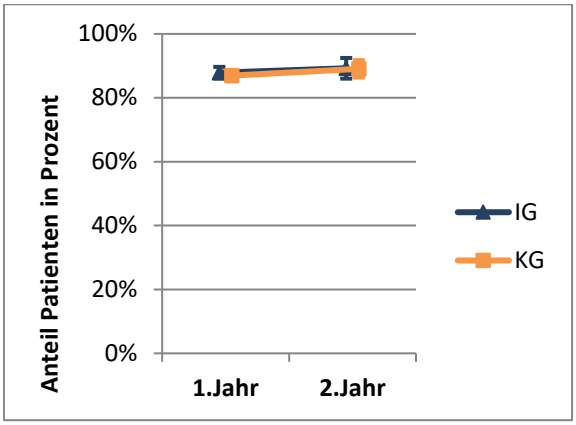
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



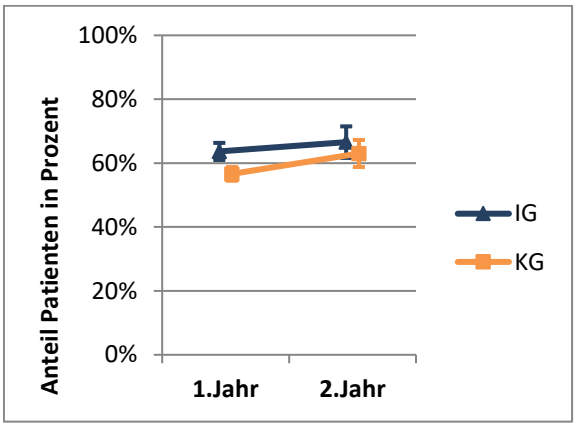
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



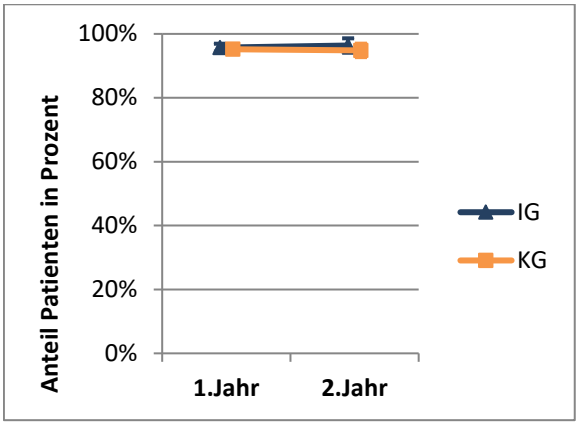
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

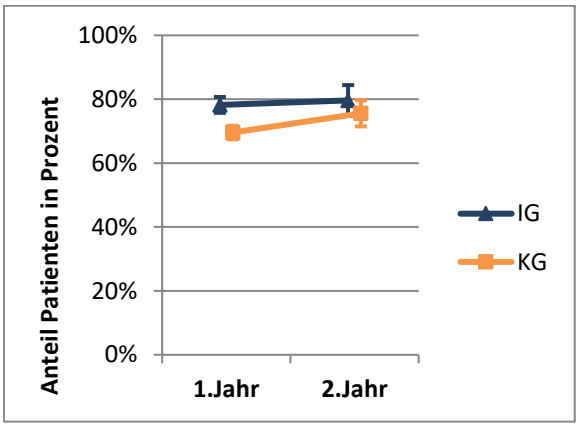


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,12 0,96…1,30	1,19* 1,01…1,39	1,34** 1,10…1,62
Gruppe Jahr 2	1,04 0,78…1,40	1,08 0,78…1,49	1,11 0,73…1,69

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

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

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

Tabelle 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	**911**	**240**	**193**	**1.390**	**372**	**284**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	15,7 %	18,8 %	15,0 %	8,3 %	15,1 %	10,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,5 %	17,9 %	18,7 %	20,1 %	19,1 %	13,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	35,0 %	31,3 %	24,9 %	36,5 %	32,5 %	23,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,4 %	13,8 %	15,0 %	12,7 %	16,4 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,5 %	10,4 %	9,3 %	8,8 %	8,6 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	3,8 %	5,2 %	3,5 %	4,8 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,3 %	40,8 %	39,4 %	32,9 %	37,9 %	27,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,3 %	33,8 %	42,5 %	36,8 %	31,2 %	46,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**588**	**177**	**138**	**875**	**248**	**182**

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,5 %	19,2 %	13,0 %	7,7 %	17,3 %	11,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,5 %	20,3 %	17,4 %	23,4 %	22,2 %	15,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	31,5 %	28,2 %	24,6 %	36,3 %	31,5 %	24,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,2 %	13,6 %	17,4 %	13,5 %	14,9 %	15,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,2 %	10,7 %	8,7 %	10,6 %	10,9 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	4,5 %	5,1 %	3,3 %	3,6 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,7 %	42,9 %	36,2 %	36,3 %	44,0 %	29,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,4 %	32,8 %	44,2 %	34,6 %	28,2 %	41,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**298**	**112**	**87**	**376**	**113**	**83**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	13,1 %	18,8 %	14,9 %	7,7 %	13,3 %	10,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,9 %	22,3 %	14,9 %	29,3 %	24,8 %	16,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	30,9 %	25,9 %	26,4 %	37,0 %	38,9 %	22,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	16,4 %	16,1 %	17,2 %	14,4 %	15,9 %	18,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,1 %	8,0 %	8,0 %	9,0 %	6,2 %	6,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	5,4 %	4,6 %	5,3 %	3,5 %	7,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,6 %	42,0 %	36,8 %	40,4 %	40,7 %	31,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,9 %	34,8 %	41,4 %	31,1 %	26,5 %	45,8 %

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

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

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**			**KG**		
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	**846**	**220**	**176**	**1.291**	**325**	**245**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	28,3 %	34,5 %	26,7 %	16,3 %	24,0 %	22,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	32,0 %	33,6 %	31,8 %	33,9 %	36,3 %	26,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	58,5 %	57,3 %	51,7 %	58,6 %	60,9 %	51,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	31,9 %	36,8 %	36,4 %	33,5 %	37,2 %	34,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	21,3 %	24,5 %	21,0 %	20,5 %	19,4 %	15,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,8 %	15,0 %	13,6 %	7,8 %	9,8 %	9,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,2 %	68,2 %	63,1 %	56,2 %	63,4 %	53,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,1 %	10,9 %	14,8 %	13,5 %	9,2 %	15,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**542**	**162**	**125**	**809**	**219**	**154**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,9 %	37,0 %	24,0 %	16,6 %	26,0 %	18,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	37,8 %	39,5 %	30,4 %	39,1 %	40,6 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	57,2 %	57,4 %	54,4 %	59,0 %	59,4 %	55,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	35,2 %	39,5 %	40,0 %	36,8 %	38,8 %	40,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	23,6 %	29,0 %	20,0 %	24,7 %	21,5 %	16,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	14,8 %	15,2 %	7,9 %	9,1 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,5 %	75,3 %	60,8 %	61,9 %	69,4 %	52,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,1 %	9,3 %	13,6 %	11,0 %	7,8 %	13,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**271**	**100**	**78**	**345**	**96**	**71**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,0 %	36,0 %	28,2 %	15,4 %	22,9 %	18,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	45,8 %	42,0 %	30,8 %	46,7 %	50,0 %	33,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	56,8 %	58,0 %	55,1 %	62,9 %	63,5 %	53,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	35,8 %	45,0 %	44,9 %	37,1 %	45,8 %	46,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,7 %	28,0 %	17,9 %	25,5 %	13,5 %	15,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,6 %	17,0 %	14,1 %	9,6 %	10,4 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,1 %	77,0 %	65,4 %	66,4 %	71,9 %	59,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,4 %	6,0 %	6,4 %	6,4 %	6,3 %	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**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**726**	**183**	**148**	**1.162**	**269**	**203**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	36,2 %	38,8 %	33,8 %	20,6 %	28,6 %	26,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	45,6 %	47,5 %	41,2 %	45,7 %	53,5 %	41,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,0 %	76,5 %	68,9 %	78,8 %	82,2 %	75,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	56,3 %	62,3 %	56,1 %	56,8 %	58,7 %	55,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	28,9 %	31,1 %	29,1 %	26,2 %	25,3 %	25,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,4 %	27,9 %	29,1 %	14,2 %	17,5 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,5 %	78,1 %	78,4 %	69,0 %	76,6 %	70,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	3,3 %	6,8 %	4,5 %	4,8 %	5,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**459**	**129**	**101**	**716**	**182**	**127**

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	36,8 %	45,0 %	33,7 %	21,1 %	29,1 %	22,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	54,2 %	56,6 %	42,6 %	52,1 %	61,5 %	48,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,3 %	77,5 %	74,3 %	80,6 %	82,4 %	78,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,9 %	64,3 %	59,4 %	61,0 %	61,5 %	59,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	32,2 %	35,7 %	30,7 %	31,8 %	29,1 %	27,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,7 %	27,9 %	29,7 %	14,0 %	18,7 %	12,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,6 %	87,6 %	81,2 %	75,7 %	84,6 %	74,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	1,6 %	5,9 %	3,4 %	1,6 %	2,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**225**	**80**	**66**	**304**	**80**	**57**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	32,9 %	41,3 %	36,4 %	21,4 %	23,8 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	63,1 %	60,0 %	48,5 %	60,5 %	71,3 %	56,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	79,6 %	80,0 %	77,3 %	85,2 %	87,5 %	84,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	60,4 %	66,3 %	71,2 %	64,8 %	67,5 %	66,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	29,3 %	36,3 %	28,8 %	32,9 %	22,5 %	22,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,9 %	28,8 %	31,8 %	15,8 %	20,0 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	88,0 %	88,8 %	87,9 %	82,6 %	87,5 %	82,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,4 %	0,0 %	3,0 %	2,0 %	0,0 %	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

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	**335**	**165**	**140**	**467**	**241**	**233**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,0 %	27,3 %	23,6 %	16,1 %	21,2 %	21,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,5 %	10,3 %	10,7 %	16,9 %	11,2 %	13,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	24,2 %	26,1 %	20,0 %	28,9 %	27,0 %	30,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,1 %	7,9 %	12,9 %	11,3 %	10,4 %	10,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,1 %	3,0 %	2,9 %	5,6 %	4,1 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,7 %	3,6 %	5,0 %	2,8 %	2,1 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,3 %	37,6 %	35,0 %	35,3 %	34,9 %	37,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,0 %	44,8 %	49,3 %	41,8 %	41,9 %	39,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**285**	**154**	**127**	**401**	**205**	**203**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,9 %	28,6 %	25,2 %	16,0 %	22,9 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,9 %	11,0 %	11,8 %	18,2 %	12,7 %	15,3 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	20,7 %	26,6 %	20,5 %	29,7 %	25,9 %	30,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,5 %	8,4 %	14,2 %	12,2 %	10,2 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,6 %	2,6 %	3,1 %	6,5 %	4,9 %	5,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	3,9 %	5,5 %	2,5 %	2,0 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,5 %	39,0 %	37,8 %	36,9 %	38,5 %	40,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,9 %	43,5 %	45,7 %	39,9 %	40,5 %	36,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**169**	**112**	**87**	**264**	**168**	**165**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	20,1 %	25,9 %	26,4 %	16,3 %	24,4 %	24,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,7 %	10,7 %	12,6 %	23,1 %	14,9 %	17,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	16,6 %	25,9 %	24,1 %	27,7 %	28,6 %	32,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,1 %	9,8 %	11,5 %	14,0 %	11,3 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,0 %	1,8 %	3,4 %	8,7 %	6,0 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	3,6 %	5,7 %	1,5 %	1,8 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,2 %	35,7 %	39,1 %	43,2 %	42,9 %	43,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,6 %	46,4 %	44,8 %	37,5 %	35,1 %	32,7 %

[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	**308**	**146**	**126**	**432**	**213**	**195**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	37,7 %	46,6 %	42,1 %	29,4 %	43,7 %	42,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,6 %	26,0 %	28,6 %	29,6 %	23,5 %	24,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	49,7 %	53,4 %	49,2 %	51,4 %	54,5 %	54,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	27,3 %	21,9 %	31,7 %	30,1 %	31,9 %	35,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,4 %	11,0 %	9,5 %	10,4 %	11,3 %	9,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	14,4 %	12,7 %	6,0 %	4,7 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,3 %	69,9 %	69,8 %	61,6 %	67,1 %	65,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,6 %	13,7 %	16,7 %	13,9 %	12,2 %	12,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**260**	**136**	**113**	**372**	**180**	**169**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,2 %	48,5 %	44,2 %	30,1 %	48,3 %	45,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	28,5 %	26,5 %	30,1 %	32,0 %	25,0 %	26,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	46,9 %	54,4 %	52,2 %	53,5 %	55,0 %	53,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	25,8 %	23,5 %	33,6 %	32,3 %	33,9 %	36,7 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	9,6 %	11,0 %	9,7 %	11,6 %	13,3 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	15,4 %	14,2 %	5,9 %	5,0 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,4 %	72,1 %	72,6 %	65,1 %	73,3 %	71,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,8 %	13,2 %	13,3 %	11,6 %	10,0 %	10,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**156**	**100**	**79**	**242**	**150**	**135**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	42,3 %	47,0 %	44,3 %	32,2 %	51,3 %	48,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,8 %	28,0 %	35,4 %	38,0 %	28,7 %	29,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	46,2 %	52,0 %	54,4 %	55,0 %	56,0 %	56,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	25,0 %	23,0 %	30,4 %	36,8 %	36,0 %	41,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	10,0 %	8,9 %	14,9 %	14,7 %	12,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	13,0 %	11,4 %	4,1 %	4,7 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,9 %	73,0 %	77,2 %	72,7 %	78,7 %	77,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,8 %	13,0 %	8,9 %	8,3 %	6,7 %	8,1 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 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	**257**	**111**	**103**	**381**	**156**	**153**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	50,2 %	57,7 %	49,5 %	39,4 %	50,0 %	48,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	39,3 %	40,5 %	40,8 %	43,8 %	30,8 %	34,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,5 %	73,0 %	66,0 %	71,1 %	78,2 %	77,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	49,0 %	43,2 %	47,6 %	53,8 %	57,1 %	54,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,9 %	16,2 %	14,6 %	15,2 %	18,6 %	13,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	30,6 %	32,0 %	13,6 %	12,2 %	17,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,2 %	84,7 %	83,5 %	79,0 %	78,8 %	81,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	3,6 %	4,9 %	5,0 %	4,5 %	5,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**215**	**101**	**90**	**326**	**129**	**131**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	52,1 %	57,4 %	52,2 %	39,3 %	55,8 %	48,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	41,4 %	39,6 %	43,3 %	46,6 %	32,6 %	38,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,3 %	74,3 %	66,7 %	75,5 %	80,6 %	77,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	49,3 %	46,5 %	48,9 %	56,4 %	60,5 %	55,0 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	15,8 %	16,8 %	14,4 %	16,9 %	21,7 %	15,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,7 %	33,7 %	32,2 %	13,5 %	13,2 %	18,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	83,3 %	85,1 %	87,8 %	82,2 %	86,0 %	84,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	3,0 %	4,4 %	4,0 %	1,6 %	4,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**130**	**73**	**64**	**210**	**110**	**104**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	58,5 %	56,2 %	51,6 %	41,9 %	60,0 %	51,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	43,8 %	42,5 %	48,4 %	51,0 %	35,5 %	40,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	77,7 %	72,6 %	65,6 %	76,2 %	81,8 %	80,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	51,5 %	47,9 %	50,0 %	60,0 %	60,9 %	63,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,5 %	16,4 %	12,5 %	21,4 %	21,8 %	17,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	30,1 %	31,3 %	11,9 %	13,6 %	17,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	90,8 %	87,7 %	90,6 %	89,0 %	90,9 %	89,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,1 %	1,4 %	1,6 %	2,4 %	0,9 %	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

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

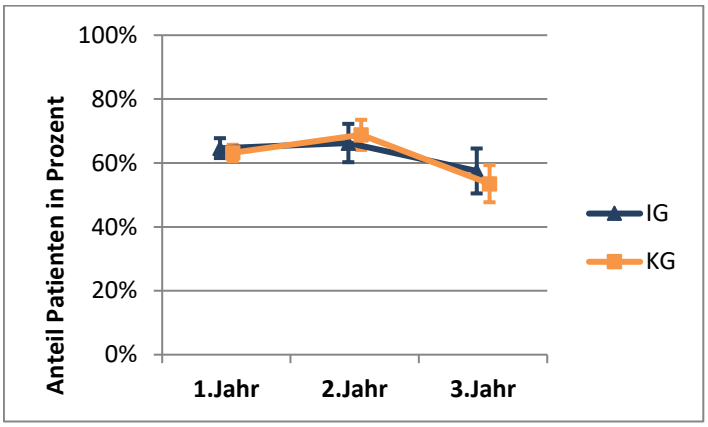
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

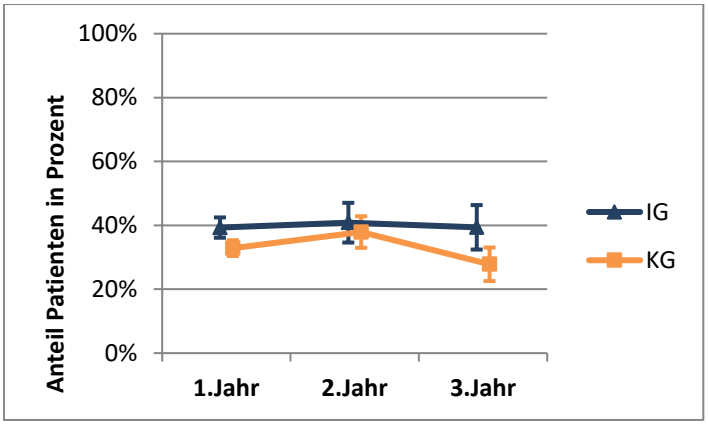
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



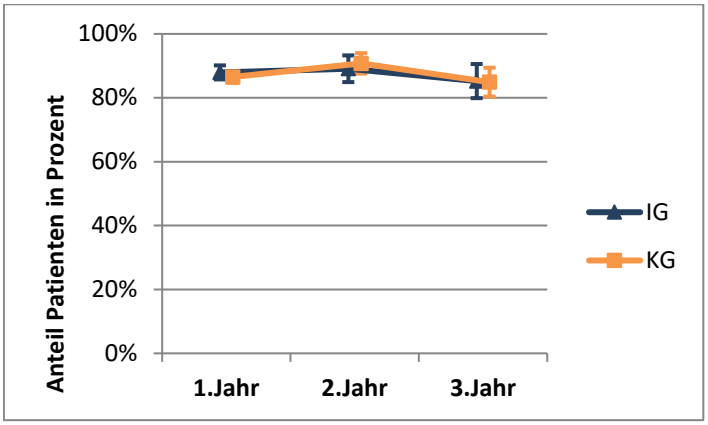
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



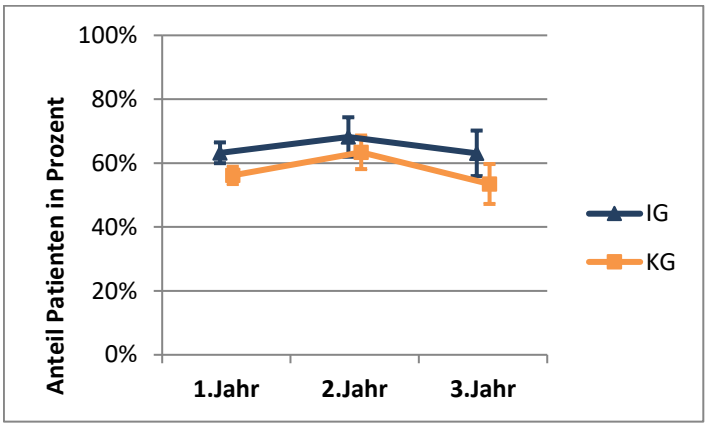
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



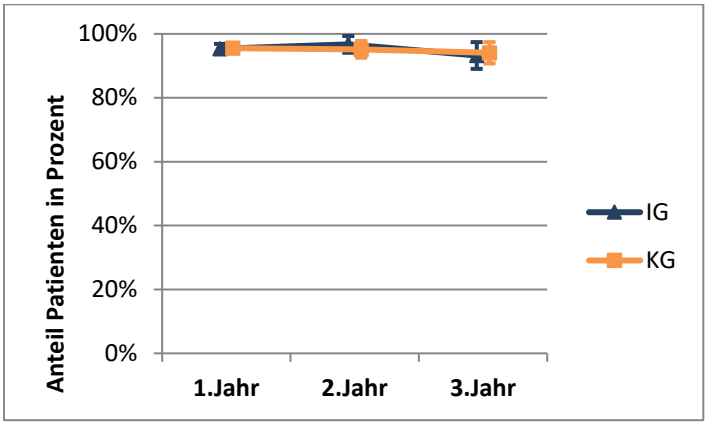
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



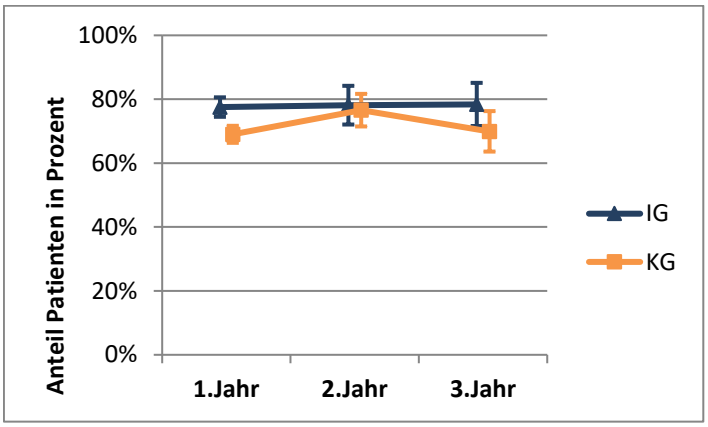
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



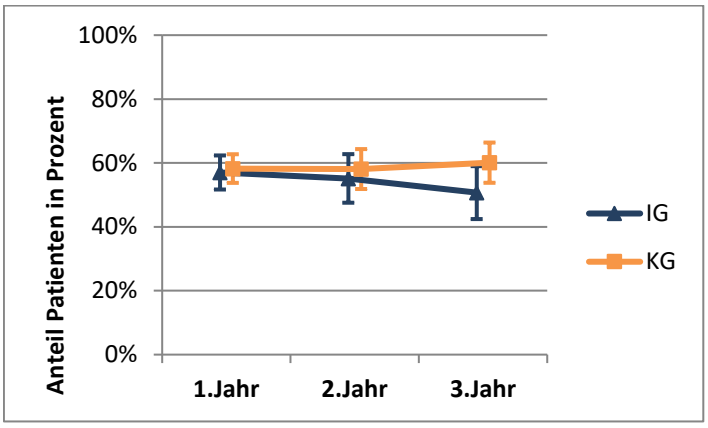
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

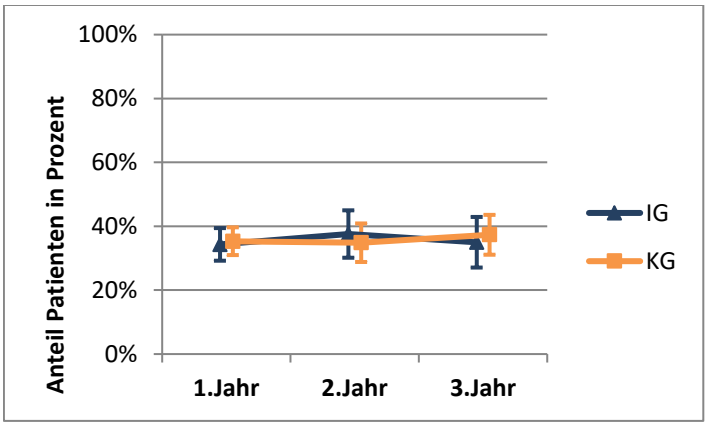
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



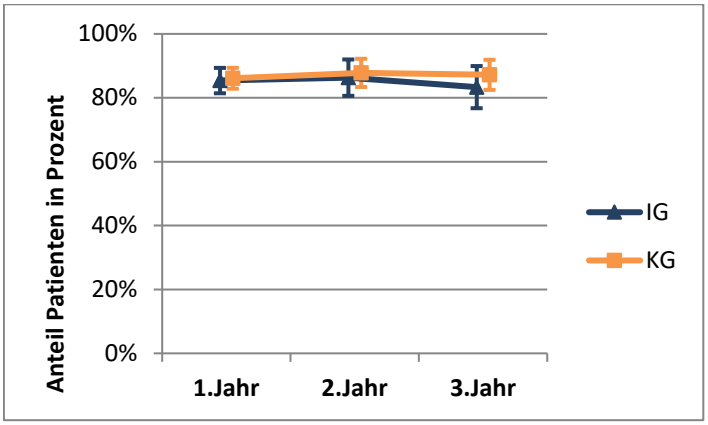
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



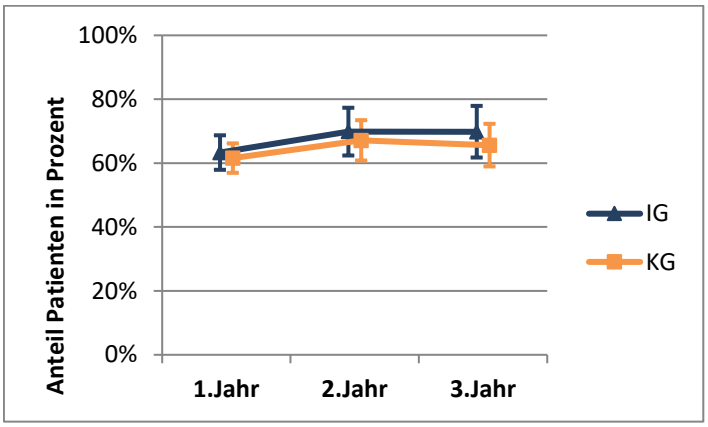
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



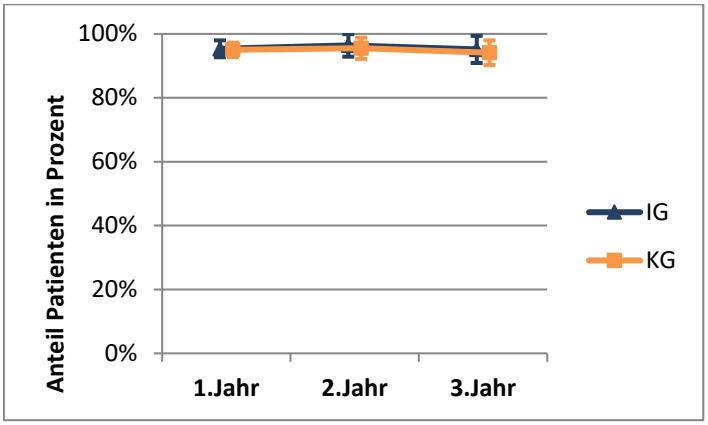
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



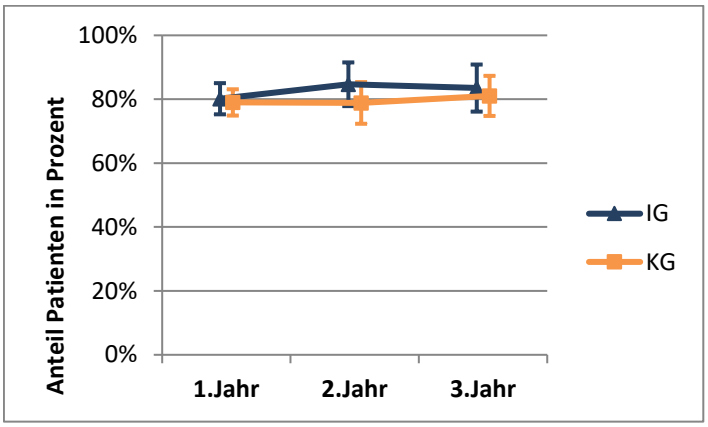
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, wies ein geringerer **Anteil an Patienten** der IG nach Modellstart **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Die durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen pro Patient war für 90 und 180 Tage Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (Gruppenschätzer 90 Tage = -0,1; Gruppenschätzer 180 Tage = -0,1). Auch war die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG statistisch signifikant geringer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG (Gruppenschätzer 90 Tage = -38,7 Tage; Gruppenschätzer 180 Tage = -35,3 Tage).

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	**2.511**	**2.511**	**2.455**	**2.455**	**2.511**	**2.511**	**2.455**	**2.455**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	297	681	260	1.077	297	677	260	1.075
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	107	270	91	435	107	268	91	432
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	46	113	38	177	46	112	38	174
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	171	332	116	450	171	331	116	449
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	69	142	49	176	69	140	49	175
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	35	61	27	79	35	61	27	77

* 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)	**2.462**	**2.511**	**2.407**	**2.455**	**2.462**	**2.511**	**2.407**	**2.455**
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)	19,9 %	14,7 %	22,1 %	21,9 %	13,1 %	10,9 %	11,2 %	18,4 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	13,6 %	11,4 %	18,4 %	16,7 %	7,7 %	8,5 %	9,6 %	12,5 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	2,9 %	3,3 %	4,5 %	6,0 %	1,0 %	1,9 %	0,0 %	4,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	2,9 %	2,1 %	6,4 %	2,3 %	1,5 %	1,4 %	0,0 %	1,7 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	0,0 %	2,7 %	2,6 %	5,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	0,0 %	4,9 %	0,0 %	5,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **einem Kontaktabbruch** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								

• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA1)	243,9	270,6	215,1	293,6	303,7	326,1	298,1	337,7
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	228,3	257,4	209,2	272,6	304,1	311,4	286,7	332,1
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	171,8	221,0	146,9	274,3	267,5	301,1	0,0	303,3
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	185,8	147,3	148,8	254,9	267,5	231,5	0,0	290,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	0,0	168,4	127,3	196,9	0,0	0,0	0,0	337,3
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	0,0	168,4	0,0	172,3	0,0	0,0	0,0	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum[1]	**> 90 Tage**				**> 180 Tage**			
	IG		**KG**		**IG**		**KG**	
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A [3]	**1.322**	**1.345**	**1.365**	**1.390**	**1.322**	**1.345**	**1.365**	**1.390**
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	11,5	24,2	10,1	64,1	9,1	20,2	6,3	56,7

Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B [4]	**613**	**622**	**537**	**549**	**613**	**622**	**537**	**549**
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	9,8	19,6	9,8	44,7	7,3	15,5	5,9	37,0

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

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

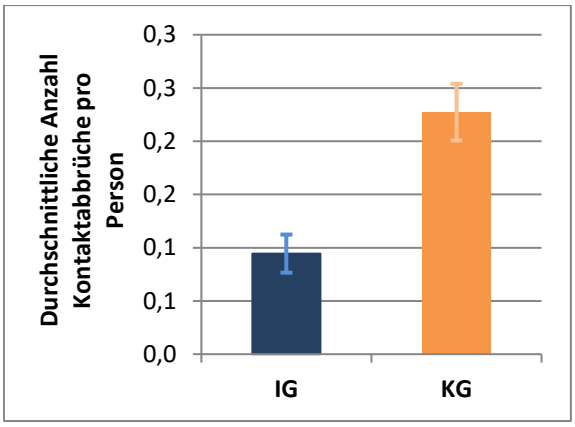
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

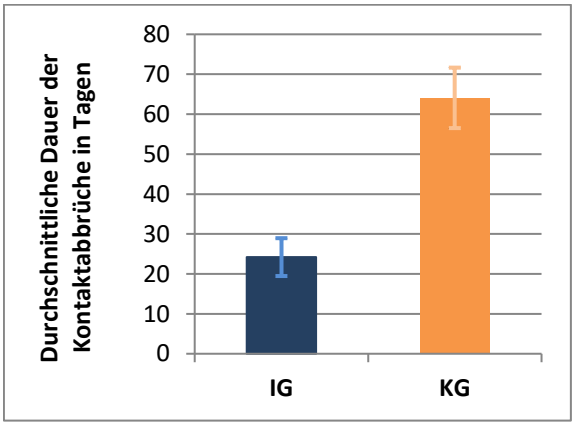
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

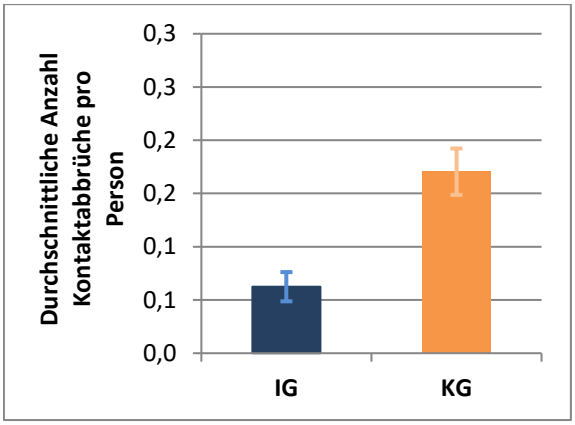
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

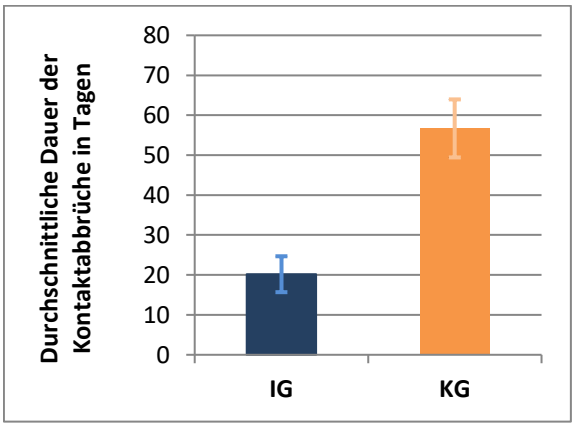


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	**>90 Tage**		**> 180 Tage**	
	Anzahl Kontaktabbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontaktabbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
Gruppe	-0,13*** -0,16…-0,10	-38,70*** -47,69…-29,71	-0,11*** -0,13…-0,08	-35,26*** -43,85…-26,66

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). Numerisch lag der Anteil der Patienten, die drei unterschiedliche Leistungserbringer in Anspruch nahmen, in der IG stets etwas höher als in der KG. Dieser Unterschied war bereits im Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

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)	**803**	**803**	**803**	**803**	**803**	**769**	**769**	**769**	**769**	**769**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**794**	**799**	**770**	**760**	**753**	**748**	**757**	**745**	**736**	**713**
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)	3,0%	4,4%	1,5%	2,5%	1,7%	1,6%	3,3%	1,3%	1,3%	0,8%
• Vier (B)	0,1%	1,4%	0,0%	0,4%	0,4%	0,1%	0,7%	0,3%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**678**	**678**	**678**	**678**	**678**	**656**	**656**	**656**	**656**	**656**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**672**	**670**	**656**	**643**	**634**	**620**	**647**	**629**	**620**	**613**
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)	2,4%	2,8%	1,6%	1,8%	1,5%	1,2%	2,0%	1,4%	1,4%	0,9%
• Vier (B)	0,6%	0,9%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%

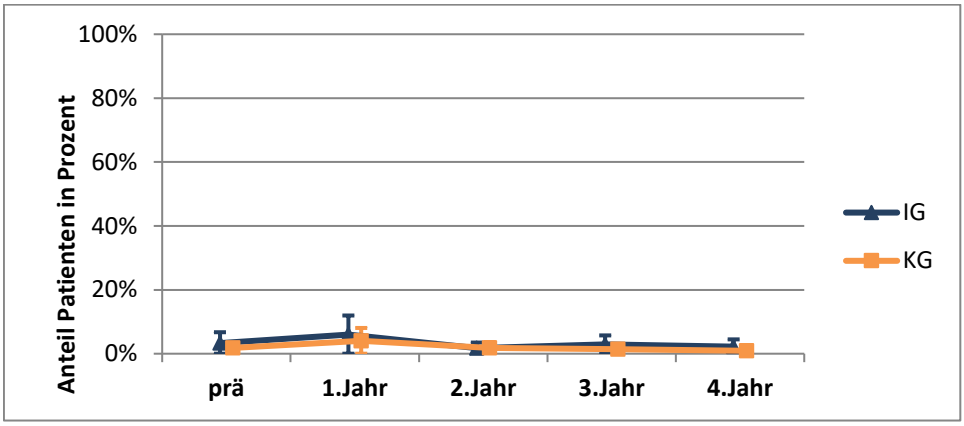
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

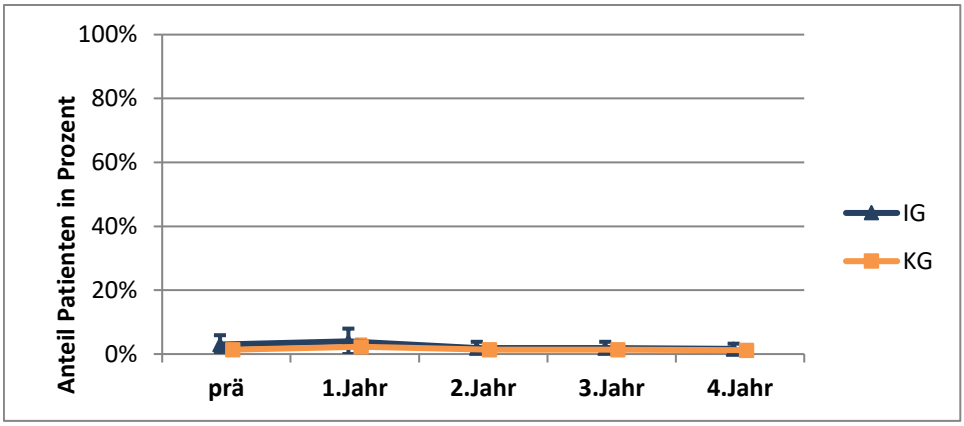


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)
DID Jahr 1	0,01 -0,02…0,04
DID Jahr 2	-0,02 -0,05…0,01
DID Jahr 3	0,00 -0,03…0,03
DID Jahr 4	0,00 -0,03…0,04

Klinikbekannte Patienten

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)
DID Jahr 1	0,01 -0,02…0,04
DID Jahr 2	-0,01 -0,04…0,02
DID Jahr 3	-0,01 -0,04…0,02
DID Jahr 4	-0,02 -0,04…0,01

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**3.541**	**3.541**	**3.541**	**3.541**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**3.475**	**3.504**	**3.483**	**3.501**
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)	2,5%	4,5%	1,8%	3,8%
• Vier (B)	0,5%	1,0%	0,3%	0,5%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,7%	0,1%	0,4%

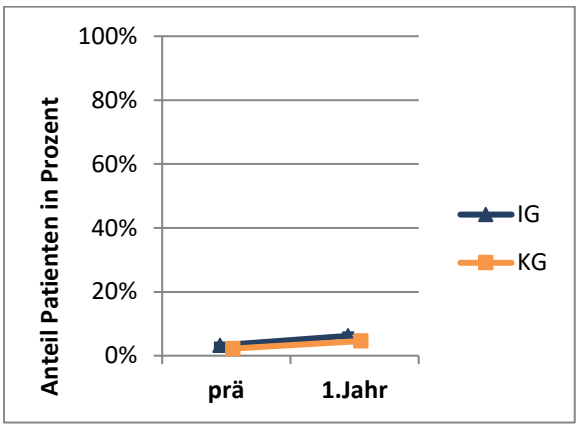
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**2.528**	**2.528**	**2.528**	**2.485**	**2.485**	**2.485**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**2.478**	**2.506**	**2.423**	**2.447**	**2.454**	**2.372**
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)	2,9%	4,4%	1,9%	1,7%	3,7%	1,7%
• Vier (B)	0,4%	0,9%	0,2%	0,3%	0,6%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

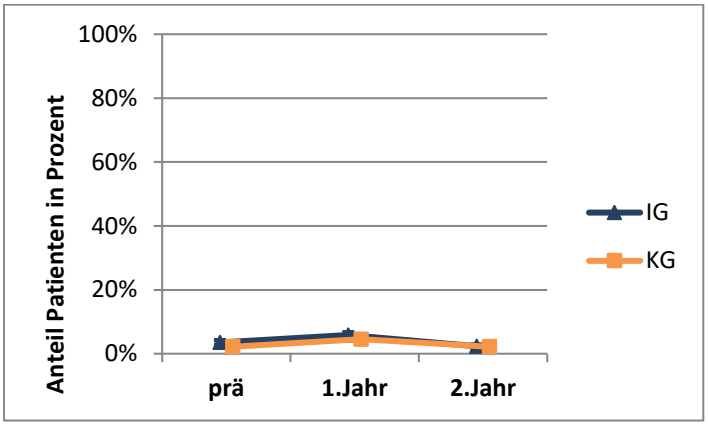


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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)	**1.591**	**1.591**	**1.591**	**1.591**	**1.543**	**1.543**	**1.543**	**1.543**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**1.568**	**1.578**	**1.519**	**1.506**	**1.512**	**1.524**	**1.484**	**1.470**
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)	3,0%	4,3%	1,6%	2,5%	1,7%	3,4%	1,6%	1,2%
• Vier (B)	0,3%	1,1%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%	0,3%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,3%	0,6%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%	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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**768**	**768**	**768**	**768**	**762**	**762**	**762**	**762**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**759**	**757**	**739**	**723**	**725**	**752**	**726**	**715**
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)	2,2%	3,4%	1,7%	1,8%	1,2%	2,1%	1,3%	1,4%
• Vier (B)	0,7%	0,8%	0,1%	0,3%	0,1%	0,4%	0,1%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

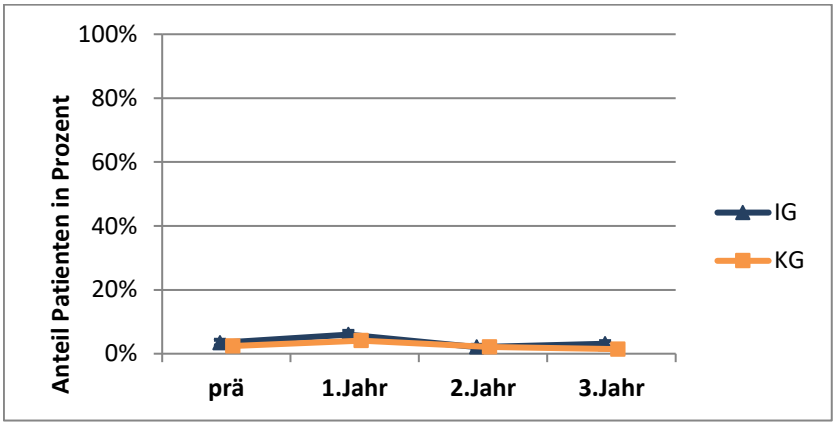
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

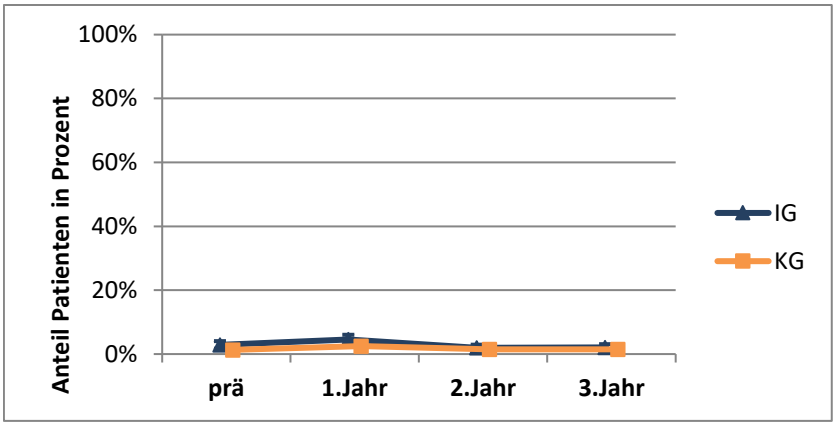
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

Da eine geringe Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der IG im Vergleich zur KG aufwies (

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe bezüglich der Anzahl an **AU-Episoden**. Dabei war das Niveau der AU-Episoden meist niedriger in der IG im Vergleich zur KG. Der geringere Anstieg der AU-Episoden bei den klinikneuen Patienten der IG war in U3 statistisch signifikant (DiD = -0,2).

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den klinikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dabei war der Verlauf zwischen IG und KG vergleichbar. Die Patienten der IG wiesen jedoch stets mehr AU-Tage im Vergleich zur KG auf (prä: +4,7; 1. Jahr: +3,8; 2. Jahr: +10,1; 3. Jahr: +4,0; 4. Jahr: +2,5 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Sowohl in der IG als auch in der KG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) weniger AU-Tage als die älteren Patienten (siehe Kapitel 14.2). Weiterhin wiesen die Patienten der IG stets mehr AU-Tage, sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren Patienten, auf. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F20-29

(Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und 40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme 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 160 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG zu verzeichnen (IG: 45,1 AU-Tage; KG: 31,2 AU-Tage). Während die Patienten der IG auf einem höheren AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = +13,9 AU-Tage), fiel dieser Unterschied in den folgenden Jahren geringer aus bzw. drehte sich um (1. Jahr: +7,7; 2. Jahr: +8,0, 3. Jahr: -0,1, 4. Jahr: -5,3 AU-Tage). Durch dieses stärkere Absinken der AU-Tage in der IG über den Verlauf, waren die Unterschiede im dritten und vierten Jahr im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant (DiD 3. Jahr = -14,0 AU-Tage; DiD 4. Jahr = -19,1 AU-Tage). Auch im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren danach zusammen war eine statistisch signifikant geringere Anzahl an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich (DiD Jahr 1-4 = -11,3 AU-Tage).

Die älteren klinikbekannten Patienten in der IG verzeichneten dennoch stets mehr AU-Tage als die älteren Patienten der KG, auch wenn dieser Unterschied sich über die Zeit annäherte (siehe Kapitel 14.2). Bei den jüngeren Patienten wies die IG ab dem dritten Jahr nach Referenzfall geringere AU-Tage als die KG auf. Der Trend der Abnahme an AU-Tagen ist sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren erkennbar. 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, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F84 (tief greifende Entwicklungsstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) aufwiesen, wobei Erstgenanntes nur sehr wenige Patienten betraf. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 160 im Anhang).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG an (IG: +0,2; KG: +0,4 AU-Episoden). Auch die Anzahl an **AU-Tagen** stieg in der IG weniger stark als in der KG an (IG: +42,6 AU-Tage; KG: +55,0 AU-Tage).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG

statistisch signifikant geringer an als in der KG (DiD = -0,2). Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG niedriger als in der KG (-7,4 AU-Tage). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Im zweiten Jahr nach Referenzfall wies die IG jedoch dann mehr AU-Tage als die Patienten der KG auf (auch nicht statistisch signifikant).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung sanken erneut die **AU-Episoden** klinikneuer Patienten der IG im ersten und zweiten Jahr stärker als in der KG und glichen sich im dritten Jahr nach Referenzfall erneut an. Bei den klinikbekannten Patienten war zwischen den Gruppen ein paralleler Verlauf mit stets um 0,2 durchschnittlichen AU-Episoden geringeren Werten in der IG erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** war bei den klinikneuen Patienten ein etwas geringerer Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich, welches sich im zweiten Jahr umkehrte. Bei den klinikbekannten Patienten waren in der IG stets höhere Anzahlen an AU-Tagen ersichtlich (prä: +8,4; 1. Jahr: +6,3; 2. Jahr: +8,5; 3. Jahr: +0,6 AU-Tage).

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)	**558**	**558**	**557**	**554**	**553**	**501**	**501**	**499**	**497**	**493**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	0,9	0,5	0,5	0,4	0,7	1,1	0,5	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	36,6	87,0	36,6	22,7	21,9	31,9	83,2	26,5	18,7	19,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,2%	18,1%	9,2%	8,1%	5,2%	25,0%	14,8%	8,2%	7,2%	5,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,9	0,7	0,3	0,2	0,2	1,0	0,7	0,8	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%

[1] Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich 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)	**425**	**425**	**422**	**420**	**420**	**353**	**353**	**352**	**351**	**349**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	0,7	0,5	0,4	0,5	0,8	0,9	0,6	0,6	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	45,1	44,6	25,8	17,4	16,0	31,2	37,0	17,7	17,3	21,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,1%	8,0%	5,5%	4,5%	4,3%	13,3%	5,4%	4,0%	6,0%	4,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	0,4	0,3	0,4	0,1	1,2	1,4	0,2	0,7	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%

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

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

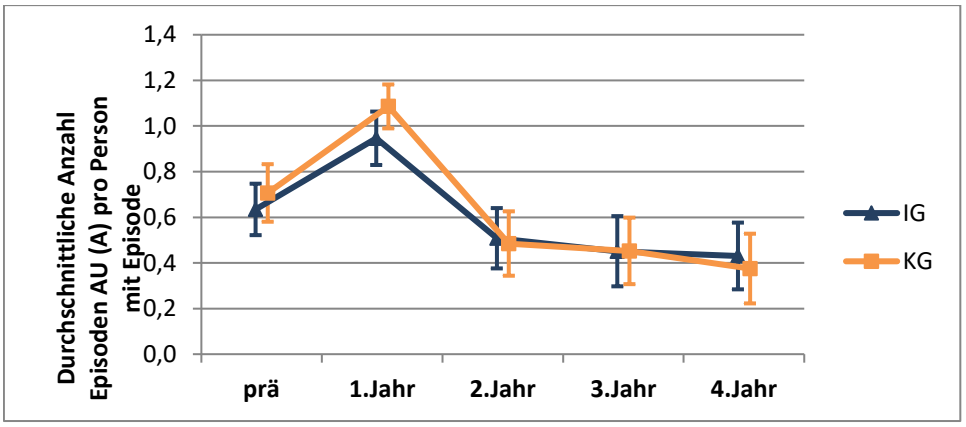
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

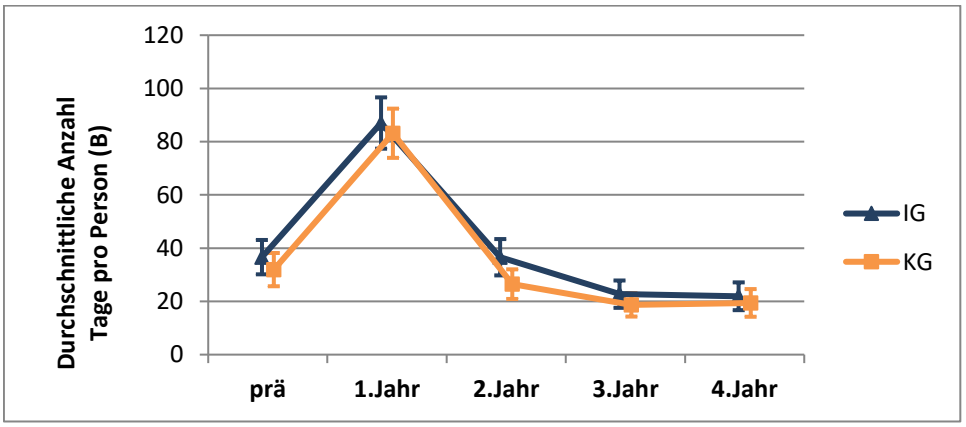
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

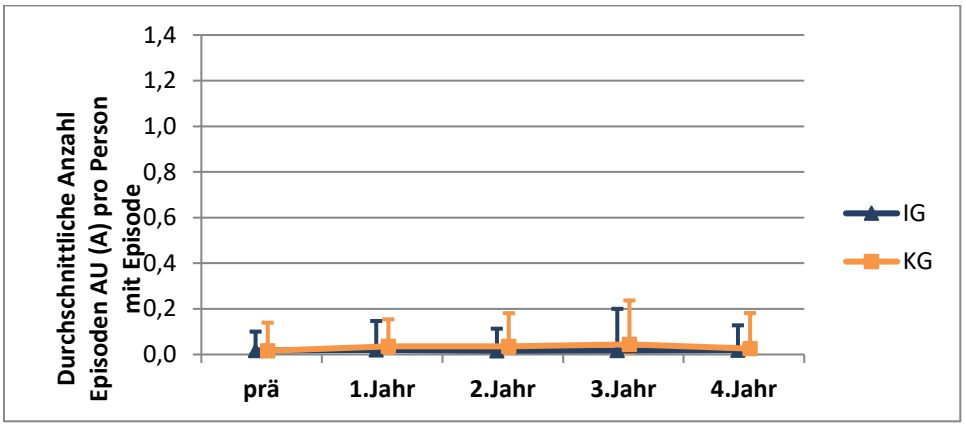


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

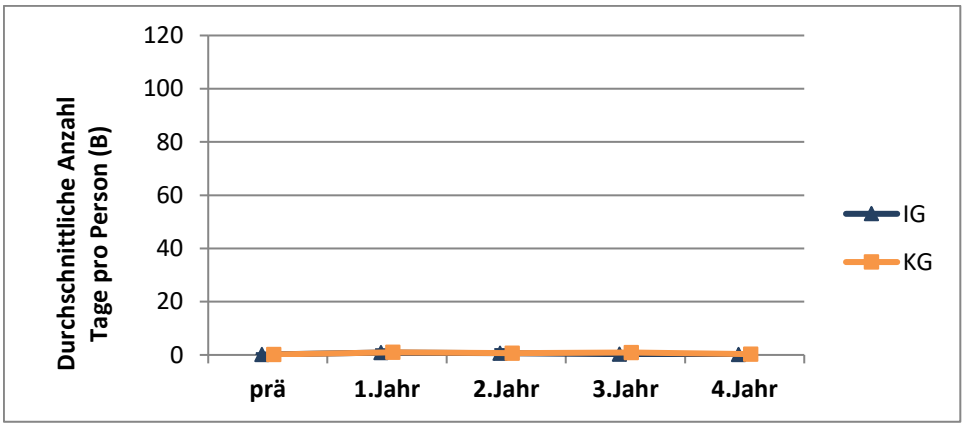


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



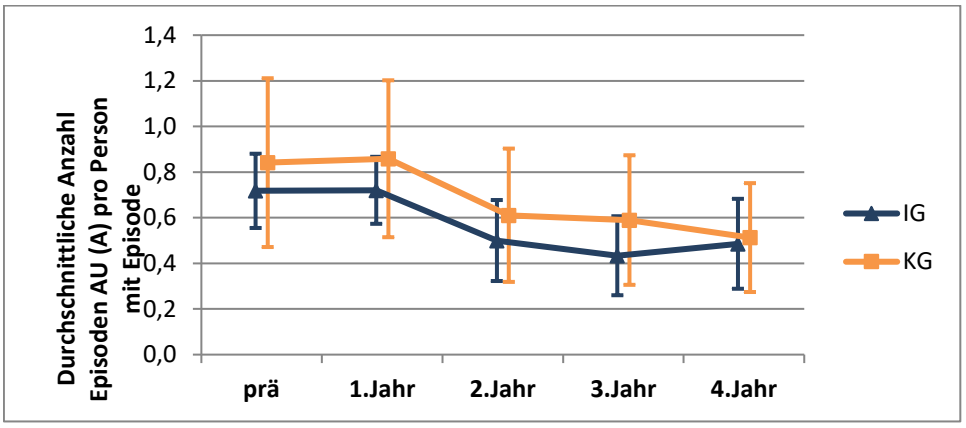
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

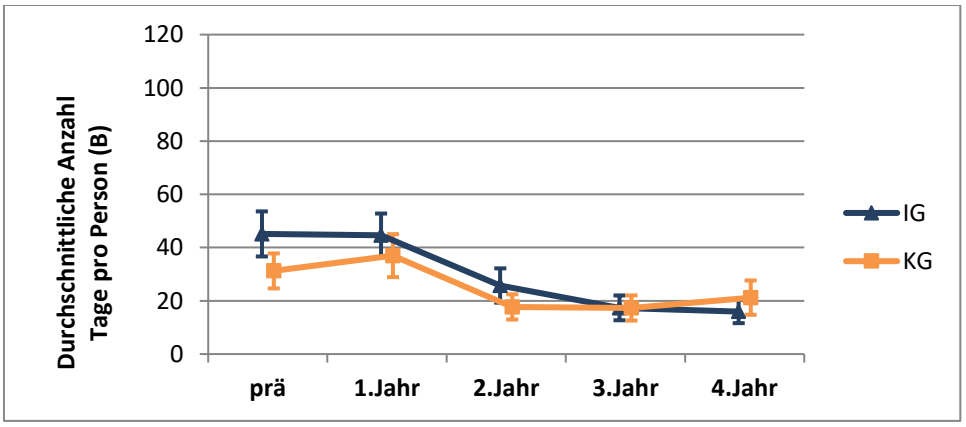
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

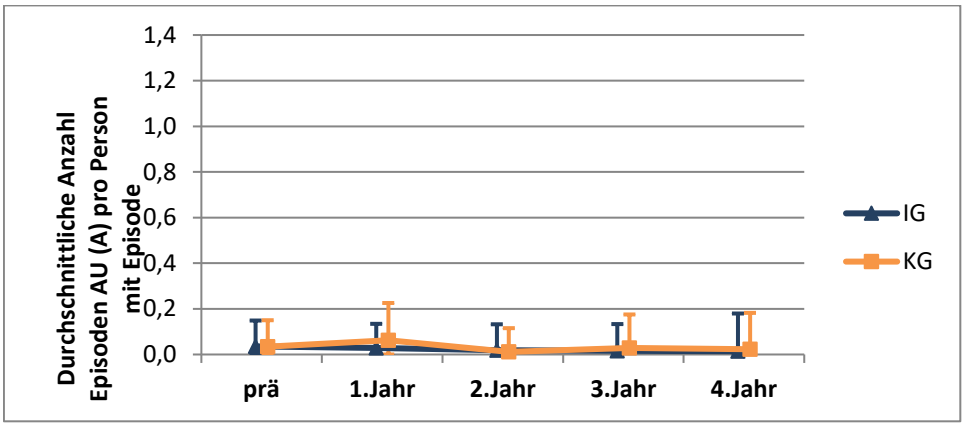


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

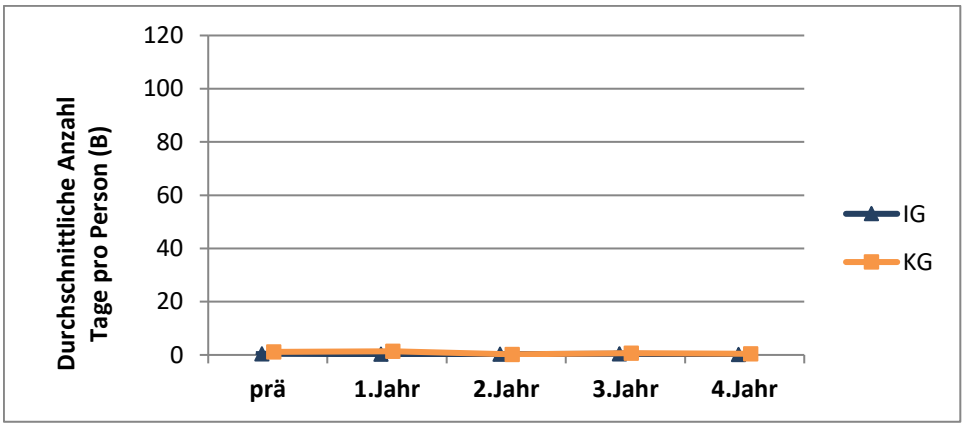


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,07 -0,22…0,09	-0,85 -13,53…11,83
DID Jahr 2	0,10 -0,06…0,25	5,47 -7,21…18,15
DID Jahr 3	0,07 -0,09…0,23	-0,68 -13,36…12,00
DID Jahr 4	0,13 -0,03…0,28	-2,08 -14,76…10,60
DID Jahr 1-4	—	0,47 -10,06…10,99

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,02 -0,29…0,26	-6,23 -18,59…6,12
DID Jahr 2	0,01 -0,26…0,28	-6,00 -18,35…6,36
DID Jahr 3	-0,03 -0,31…0,24	-13,96* -26,31…-1,60
DID Jahr 4	0,10 -0,18…0,37	-19,11** -31,46…-6,75
DID Jahr 1-4	—	-11,32* -21,19…-1,46

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 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)	**2.448**	**2.448**	**2.318**	**2.318**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	0,8	0,7	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	32,5	75,0	33,9	88,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	21,0%	14,8%	26,3%	14,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,6	0,8	0,3	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,1%	0,3%	0,0%

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

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

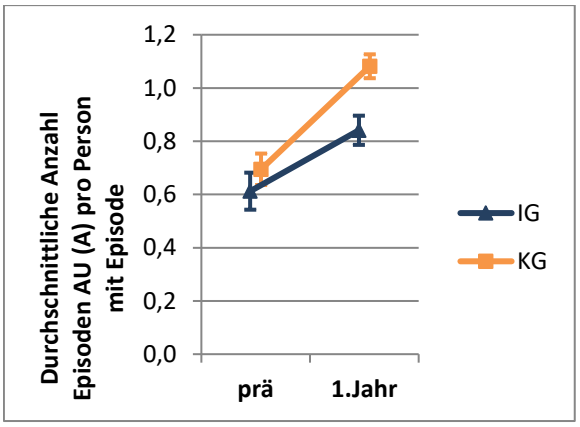
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

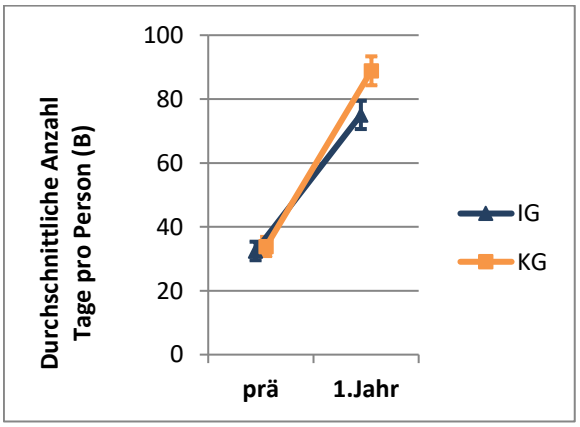
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

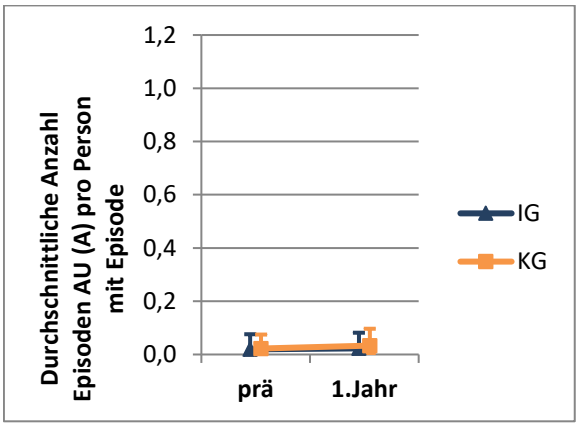


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

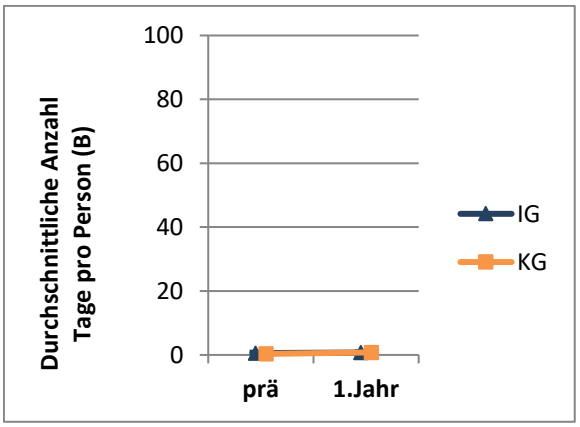


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**1.699**	**1.699**	**1.695**	**1.594**	**1.594**	**1.589**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	0,8	0,5	0,7	1,1	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	33,6	80,7	31,5	33,5	88,0	26,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,2%	16,2%	7,6%	26,5%	14,1%	6,1%
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)	0,5	0,8	0,5	0,3	0,6	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%	0,2%

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

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

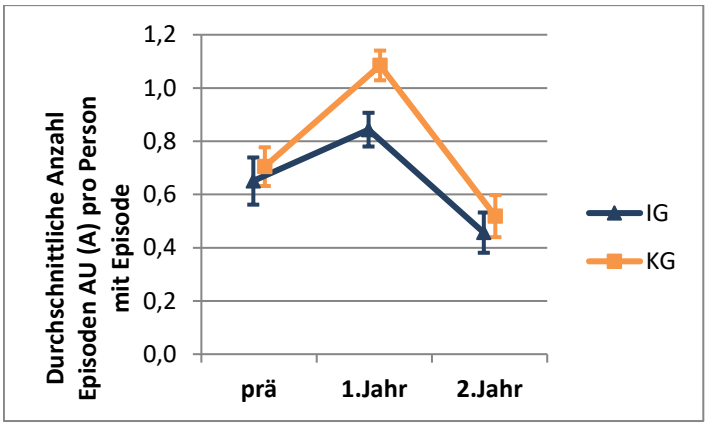
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

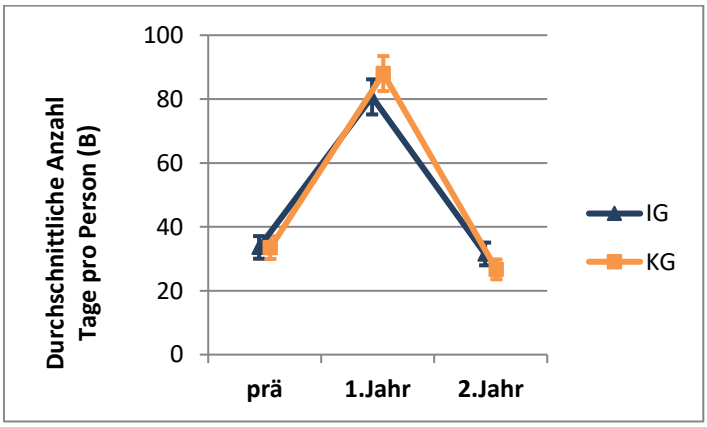
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

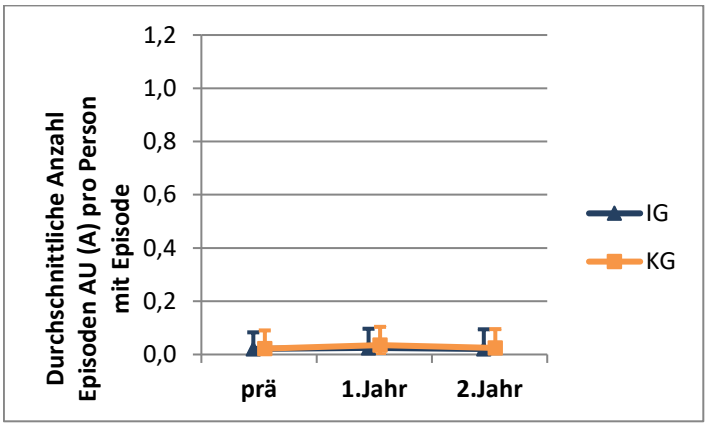


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

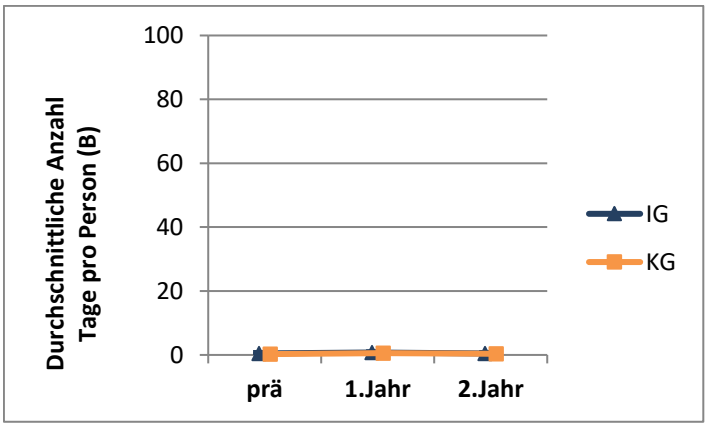


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,19*** -0,28…-0,10	-7,36 -15,24…0,53
DID Jahr 2	-0,01 -0,10…0,09	4,78 -3,11…12,66

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)	**1.060**	**1.060**	**1.058**	**1.051**	**986**	**986**	**982**	**979**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	0,9	0,5	0,4	0,7	1,1	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	35,2	81,7	32,0	20,7	34,2	86,9	26,9	19,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,5%	16,6%	8,1%	7,5%	26,6%	14,6%	6,8%	6,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,9	0,5	0,2	0,2	0,6	0,4	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**480**	**480**	**477**	**474**	**416**	**416**	**414**	**413**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	0,8	0,5	0,4	0,8	0,9	0,6	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	42,7	46,8	26,6	17,3	34,3	40,5	18,1	16,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,2%	7,9%	5,5%	4,6%	13,7%	6,0%	4,6%	5,8%
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)	0,4	0,3	0,3	0,4	1,4	1,5	0,4	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%

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

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

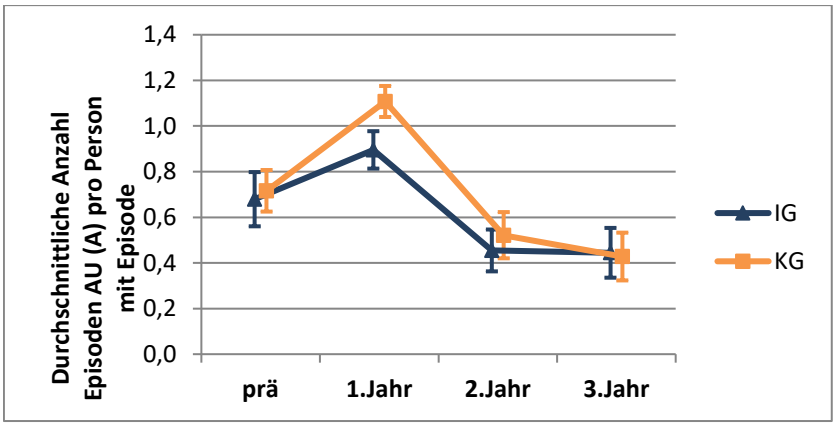
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

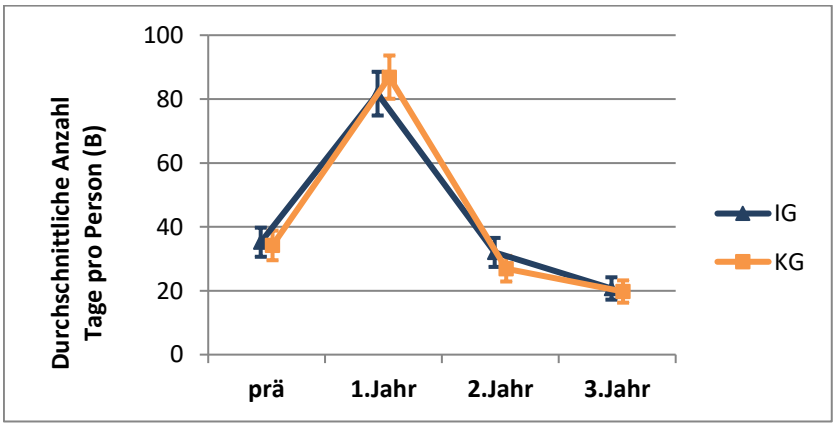
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

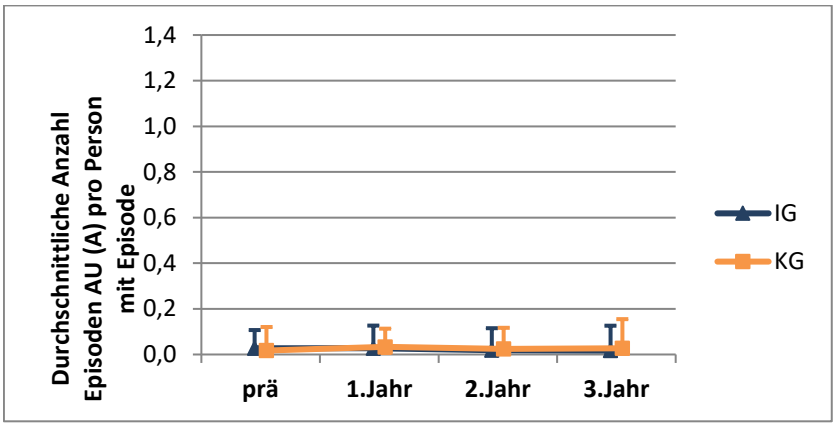


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

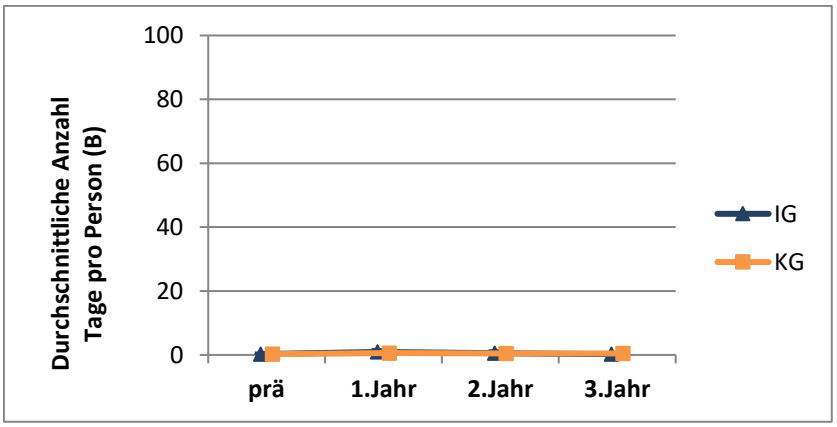


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



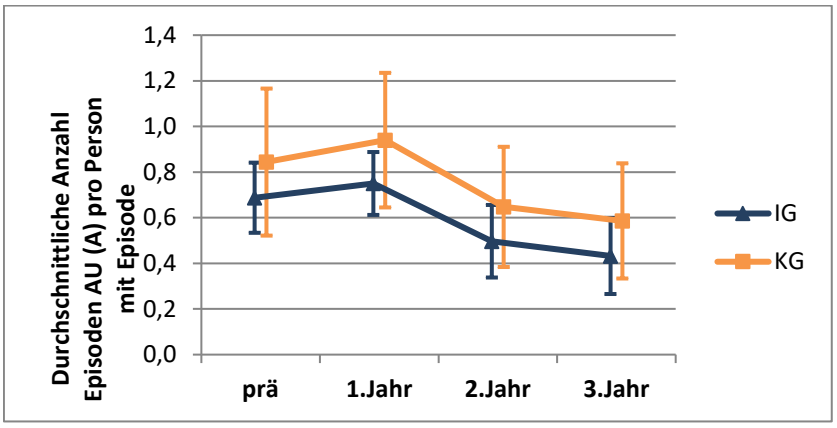
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

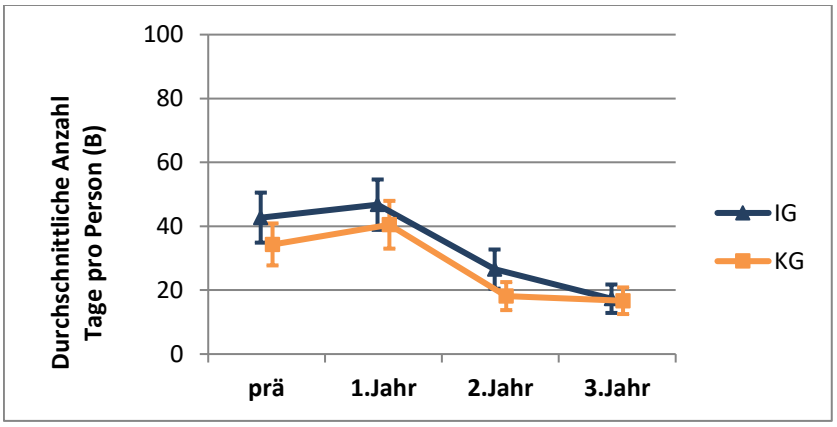
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

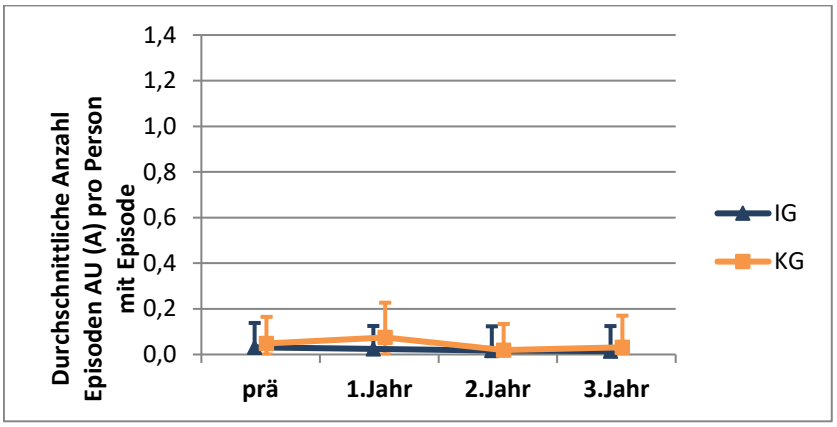


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

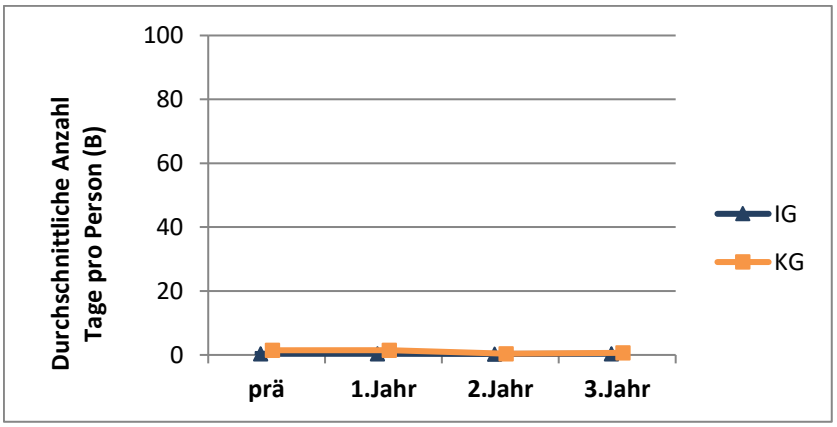


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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 in der IG etwas höher als in der KG (IG: 31,3 %; KG: 28,8 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Jedoch war die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (-22,0 Tage; Gruppenschätzer = -15,8 Tage).

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**1.142**	**1.867**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	31,3%	28,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	113,6	135,7
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**722**	**1.114**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	22,2%	19,1%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	113,2	135,0
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**370**	**491**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	11,9%	8,1%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	115,2	135,1

[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)

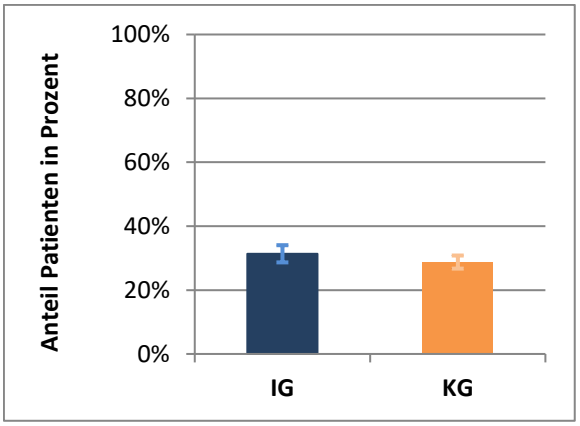
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)

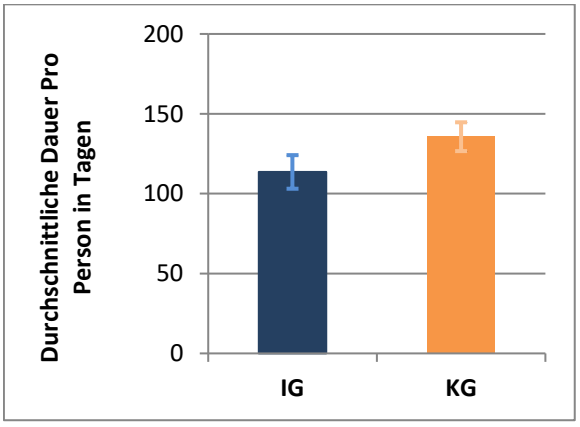


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,17 0,98…1,40	-15,82* -30,71…-0,94

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

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts**-Score bei den klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,6; KG: +0,6). Danach sank der Score erneut etwas, blieb aber über dem vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine relevanten Unterschiede 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. Dabei war der Score im Jahr vor Referenzfall zunächst in der IG etwas höher und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall stets etwas niedriger. Diese Veränderung, also die geringere Erhöhung des Scores in der IG im Vergleich zur KG, vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war statistisch signifikant (DiD = -0,4).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung gab es zwischen IG und KG keine 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 wider. D.h. im ersten Jahr nach Referenzfall war ein kleiner Peak erkennbar. Die Verläufe waren jedoch zwischen IG und KG parallel.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu U1 bei den klinikneuen Patienten erneut ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach sowie ein paralleler Verlauf zwischen IG und KG zu erkennen. Bei den klinikbekannten Patienten war analog zu U1 eine etwas geringere Zunahme des Scores in der IG im Vergleich zur KG erkennbar (prä: 0,0; 1. Jahr: -0,3: 2. Jahr: -0,2).

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)	**803**	**803**	**791**	**782**	**777**	**769**	**769**	**756**	**749**	**732**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,3	2,9	3,0	3,0	2,6	3,2	2,9	3,0	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	**678**	**678**	**669**	**659**	**652**	**656**	**656**	**641**	**632**	**625**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,2	3,2	3,3	3,2	3,0	3,4	3,3	3,4	3,4

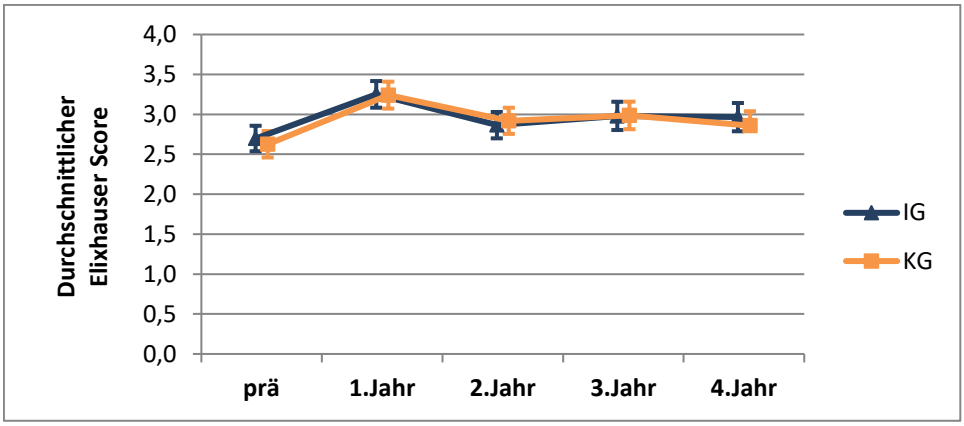
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

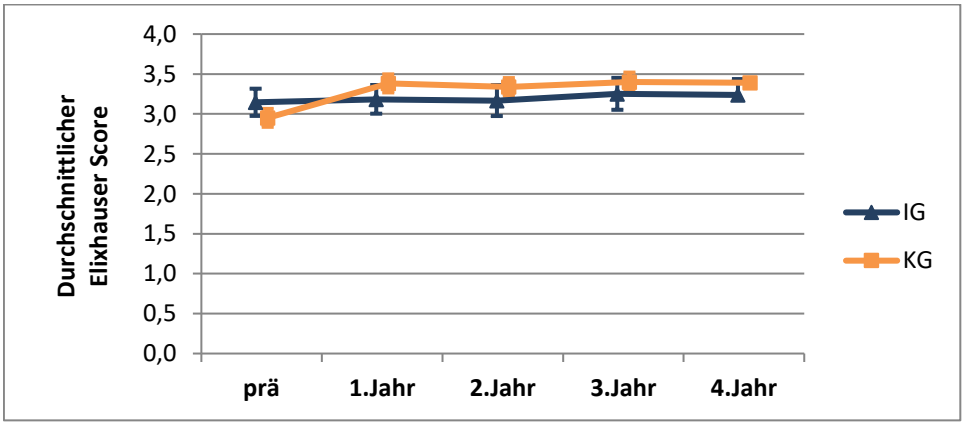


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,06 -0,37…0,25
DID Jahr 2	-0,12 -0,43…0,19
DID Jahr 3	-0,08 -0,39…0,23
DID Jahr 4	0,08 -0,23…0,38

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,40* -0,74…-0,05
DID Jahr 2	-0,33 -0,67…0,02
DID Jahr 3	-0,31 -0,66…0,04
DID Jahr 4	-0,31 -0,66…0,03

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	**3.540**	**3.540**	**3.541**	**3.541**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,2	2,8	3,2

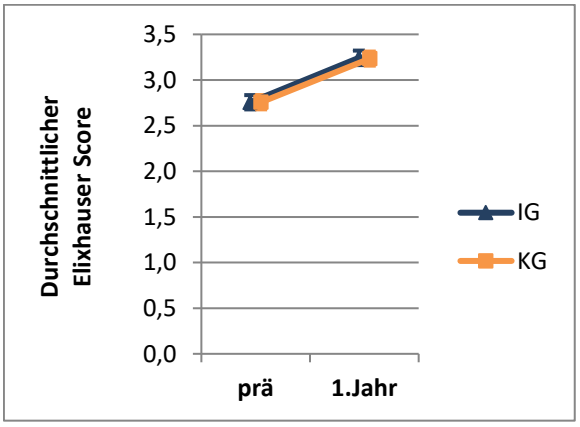
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	**2.527**	**2.527**	**2.485**	**2.485**	**2.485**	**2.424**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,3	2,9	2,8	3,3	2,9

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

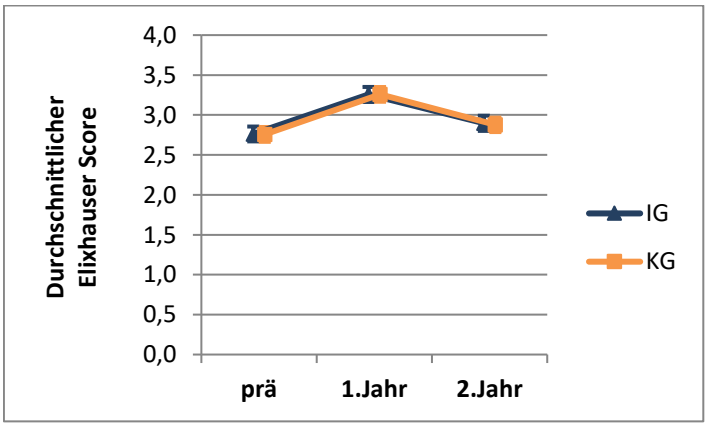


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,01 -0,17…0,16
DID Jahr 2	0,04 -0,13…0,20

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	**1.591**	**1.591**	**1.565**	**1.548**	**1.543**	**1.543**	**1.510**	**1.498**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,2	2,8	2,9	2,6	3,2	2,8	2,8

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	**768**	**768**	**759**	**747**	**761**	**761**	**743**	**732**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	3,4	3,4	3,4

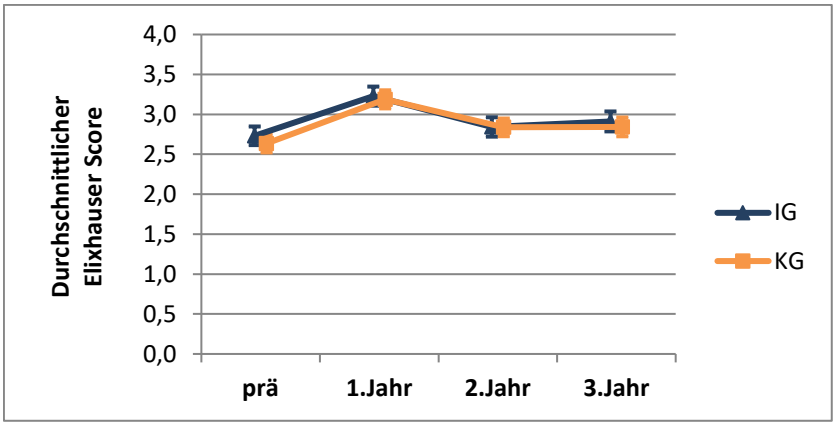
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

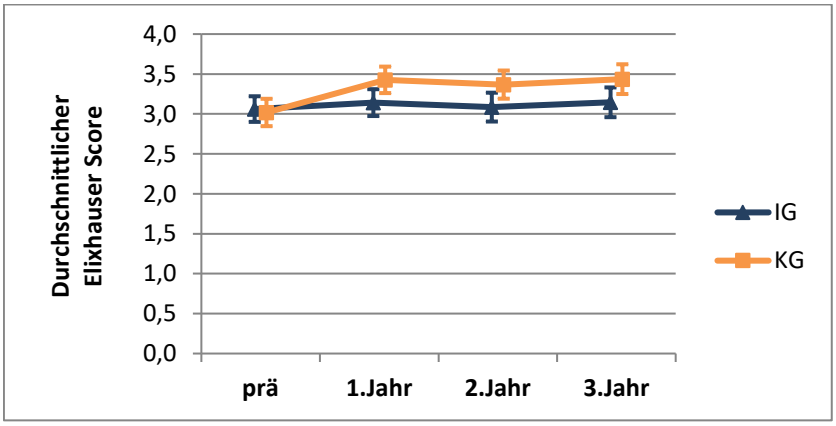


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**) zwischen IG und KG bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten vergleichbar (-1,9 %-Punkte bzw. +0,0 %-Punkte).

U2: Auch 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, zwischen IG und KG vergleichbar (-0,7 %-Punkte).

U3: Auch bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war, analog zu U1 und U2, die Anzahl Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, zwischen IG und KG vergleichbar (-0,6 %-Punkte).

U4: Und auch bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der zwischen IG und KG vergleichbaren 2-Jahres-Mortalität klinikneuer und klinikbekannter Patienten (-1,1 %-Punkte bzw. -1,3 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**803**	**769**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	4,1 %	6,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**678**	**656**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	5,9 %	5,9 %

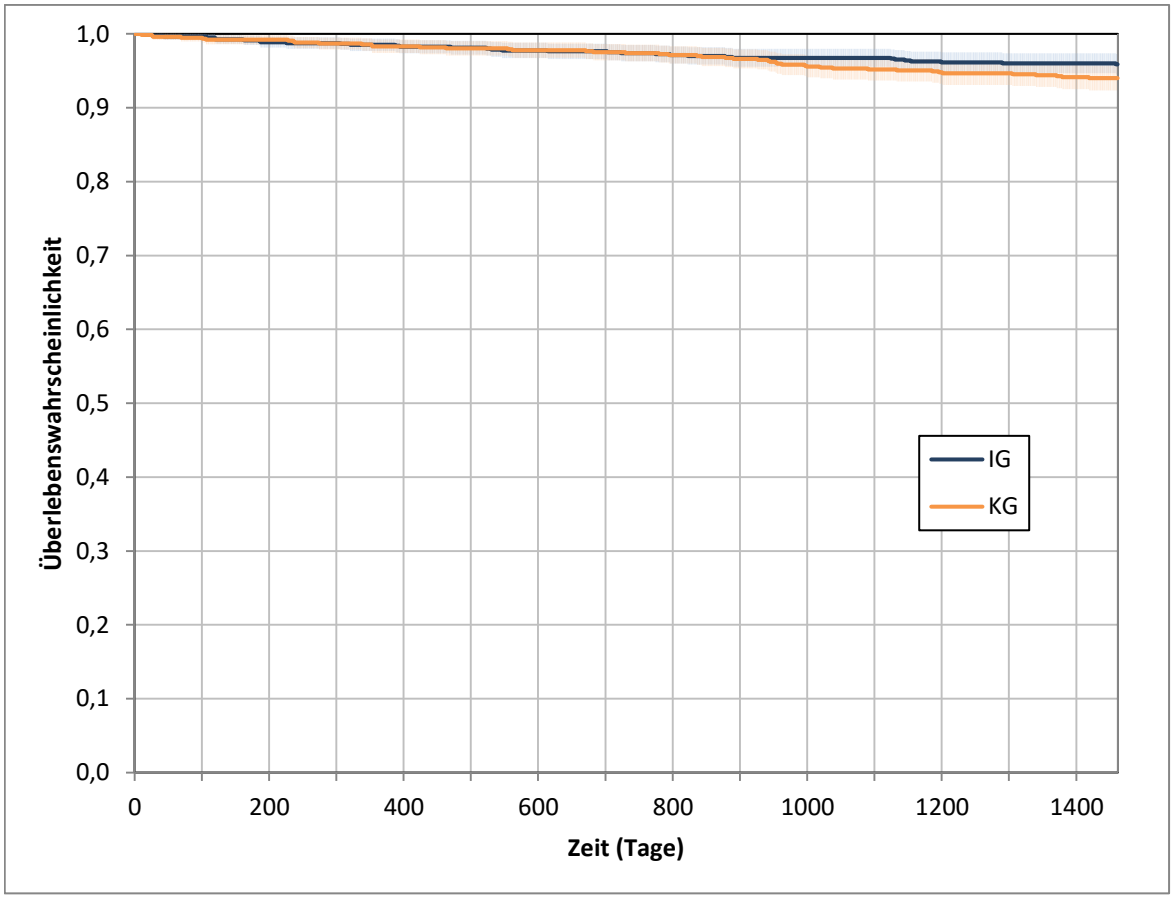
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

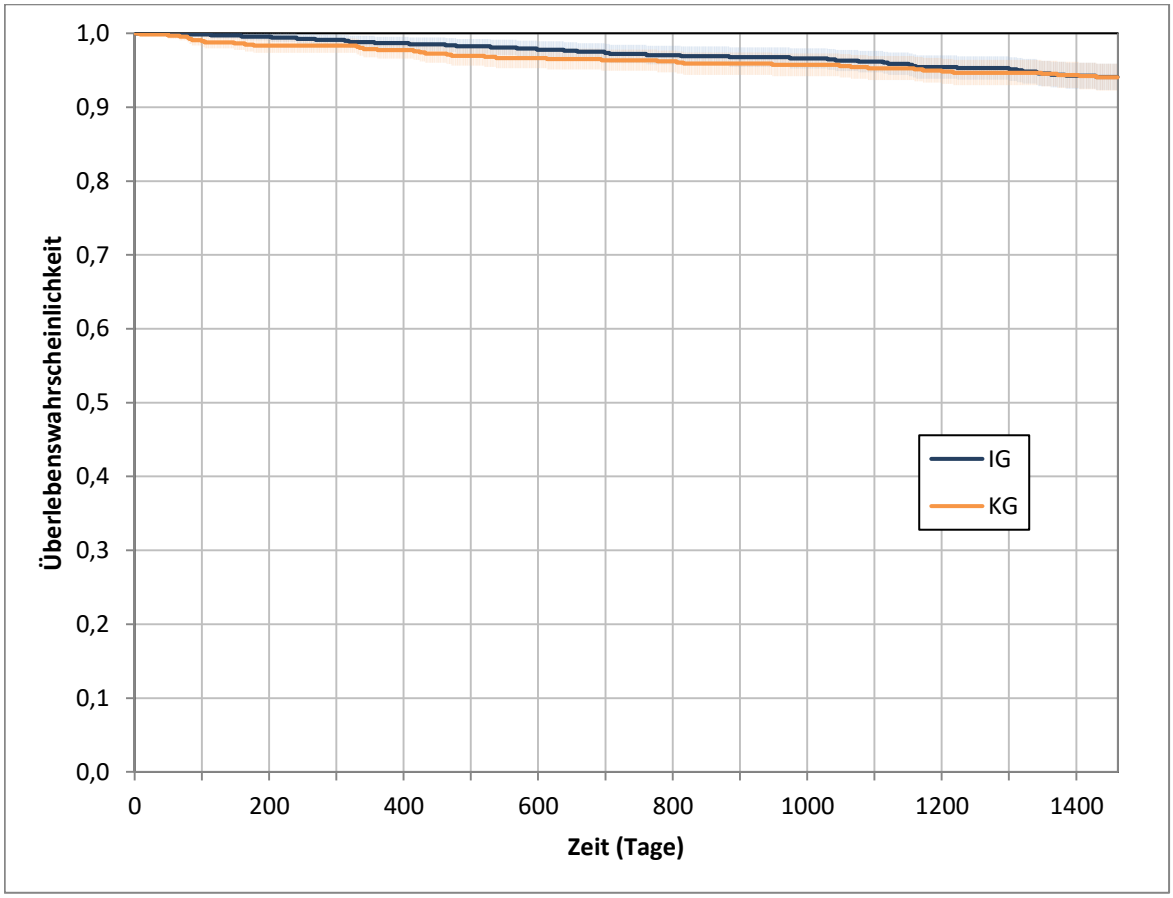


Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,80 0,49…1,30

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,90 0,57…1,43

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**3.541**	**3.541**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	1,6 %	2,3 %

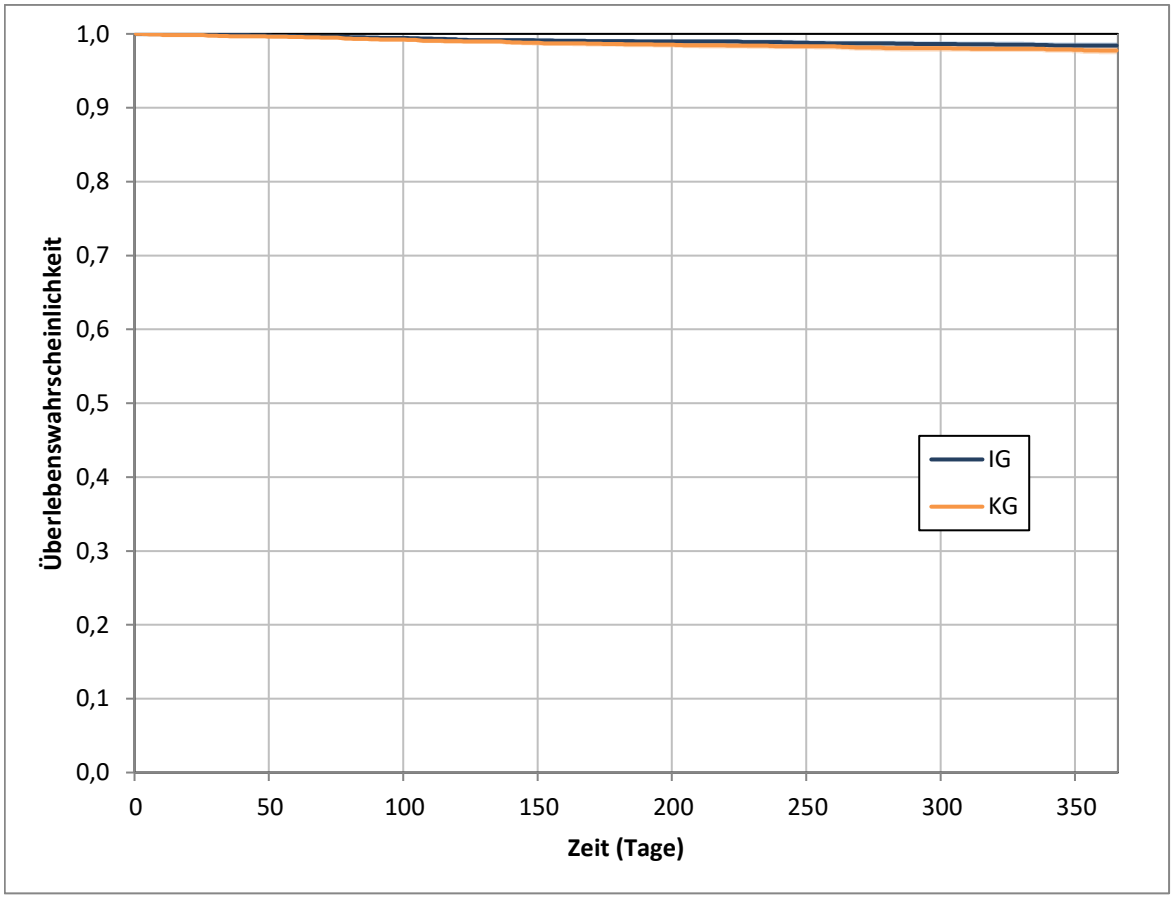
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**2.528**	**2.485**
• Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	3,0 %	3,5 %

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

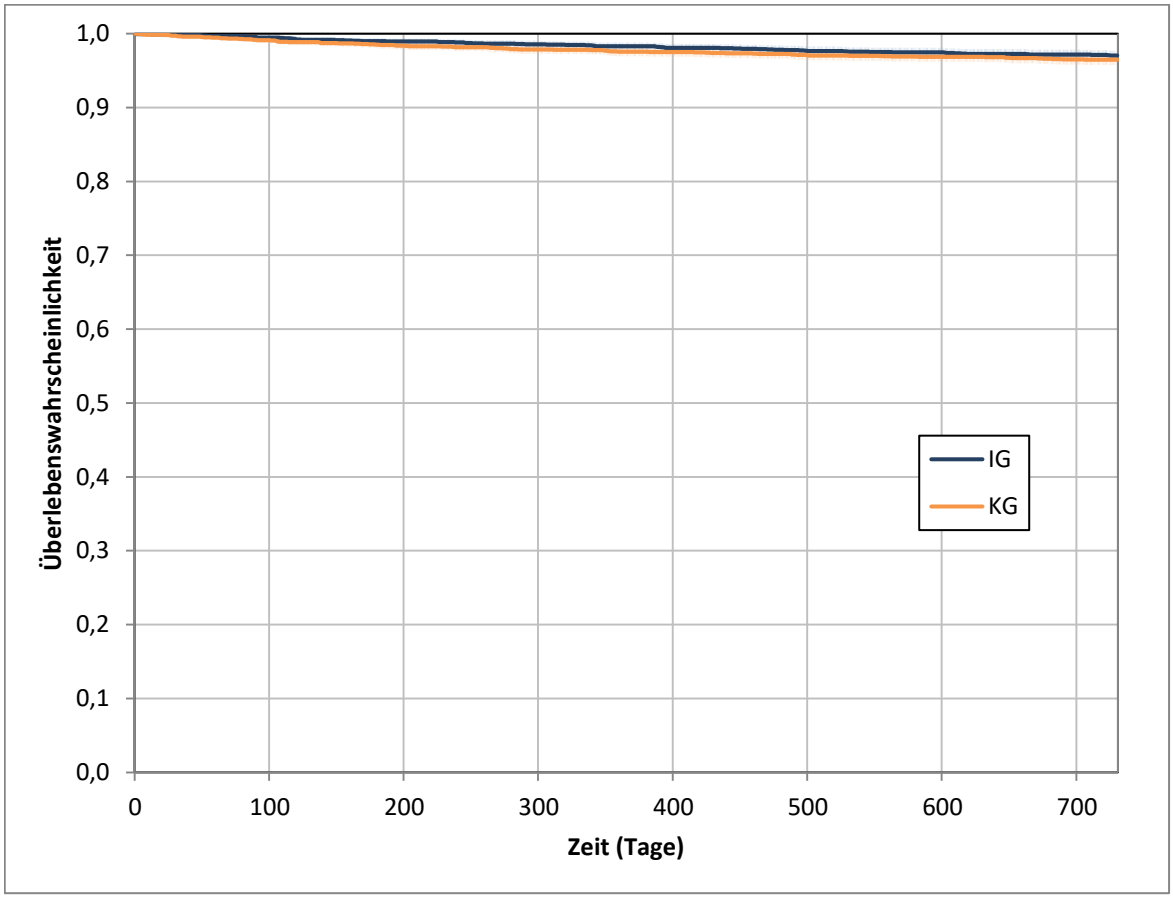


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,12 0,80…1,57

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**1.591**	**1.543**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	3,4 %	4,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**768**	**762**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	3,6 %	5,0 %

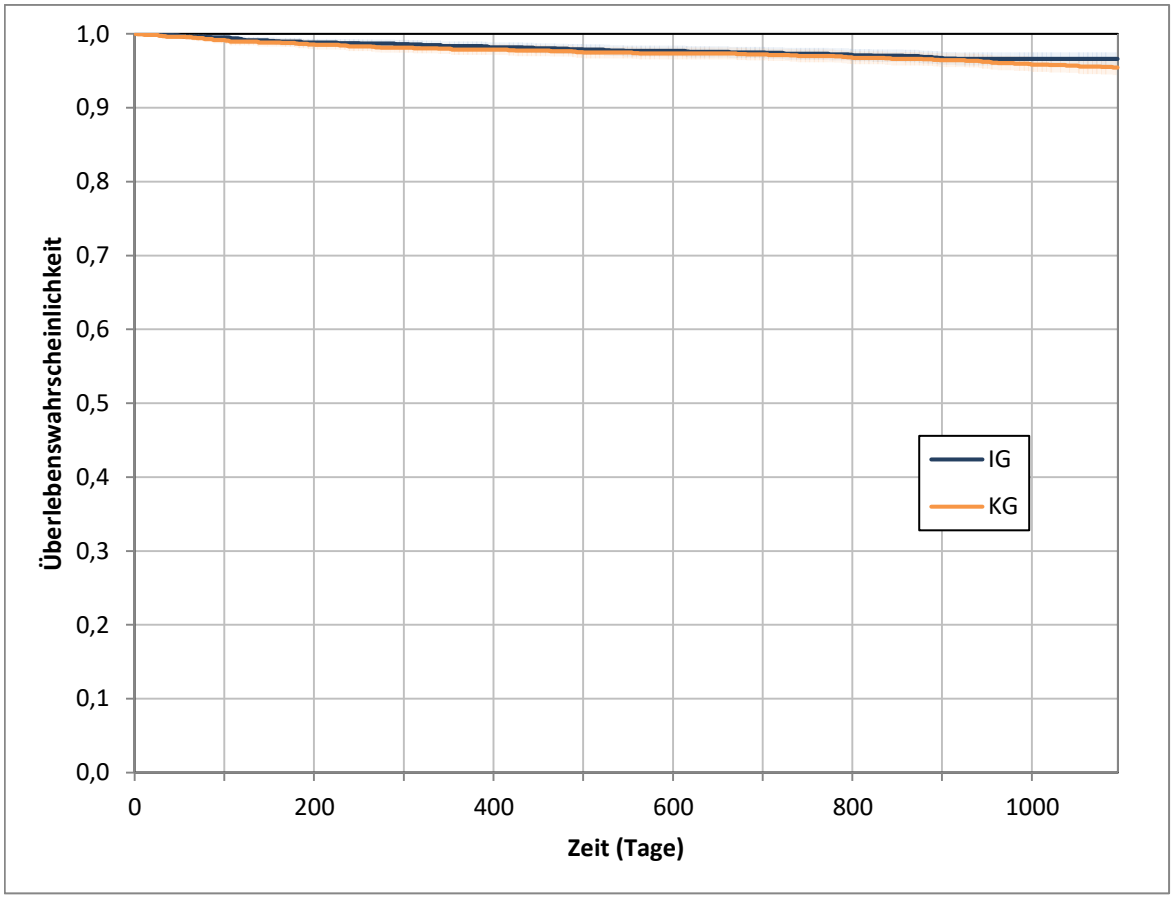
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

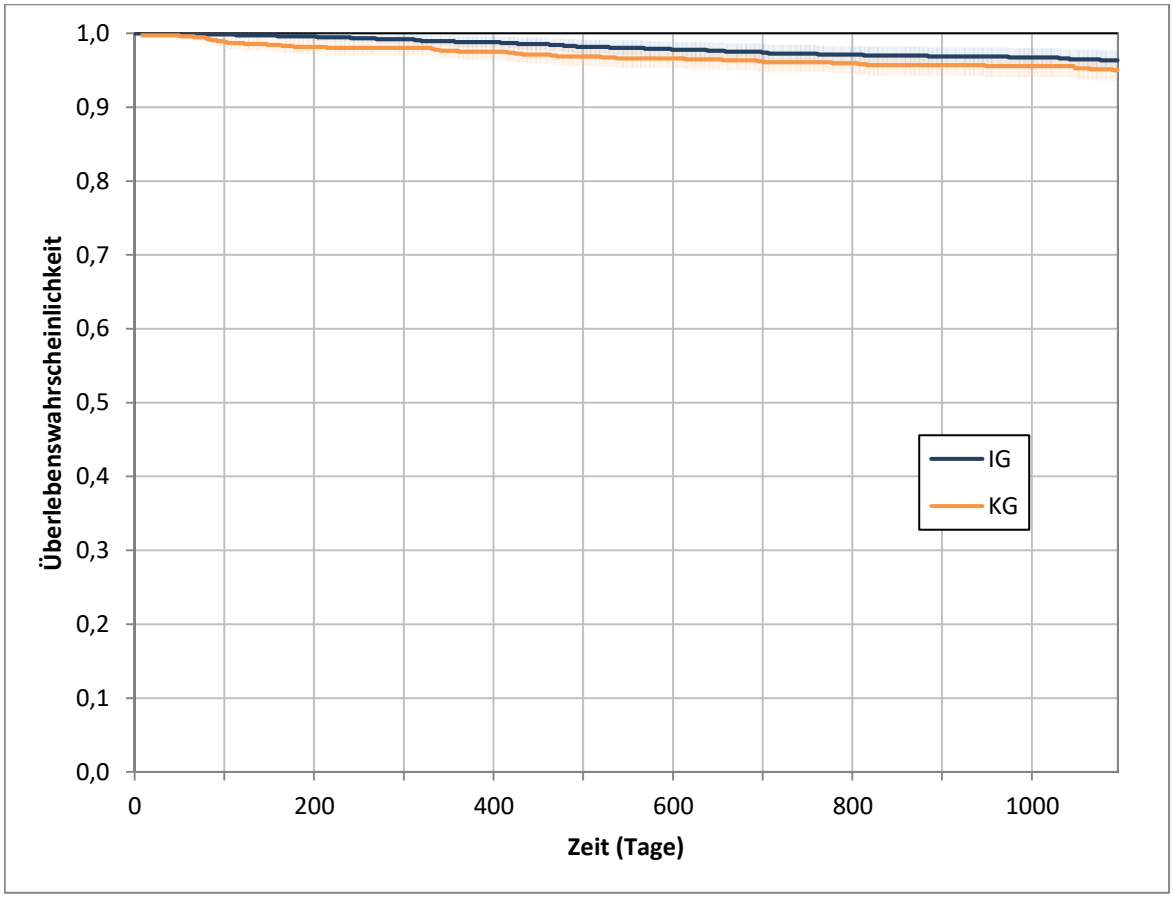


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den klinikneuen Patienten der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (-8,3 %-Punkte; Gruppenschätzer = 0,7). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (-12,1 %-Punkte; Gruppenschätzer = 0,5). 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 vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-0,2 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil vergleichbar (-1,9 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (-1,5 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (-0,4 %-Punkte).

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 17,1 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,4 %-Punkte). Auch die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar (+0,0 %-Punkte).

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, analog zu U1 und U2, in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (-16,9 %-Punkte; Gruppenschätzer = 0,5). Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden

depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war erneut zwischen IG und KG vergleichbar (-0,5 %-Punkte). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG statistisch signifikant geringer im Vergleich zu den Patienten der KG (-2,7 %-Punkte, Gruppenschätzer = 1,3). Der positive Schätzer im Modell ist hier vor allem durch Gruppenunterschiede zwischen IG und KG in den beiden adjustierenden Variablen *Alter* und *Ort des Referenzfalls (stationär vs. PIA)* bedingt.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den klinikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-16,9 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG erneut geringer als in der KG (-7,8 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu mit Patienten der KG vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-0,5 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (-0,8 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen als die Patienten der KG (-2,7 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (-0,8 %-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	**770**	**723**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	380	289
• Jegliche depr. Episode[3]	518	469
• ohne Suchterkrankung [5]	602	535
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	22,1 %	30,4 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	7,9 %	8,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	25,6 %	27,1 %

[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**
	4 Jahre	**4 Jahre**
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**638**	**617**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	277	156
• Jegliche depr. Episode[3]	379	307
• ohne Suchterkrankung [5]	449	384
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	14,8 %	26,9 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	6,9 %	8,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	17,8 %	18,2 %

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

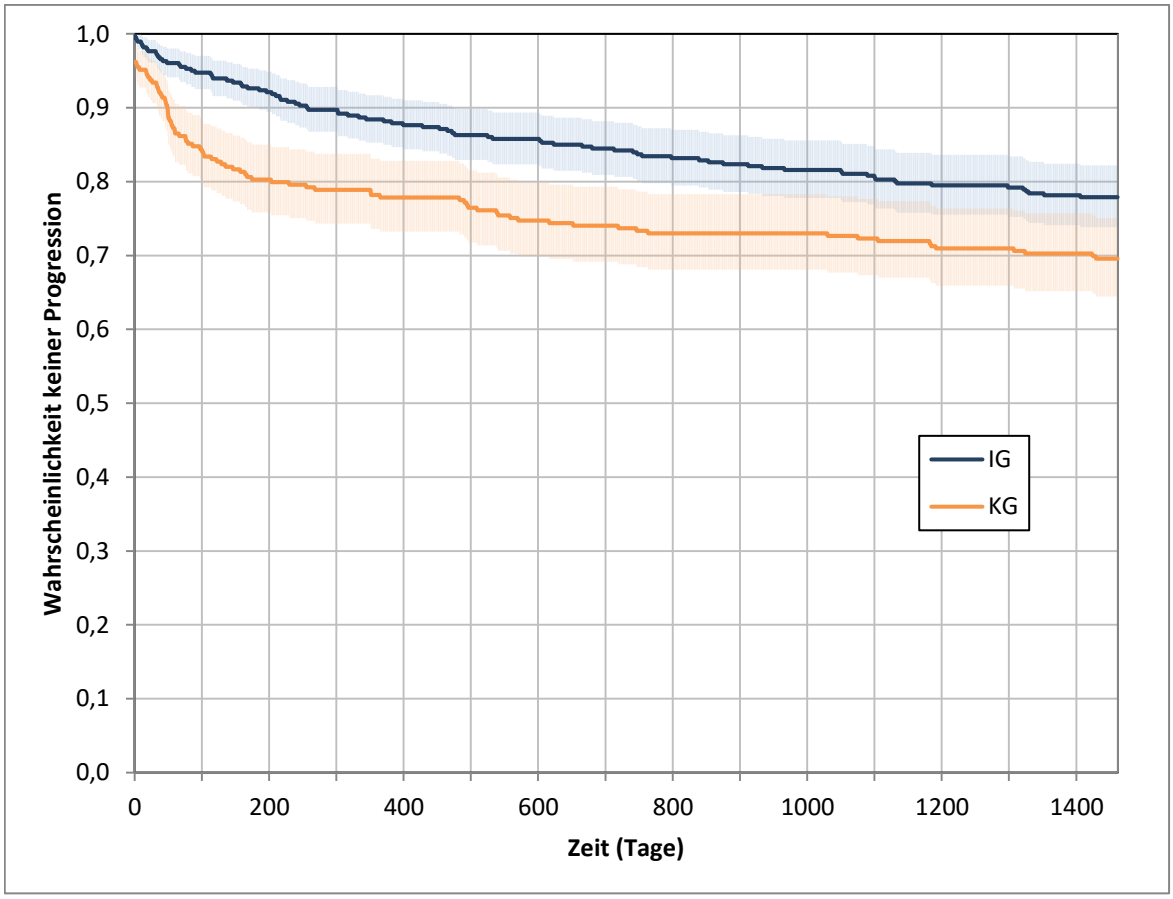
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

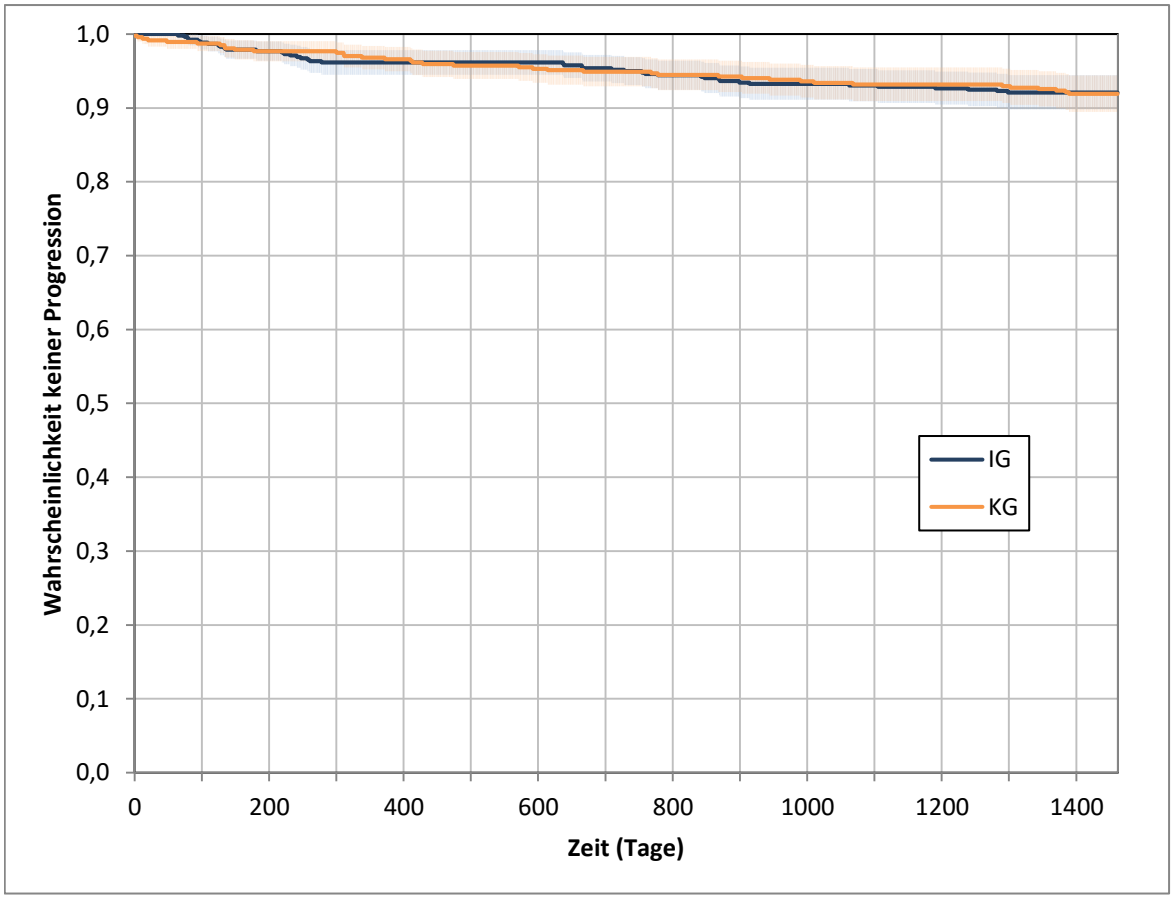
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

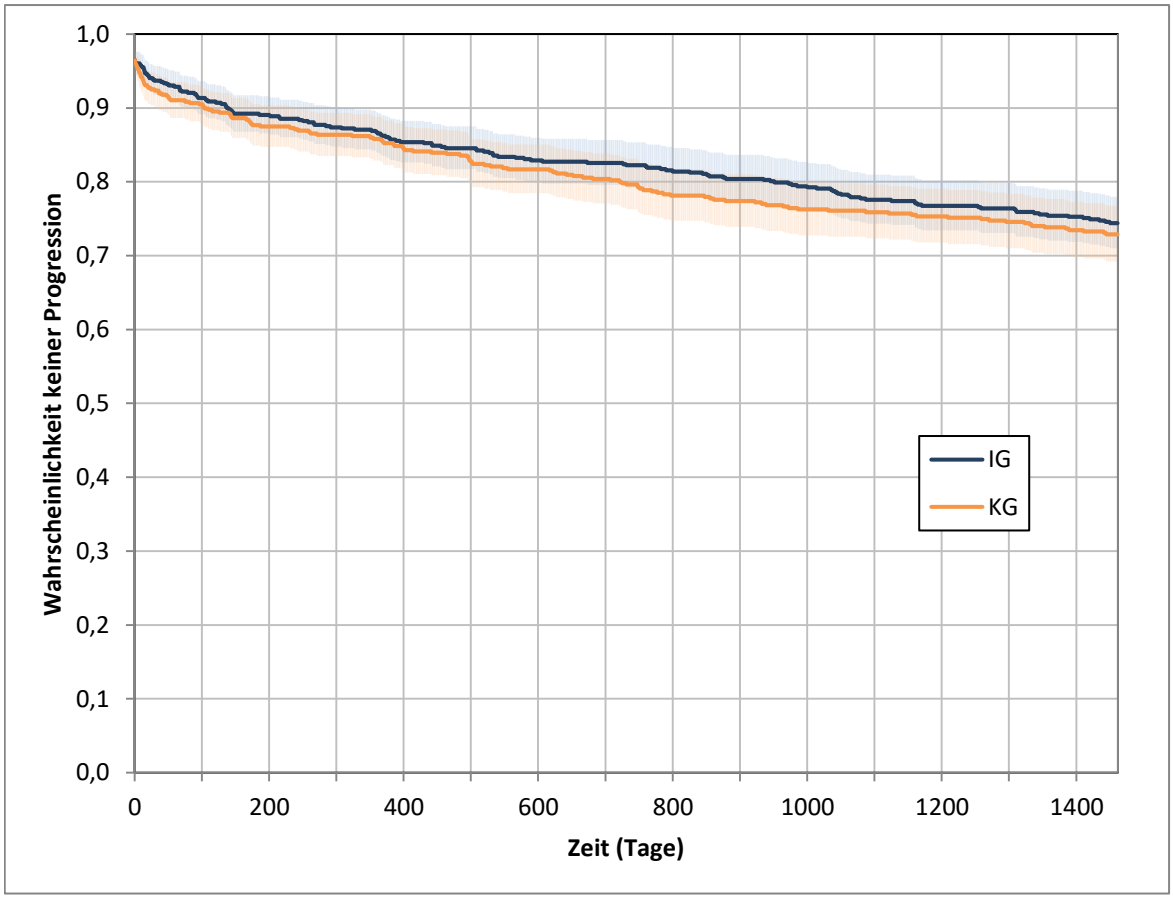
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

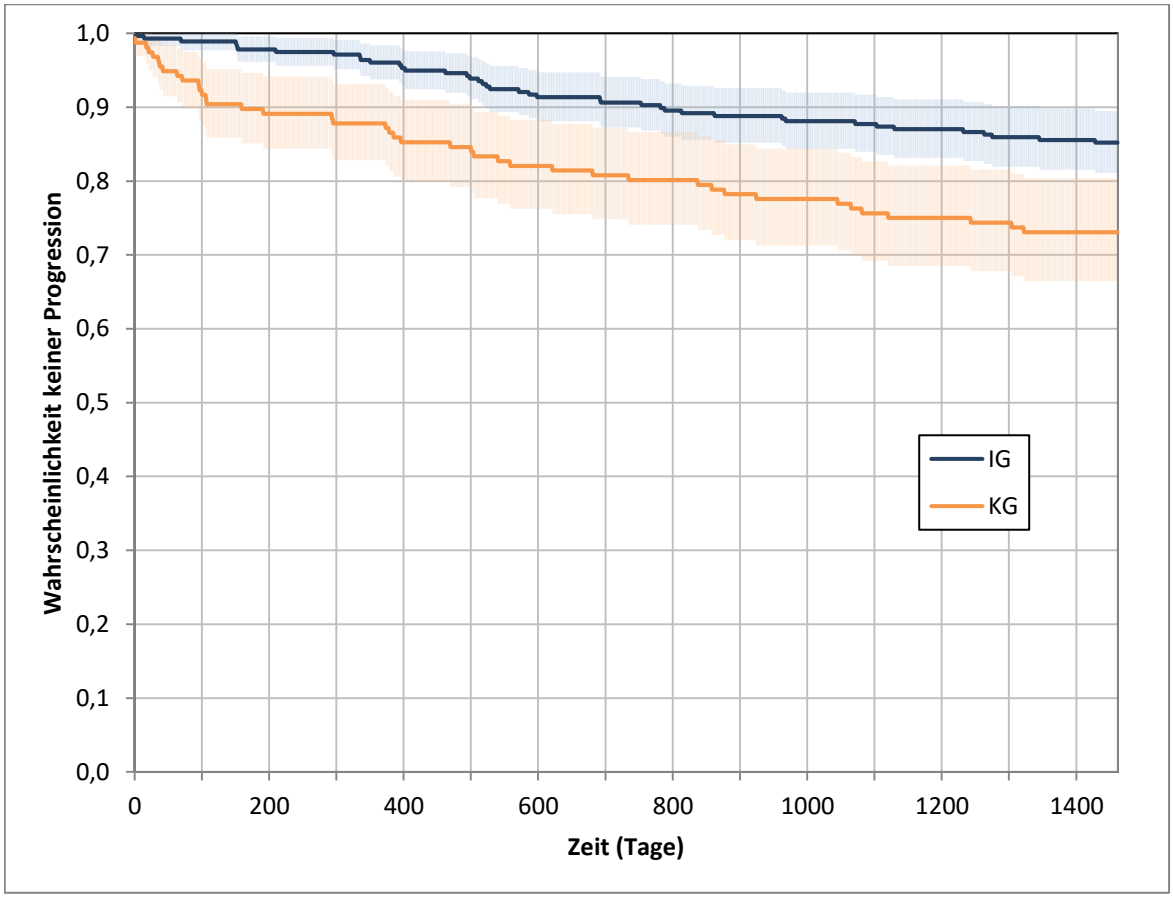


Klinikbekannte Patienten

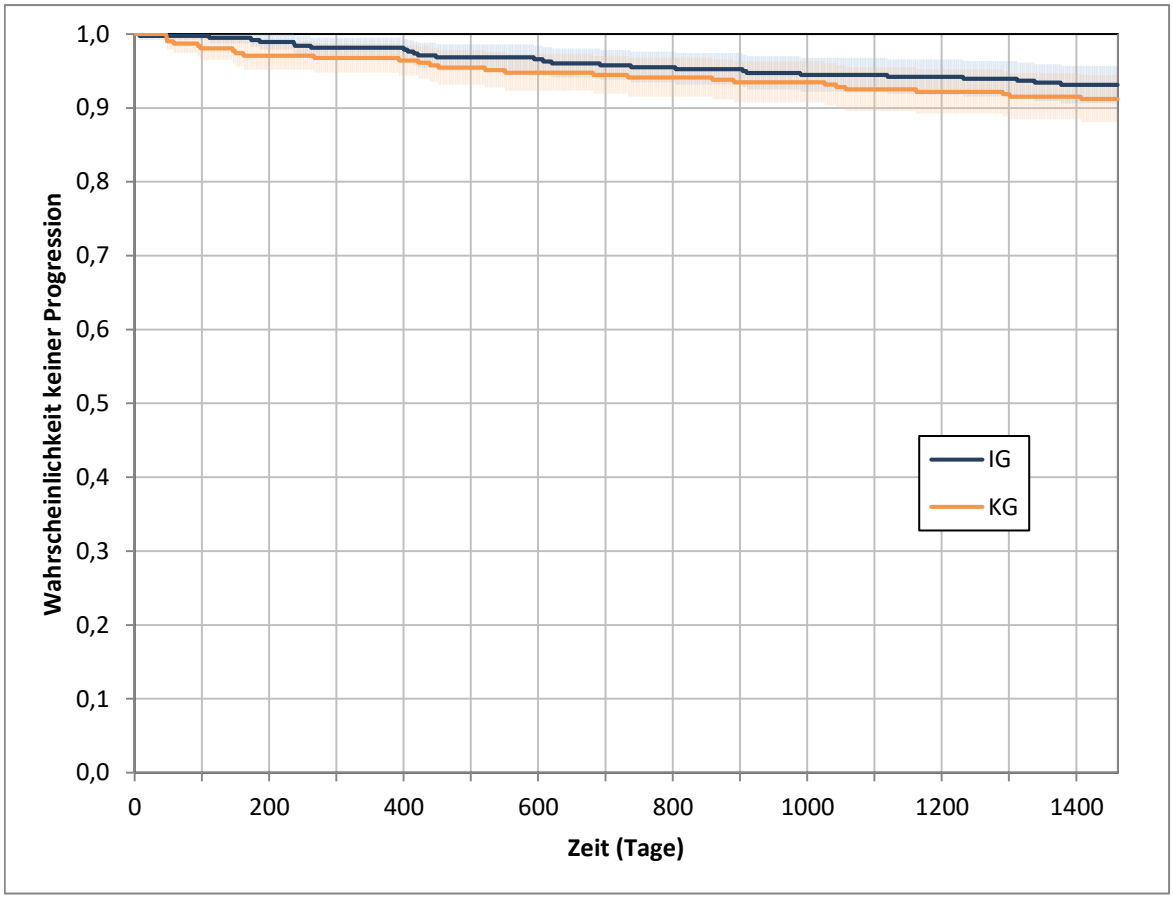
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

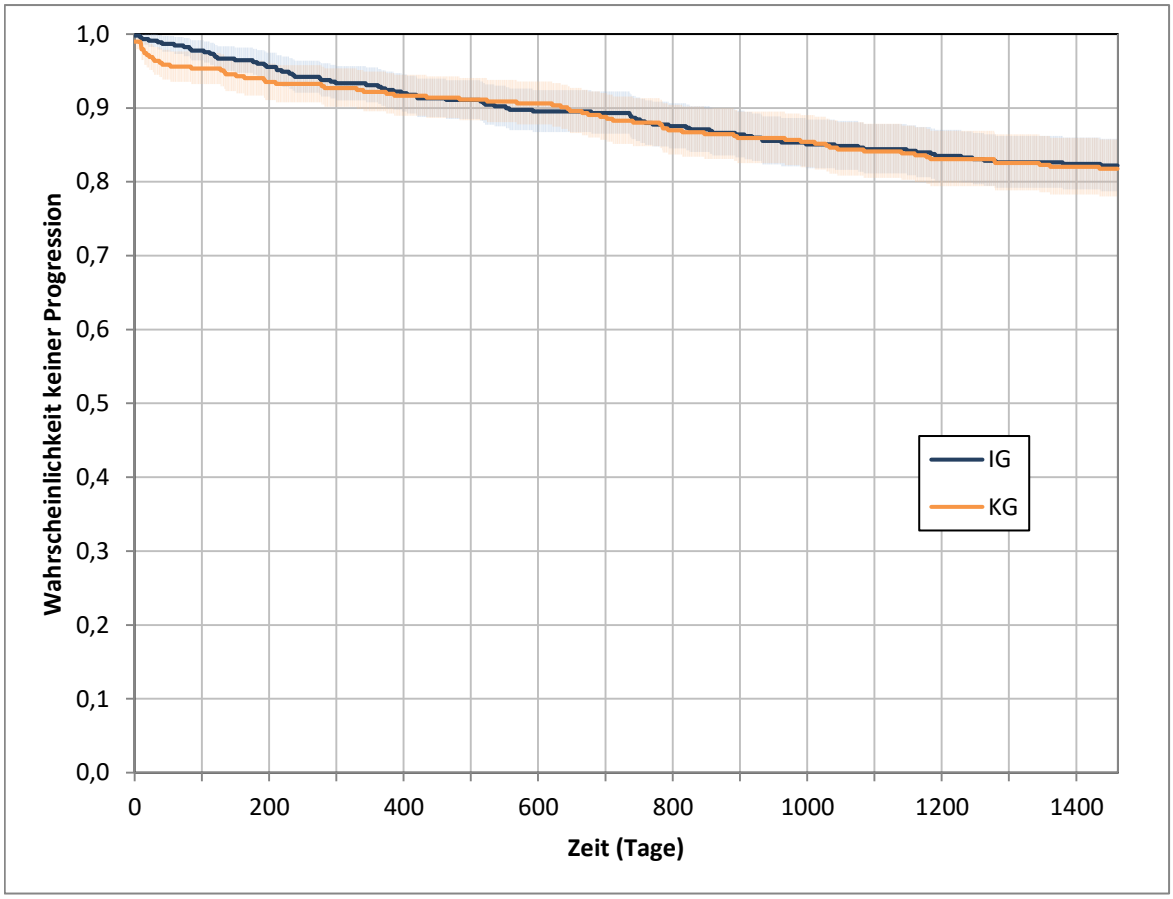


Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,68* 0,50…0,94	1,00 0,62…1,62	1,02 0,80…1,31

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,46** 0,30…0,73	0,82 0,47…1,44	0,99 0,71…1,38

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	**3.485**	**3.461**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	1.578	1.309
• Jegliche depr. Episode[3]	2.234	2.282
• ohne Suchterkrankung [5]	2.683	2.551
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	12,4 %	29,5 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	3,1 %	3,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	14,3 %	14,3 %

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

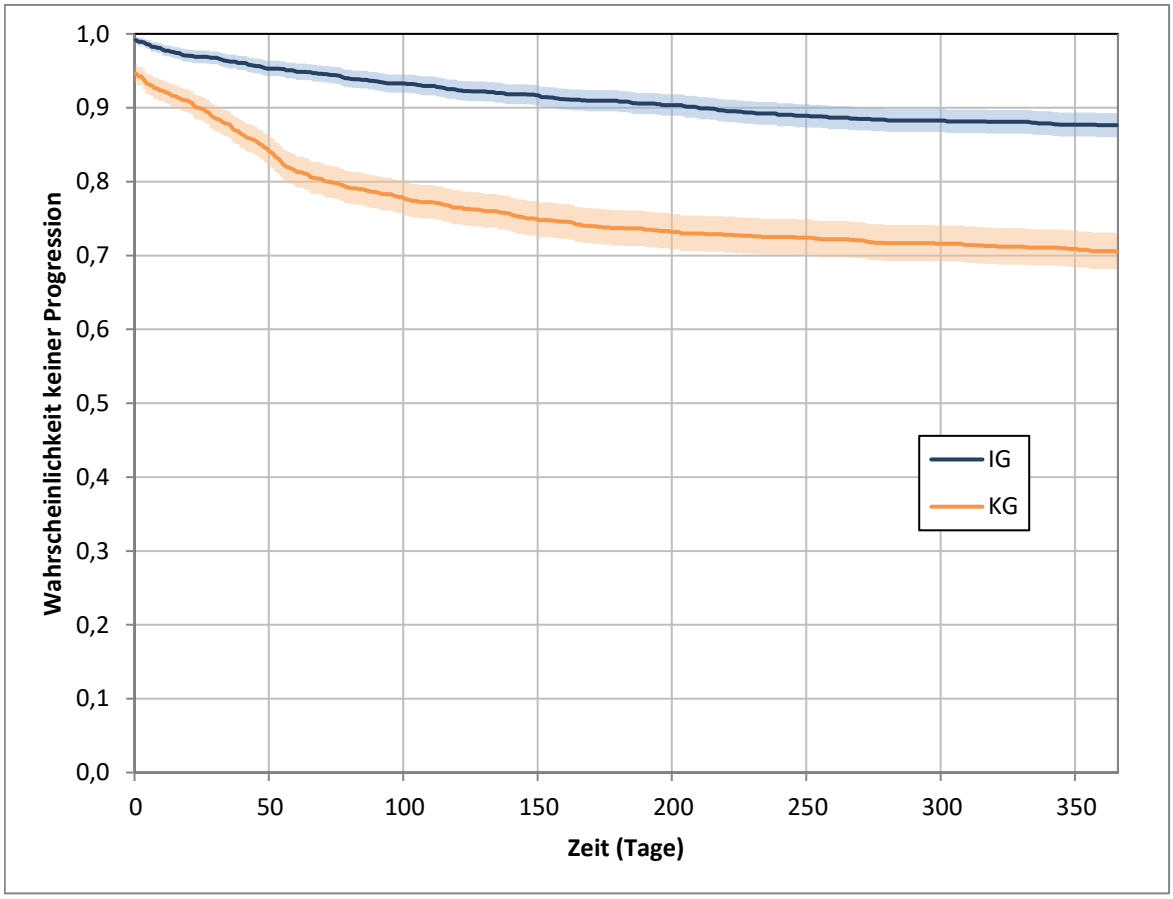
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

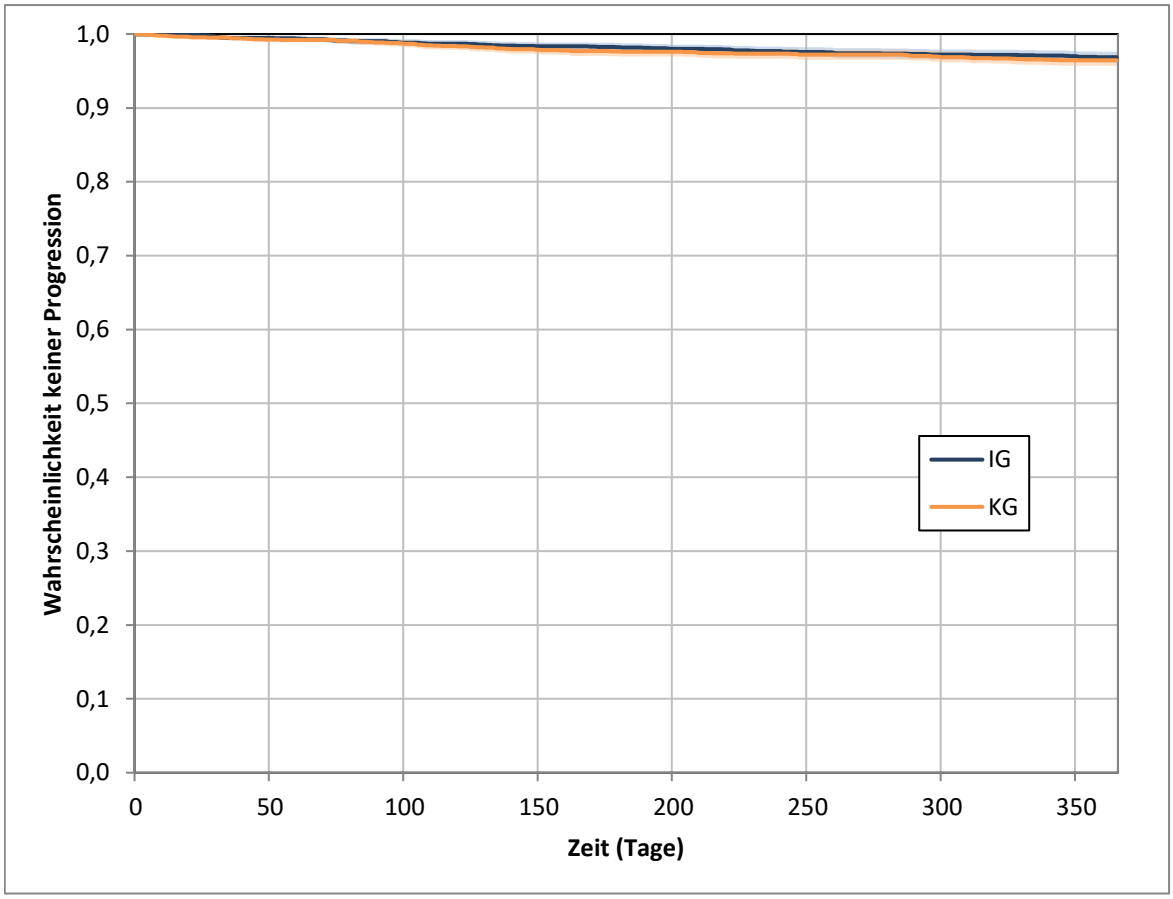
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

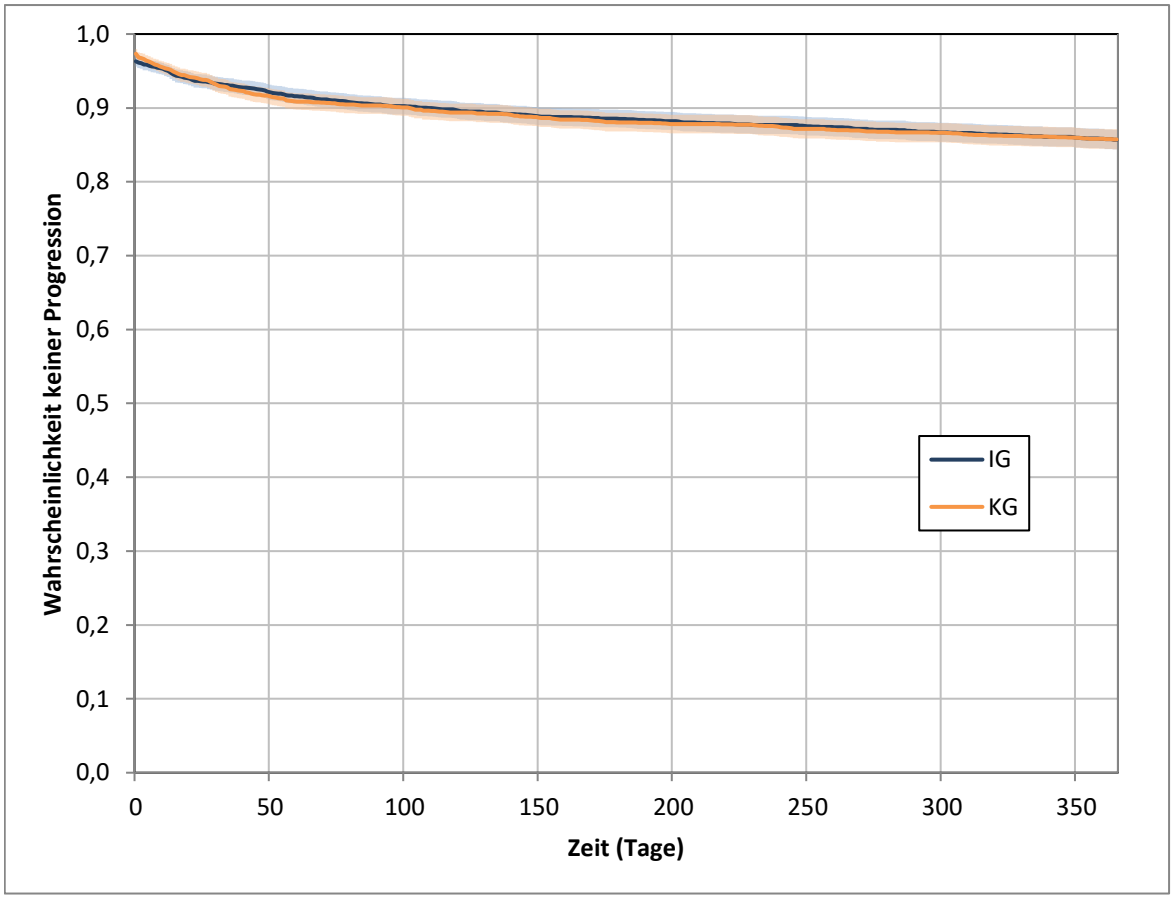
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**2.453**	**2.397**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	1.181	926
• Jegliche depr. Episode[3]	1.616	1.580
• ohne Suchterkrankung [5]	1.904	1.773
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	15,5 %	32,4 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	5,0 %	5,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	16,8 %	19,5 %

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

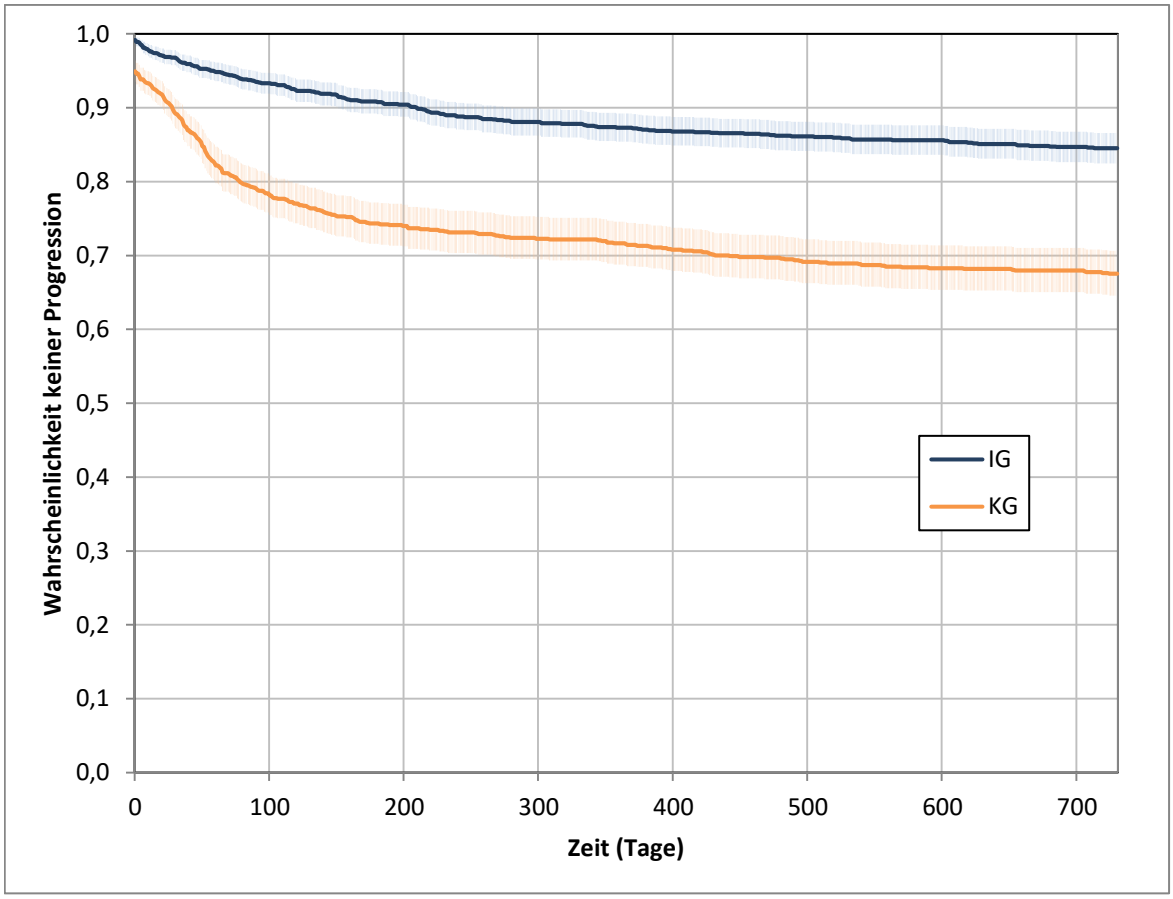
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

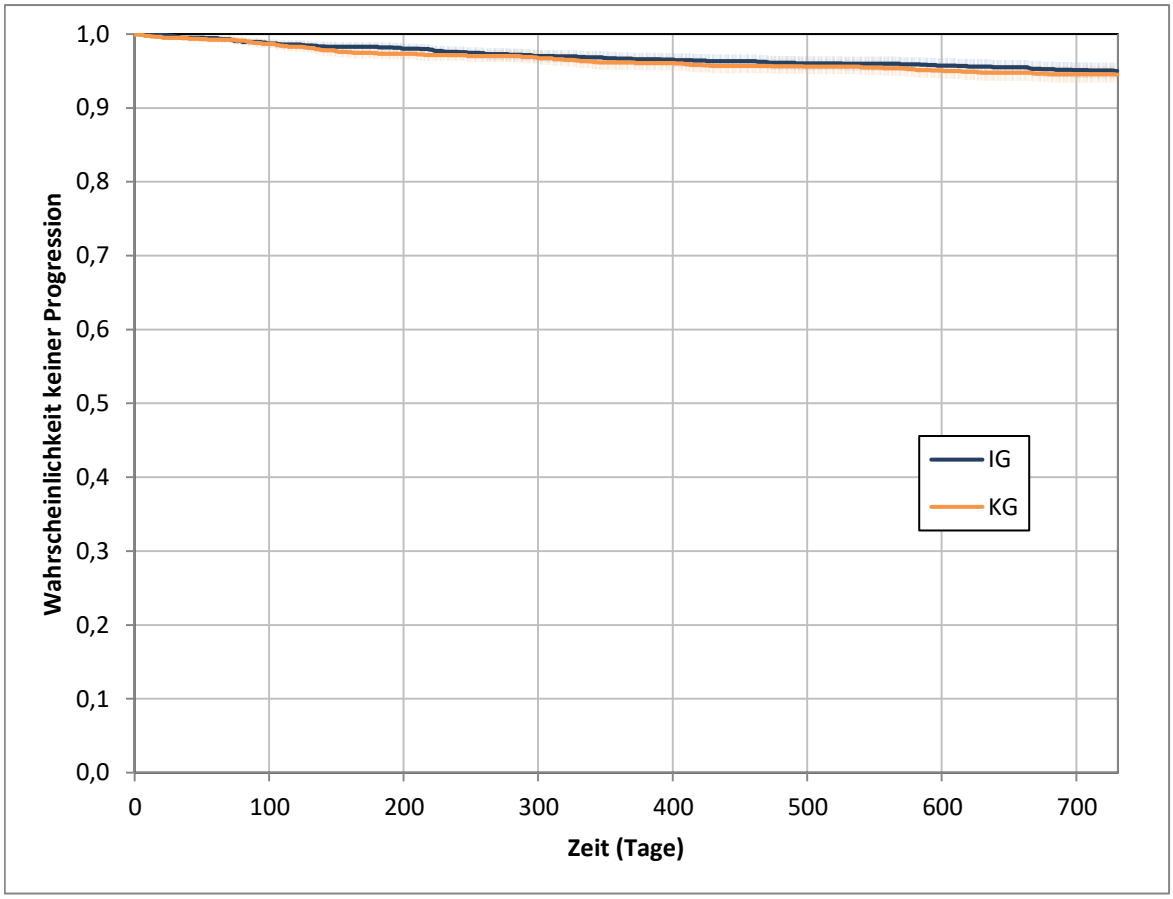
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

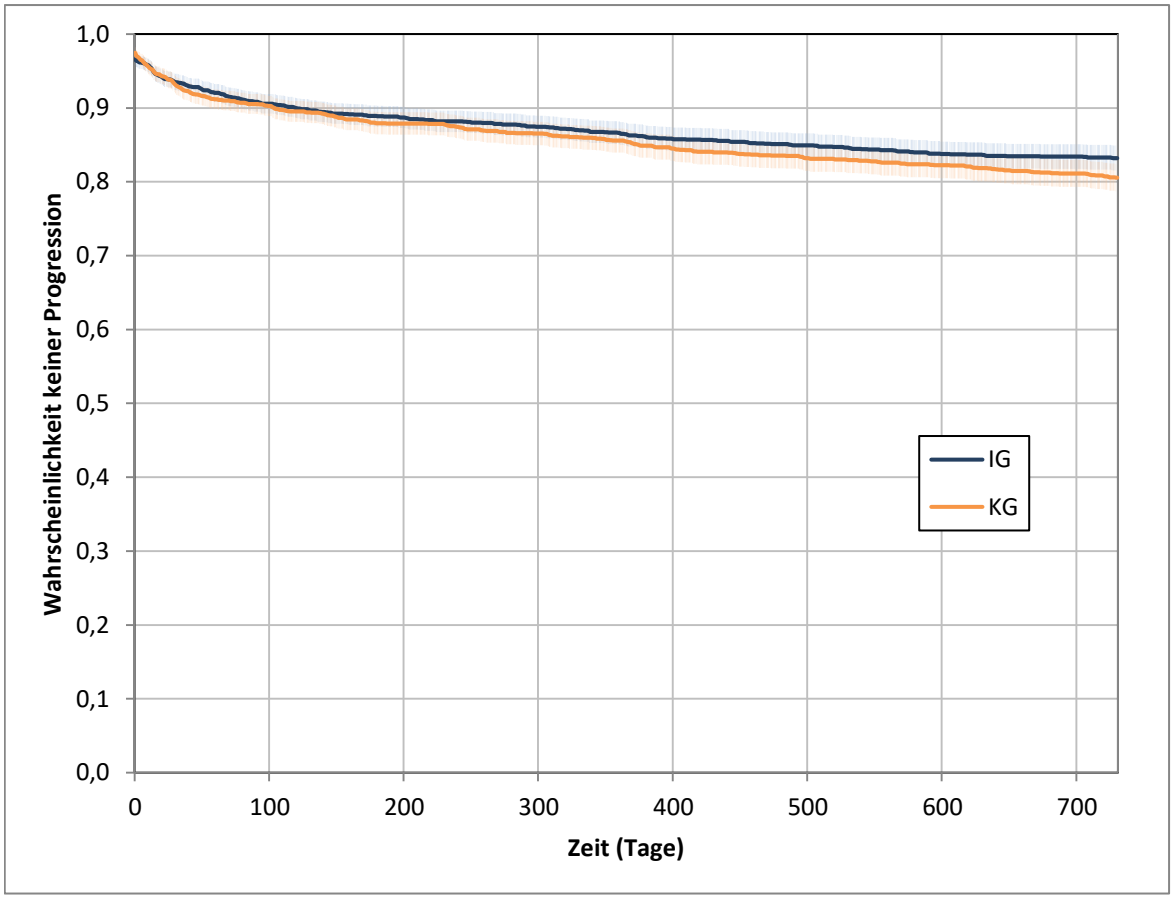


Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	**Progression B (Depression zu rezidivierend)**	**Progression C (keine Sucht zu Sucht)**
Gruppe	0,47*** 0,39…0,57	0,89 0,64…1,23	1,30** 1,10…1,53

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	**1.537**	**1.473**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	746	579
• Jegliche depr. Episode[3]	1.027	962
• ohne Suchterkrankung [5]	1.185	1.077
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	18,0 %	30,9 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	6,6 %	7,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	20,0 %	23,9 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**	**KG**
	3 Jahre	**3 Jahre**
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**740**	**724**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	314	185
• Jegliche depr. Episode[3]	435	365
• ohne Suchterkrankung [5]	525	439
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	12,7 %	22,7 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	5,5 %	7,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	16,0 %	15,7 %

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

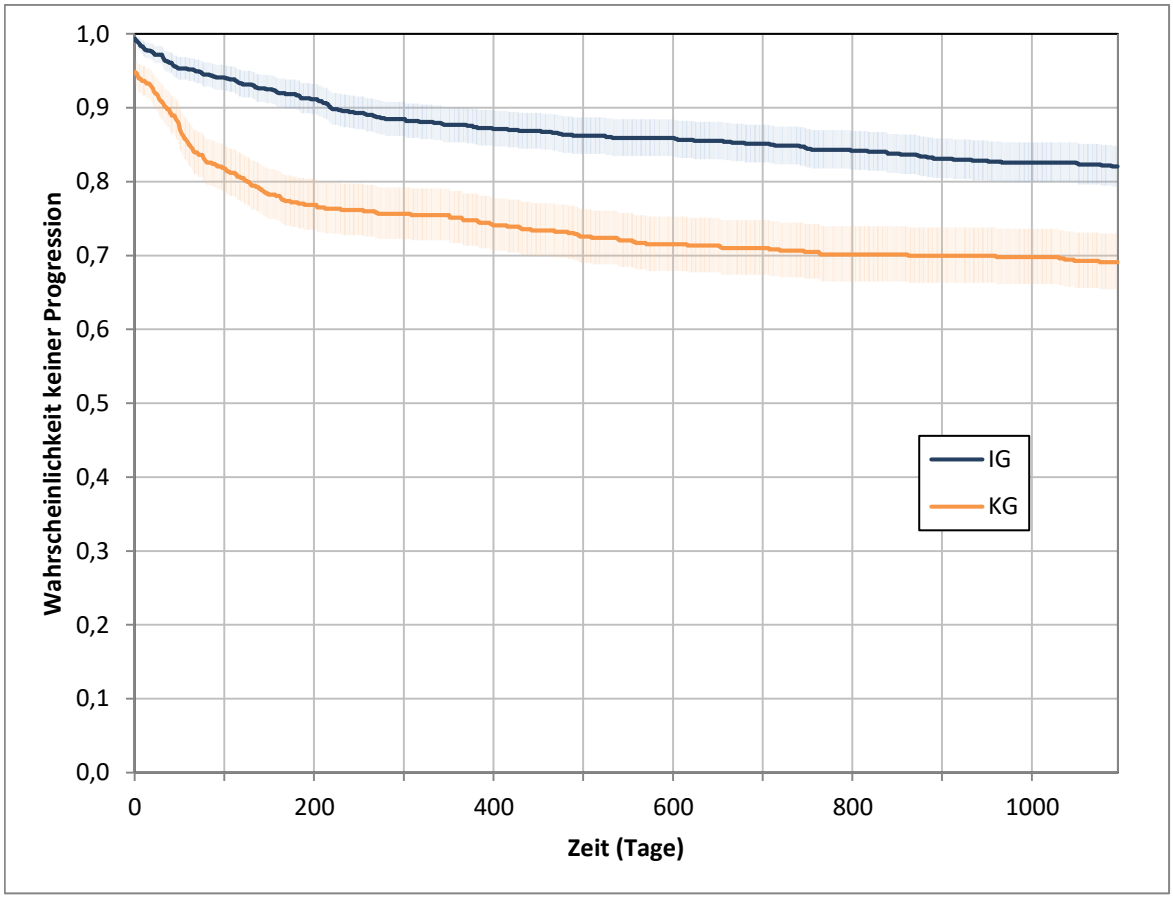
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

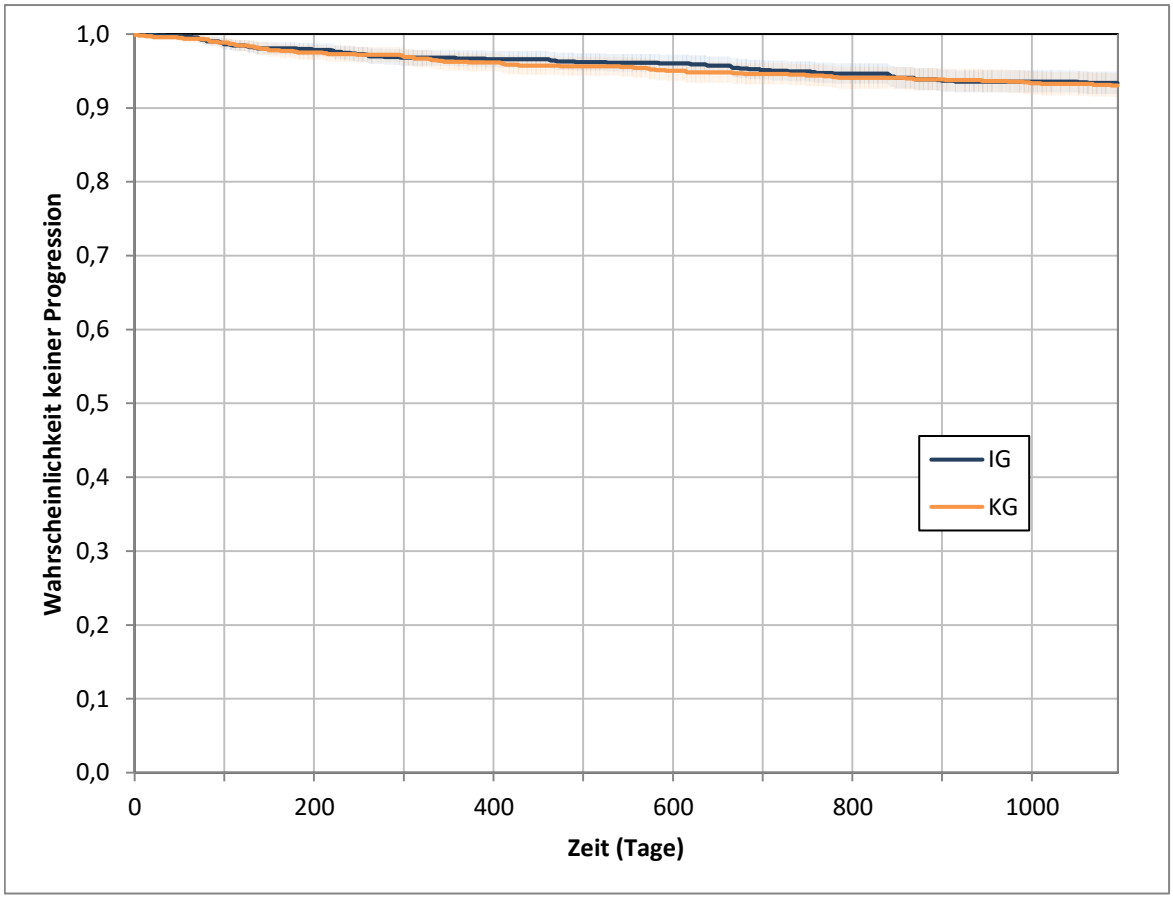
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

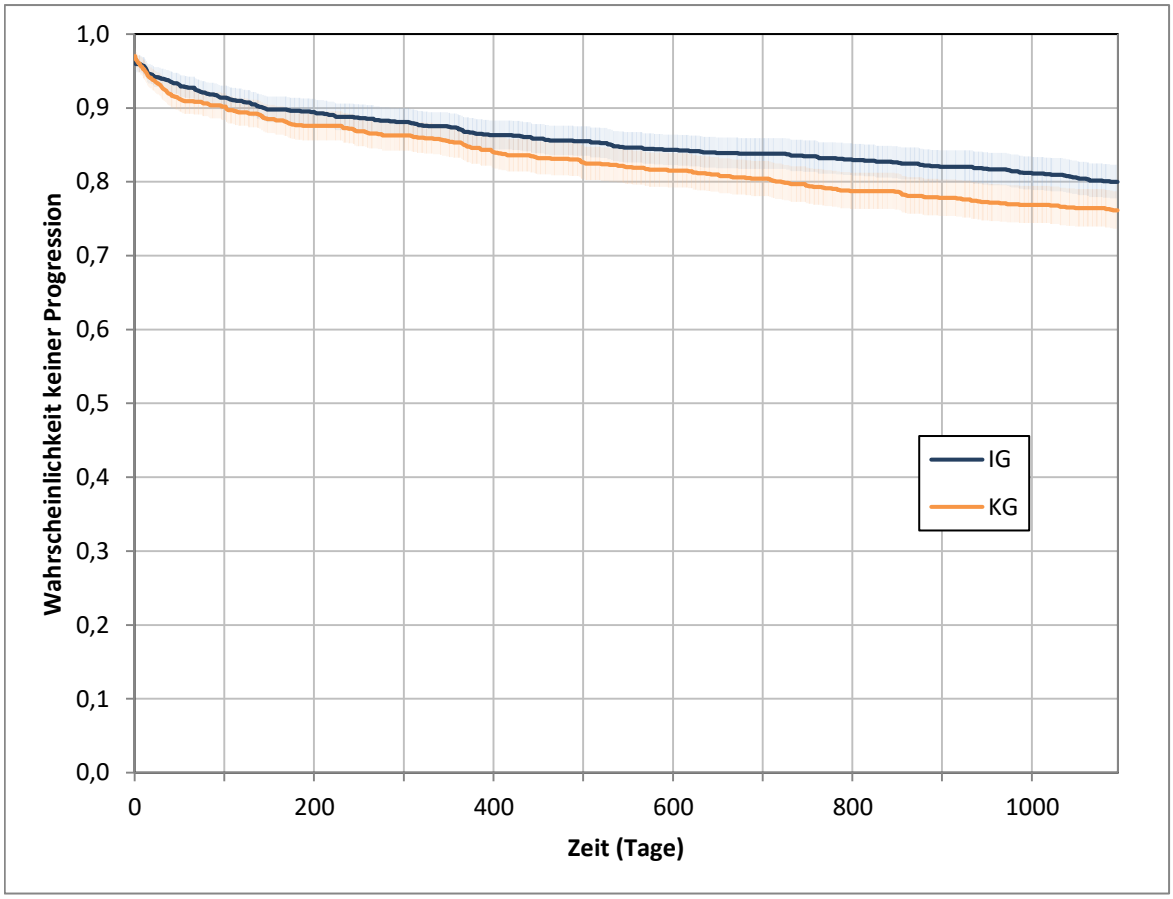
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

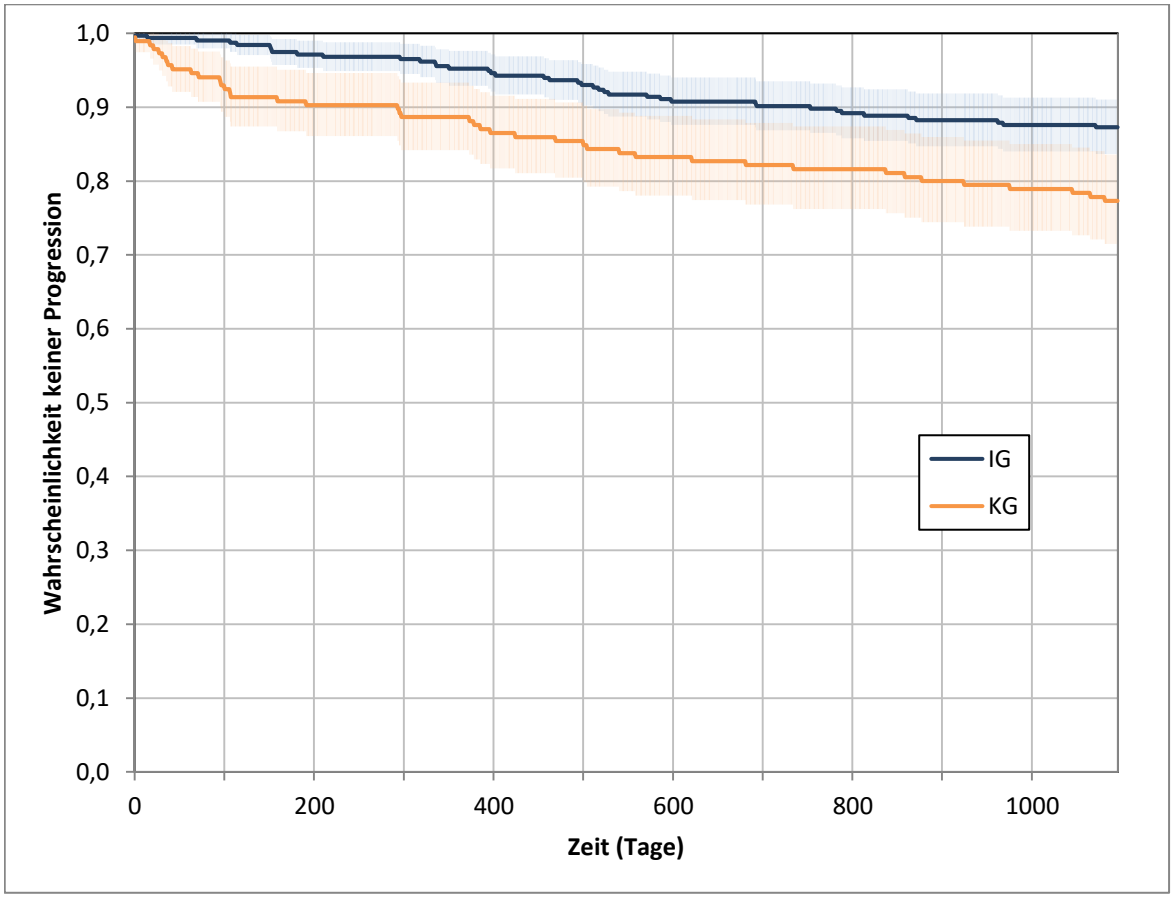


Klinikbekannte Patienten

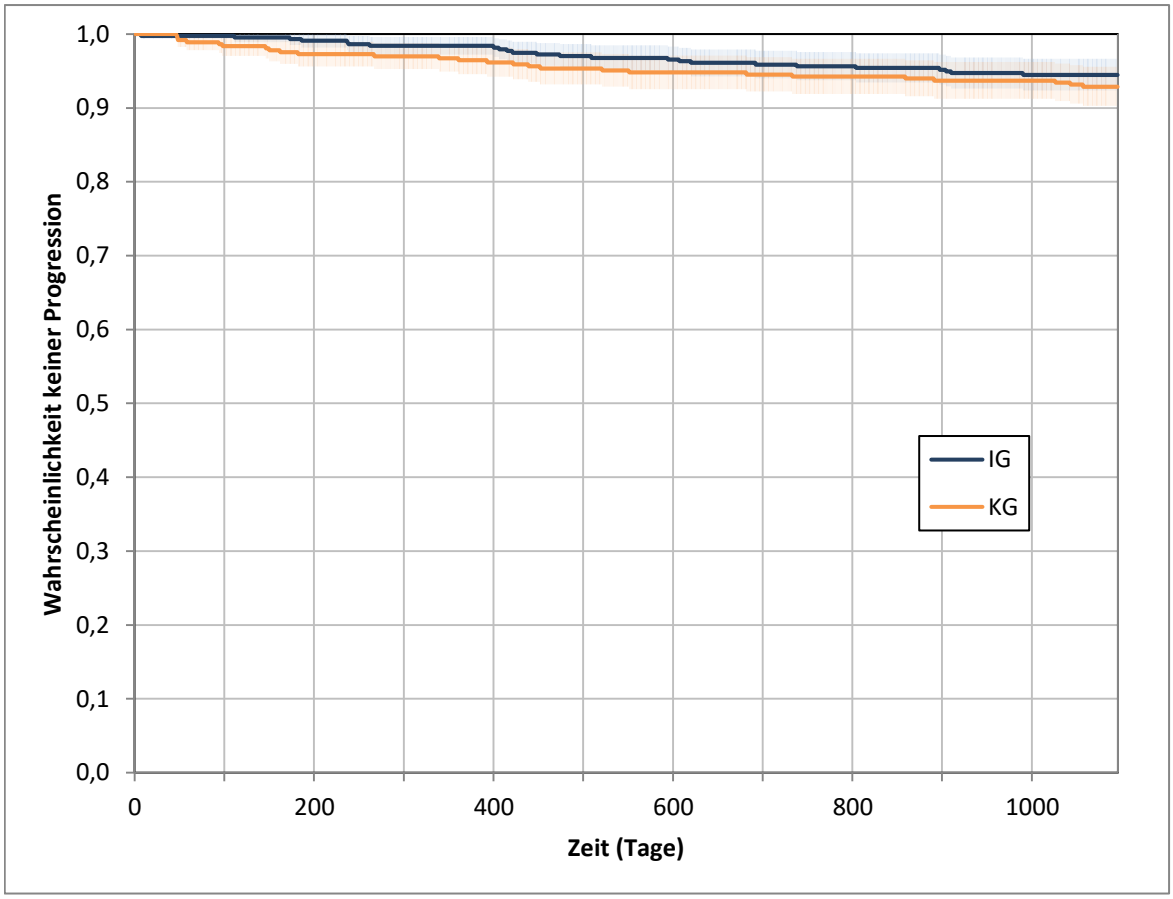
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

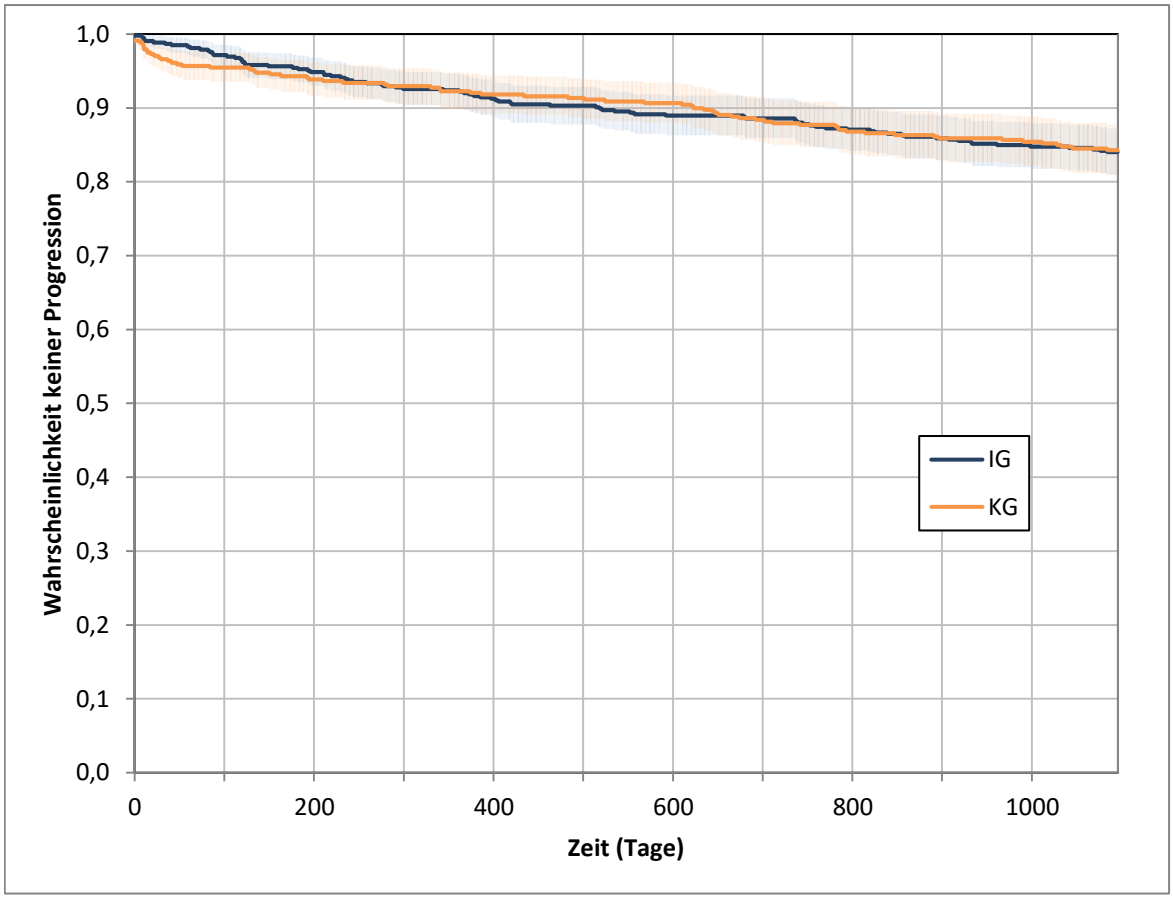
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** etwas höhere Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate in der IG im Vergleich zur KG (IG: 7,7 %; KG: 1,7 %) sowie etwas höhere Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 3,0 %; KG: 0,0 %). Die Fallzahlen waren jedoch zu gering, um inferenzstatistische Tests rechnen zu können.

Für die **Demenz** waren die Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose in der IG etwas größer als in der KG (IG: 9,8 %; KG: 4,2 %). Die Fallzahlen waren jedoch auch hier zu gering, um inferenzstatistische Tests rechnen zu können. Bei den Anteilen der Personen mit Demenz und ohne Antipsychotikaverordnung war der Anteil in der IG etwas größer als in der KG (IG: 50,6 %; KG: 47,1 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der anderen Untersuchung zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG geringer als in der KG (IG: 46,0 %; KG: 51,0 %), während der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen in der IG etwas größer als in der KG ausfiel (IG: 12,2%; KG: 10,7%). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG etwas höher als in der KG (IG: 86,9 %; KG: 83,9 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Der Anteil der Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 91,8 %; KG: 91,3 %). Bei der anderen Untersuchung zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit[3]	**91**	**117**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	7,7 %	1,7 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**133**	**159**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	3,0 %	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]	**143**	**143**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	9,8 %	4,2 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**38**	**39**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	60,5 %	46,2 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**79**	**70**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	50,6 %	47,1 %

[1] ICD-10: F00, F01, F02, F03 (ambulant oder stationär), inzident
[2] MRT – Untersuchung des Neurocranium (mit/ohne Kontrastmittel): OPS: 3-800, 3-820; EBM (gesamt): 34410
[3] ICD-10: F00
[4] ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)
[5] ATC-Code: N06DX01
[6] ICD-10: F00, F01, F02, F03
[7] ATC-Codes: N05A

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	**IG**	**KG**
Therapie / Antidepressiva (G)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**1666**	**1537**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	46,0 %	51,0 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**1587**	**1642**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	12,2 %	10,7 %

[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]	**160**	**168**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	86,9 %	83,9 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**73**	**92**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	91,8 %	91,3 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**28**	**41**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	25,0 %	34,1 %

[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

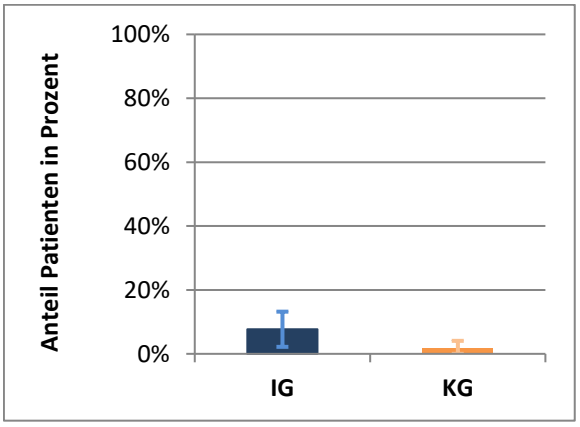
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

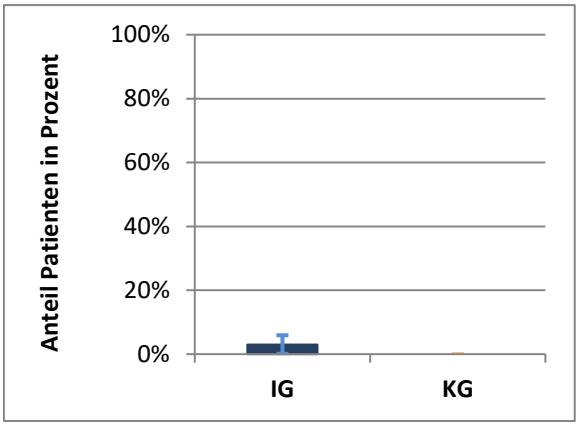
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

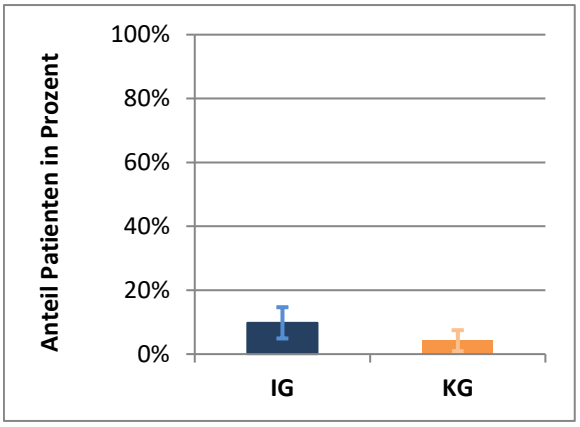
Alkoholabhängigkeit B



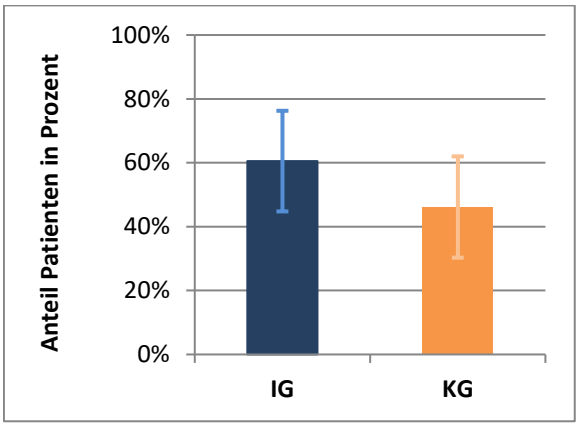
Alkoholabhängigkeit C



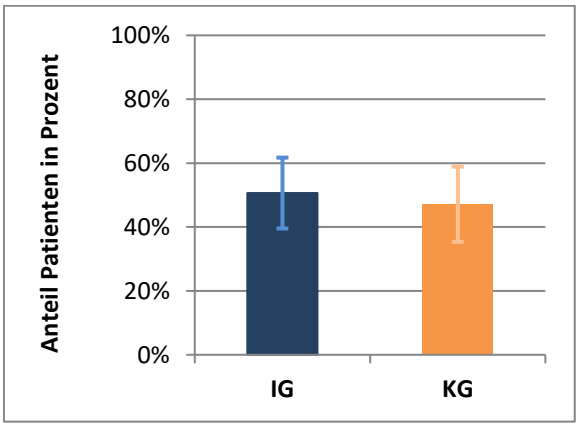
Demenz D



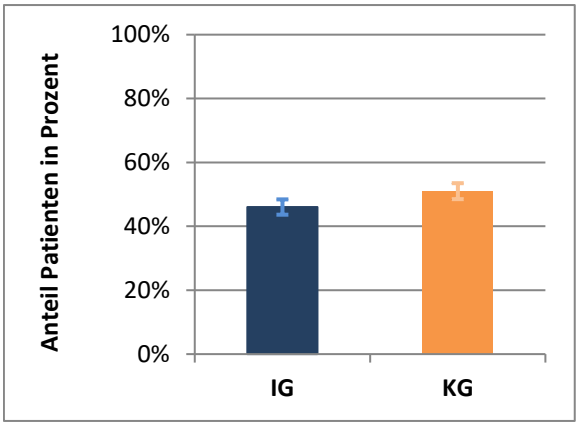
Demenz E



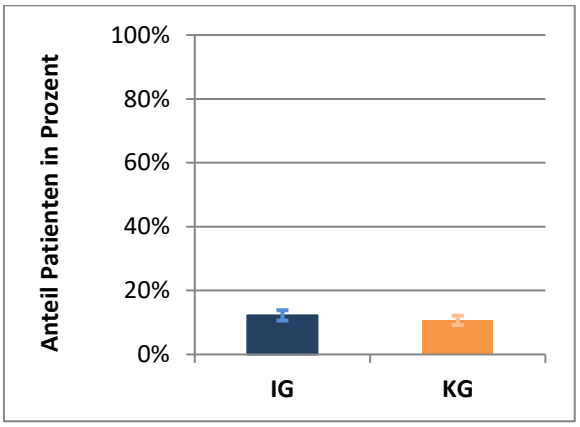
Demenz F



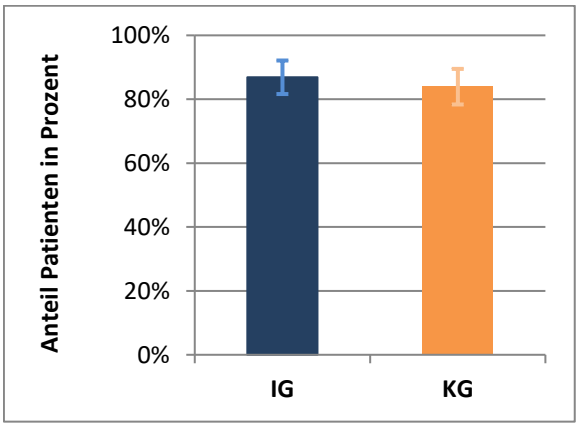
Depression G



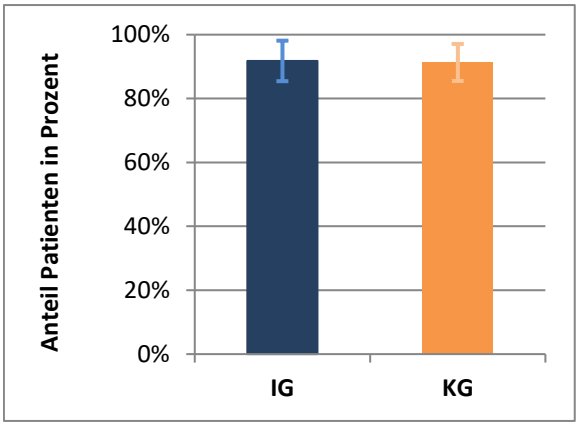
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

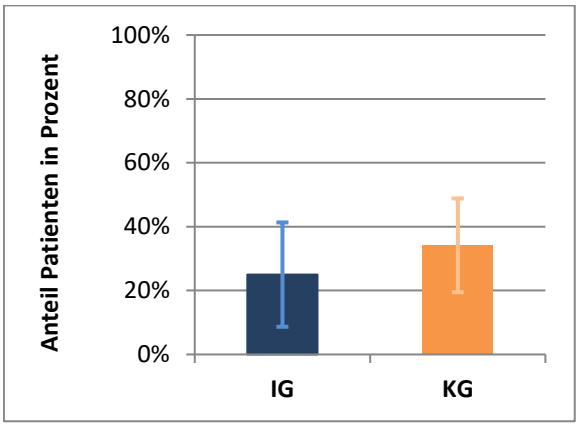


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,86 0,42…1,77	0,95 0,81…1,11	1,15 0,91…1,46	1,56 0,81…2,99	1,12 0,35…3,55	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 zeigt sich sowohl im Präzeitraum als auch im Referenzfall ein statistisch signifikanter Unterschied (p<0,001) zwischen der Verweilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36). Diese sind auf das Behandlungssetting der vollstationären Versorgung, des Tagesklinik- sowie PIA-Bereich zurückzuführen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr ist weiterhin ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der IG und KG erkennbar, wobei nur noch die Behandlungssettings des PIA-Bereiches (p<0,001) und der vollstationären Versorgung (p = 0,033) Signifikanzen aufweisen. In den darauffolgenden Beobachtungsjahren sind keine statistischen Signifikanzen feststellbar.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigten sich sowohl im Präzeitraum als auch im Referenzfall ein statistisch signifikanter Unterschied (jeweils p<0,001) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37). Diese sind im Präzeitraum auf die Behandlungssettings im PIA-Bereich und im Referenzfall auf den PIA sowie vollstationären Bereich zurückzuführen. In den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede mehr zwischen der IG und KG.

U2: Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigten sich sowohl im Präzeitraum als auch im Referenzfall statistisch signifikante Unterschiede (p= 0,024 bzw. p<0,001) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38). Diese sind im Präzeitraum auf den PIA-Bereich (p=0,019) und im Referenzfall auf die Behandlungsfälle im vollstationären Bereich sowie der Tageskliniken und PIA zurückzuführen (jeweils p<0,001). Im 1. Nachbeobachtungsjahr verhält es sich ähnlich dem Referenzfall mit statistisch signifikanten Unterschieden zwischen der IG und KG (p<0,001) sowohl im Gesamtergebnis als auch in eben den Behandlungsfällen (jeweils p<0,001).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigt sich im Präzeitraum kein statistisch signifikanter Unterschied (p=0,104) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Im Referenzfall ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der IG und KG erkennbar (p<0,001), welcher auf die Behandlungssettings des vollstationären Bereichs sowie der Tageskliniken und PIA zurückzuführen ist (jeweils p<0,001). In den beiden darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren bleibt diese statistische Signifikanz erhalten (jeweils p<0,001), wobei im 2. Jahr nur noch die Bereiche der vollstationären Versorgung und PIA signifikant sind.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigen sich sowohl im Präzeitraum als auch im Referenzjahr statistisch signifikante Unterschiede (p=0,041 bzw. p<0,001) in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 40). Diese sind im Präzeitraum auf den PIA-Bereich und im Referenzfall auf den vollstationären Bereich sowie Tageskliniken und PIA Bereich zurückzuführen. In den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren bleibt der statistisch signifikante Unterschied erhalten (p <0,001 bzw. 0,002), wobei ab dem 2. Nachbeobachtungsjahr das Behandlungssetting der Tageskliniken keine Signifikanz mehr aufweist.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigen sich sowohl im Präzeitraum als auch im Referenzfall statistisch signifikante Unterschiede (jeweils p<0,001) in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 68 und Abbildung 41). Diese sind in beiden auf die Bereiche der vollstationären Versorgung sowie den PIA-Bereich zurückzuführen. In den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren ist nur im 3. Jahr ein statistisch signifikanter Unterschied (p=0,009) erkennbar, welcher auf den Bereich der vollstationären Versorgung zurückzuführen ist.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

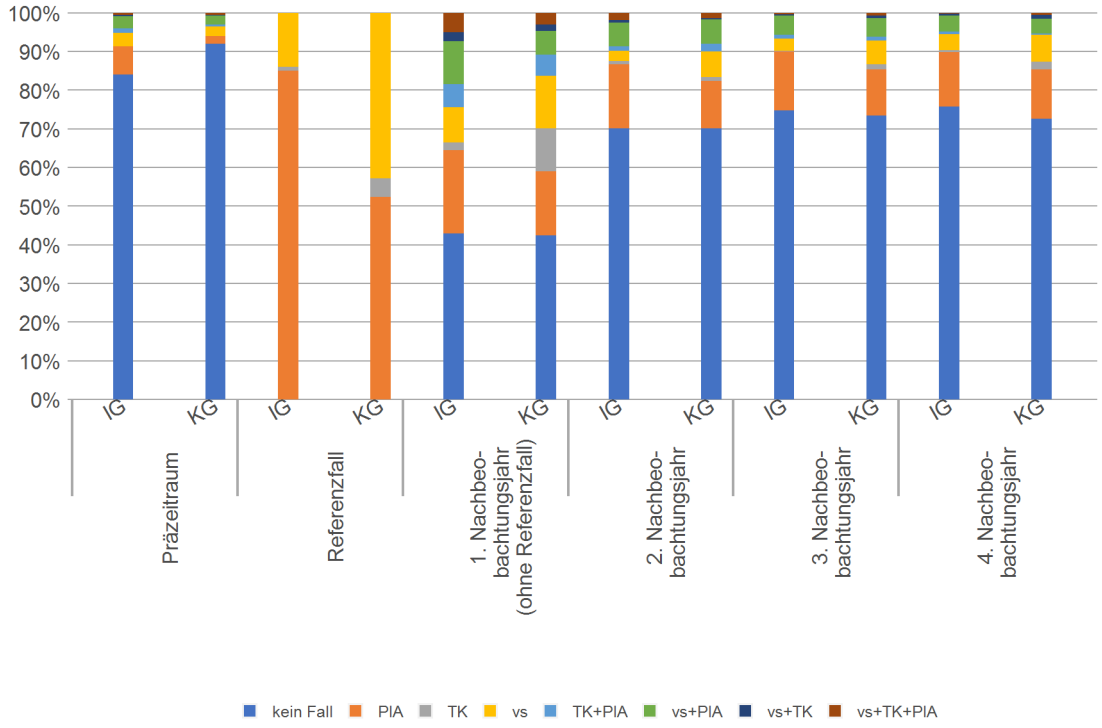
Klinikneue Patienten

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

	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	<10	<10	0,999				41	23	0,185	15	11	0,999	<10	<10	0,999	<10	<10	0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	0,999				18	13	0,999	<10	<10	0,999	<10	<10	0,999	<10	<10	0,999
vs+PIA	26	18	0,999				90	48	0,005	49	48	0,999	39	36	0,999	32	28	0,999
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	0,999				47	41	0,999	<10	15	0,999	<10	<10	0,999	<10	<10	0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	28	19	0,999	112	330	<0,001	73	105	0,033	21	50	0,003	25	46	0,080	32	51	0,187
TK		<10	0,999	<10	36	<0,001	17	86	<0,001	<10	<10	0,999	<10	10	0,248	<10	14	0,189
PIA	58	15	<0,001	682	403	<0,001	173	127	0,067	131	93	0,147	118	89	0,471	109	94	0,999
HT																		
kein Fall	675	707	<0,001				344	326	0,999	555	530	0,999	585	550	0,999	589	531	0,988
Gesamtergebnis	**803**	**769**	**<0,001**	**803**	**769**	**<0,001**	**803**	**769**	**<0,001**	**791**	**756**	**0,024**	**782**	**749**	**0,111**	**777**	**732**	**0,257**

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.

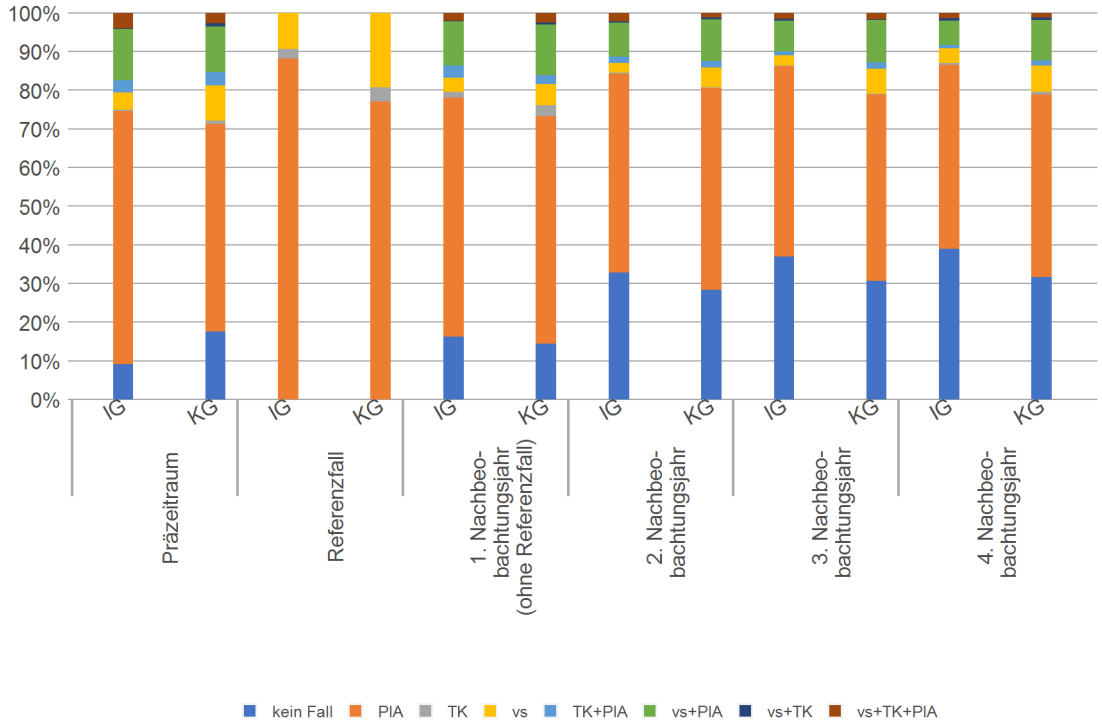
Klinikbekannte Patienten

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	28	18	>0,999				14	17	>0,999	15	<10	>0,999	10	11	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	90	78	>0,999				78	86	>0,999	59	69	>0,999	52	69	0,460	41	65	0,084
vs+HT																		
TK+PIA	21	22	>0,999				21	15	>0,999	11	11	>0,999	<10	11	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	30	60	0,005	64	127	<0,001	25	36	>0,999	17	33	0,184	17	41	0,010	25	43	0,129
TK	<10	<10	>0,999	16	24	0,219	10	19	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	443	352	<0,001	598	505	<0,001	419	386	>0,999	343	334	>0,999	325	304	>0,999	310	295	>0,999
HT																		
kein Fall	62	115	<0,001				110	94	>0,999	220	182	0,710	243	194	0,156	254	198	0,070
Gesamtergebnis	**678**	**656**	**<0,001**	**678**	**656**	**<0,001**	**678**	**656**	**>0,999**	**669**	**641**	**0,780**	**659**	**632**	**0,034**	**652**	**625**	**0,085**

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

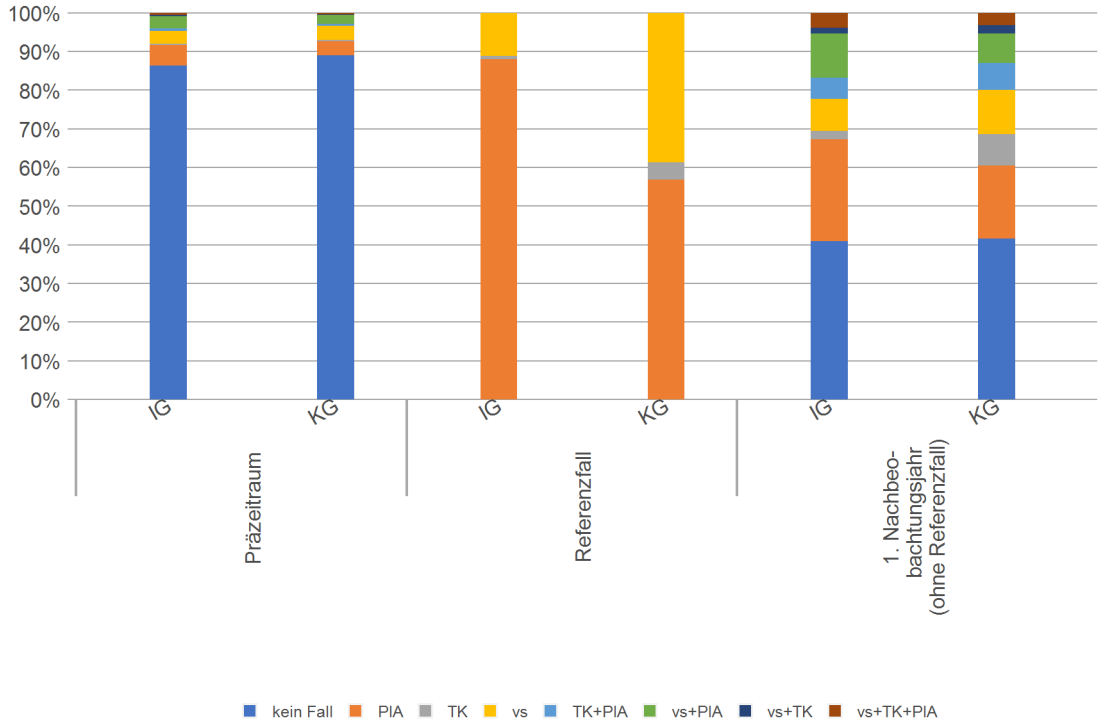
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr 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)			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	23	14	0,936				140	116	0,286	23	14	0,936				140	116	0,286
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999				49	72	0,131	<10	<10	>0,999				49	72	0,131
vs+PIA	112	80	0,140				406	273	<0,001	112	80	0,140				406	273	<0,001
vs+HT																		
TK+PIA	24	17	>0,999				195	244	0,072	24	17	>0,999				195	244	0,072
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	120	132	>0,999	399	1.372	<0,001	290	407	<0,001	120	132	>0,999	399	1.372	<0,001	290	407	<0,001
TK	12	<10	>0,999	28	155	<0,001	80	288	<0,001	12	<10	>0,999	28	155	<0,001	80	288	<0,001
PIA	187	133	0,019	3.114	2.014	<0,001	929	668	<0,001	187	133	0,019	3.114	2.014	<0,001	929	668	<0,001
HT																		
kein Fall	3.055	3.149	0,007				1.452	1.473	0,629	3.055	3.149	0,007				1.452	1.473	0,629
Gesamtergebnis	3.541	3.541	0,024	3.541	3.541	<0,001	3.541	3.541	<0,001	3.541	3.541	0,024	3.541	3.541	<0,001	3.541	3.541	<0,001

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

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



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

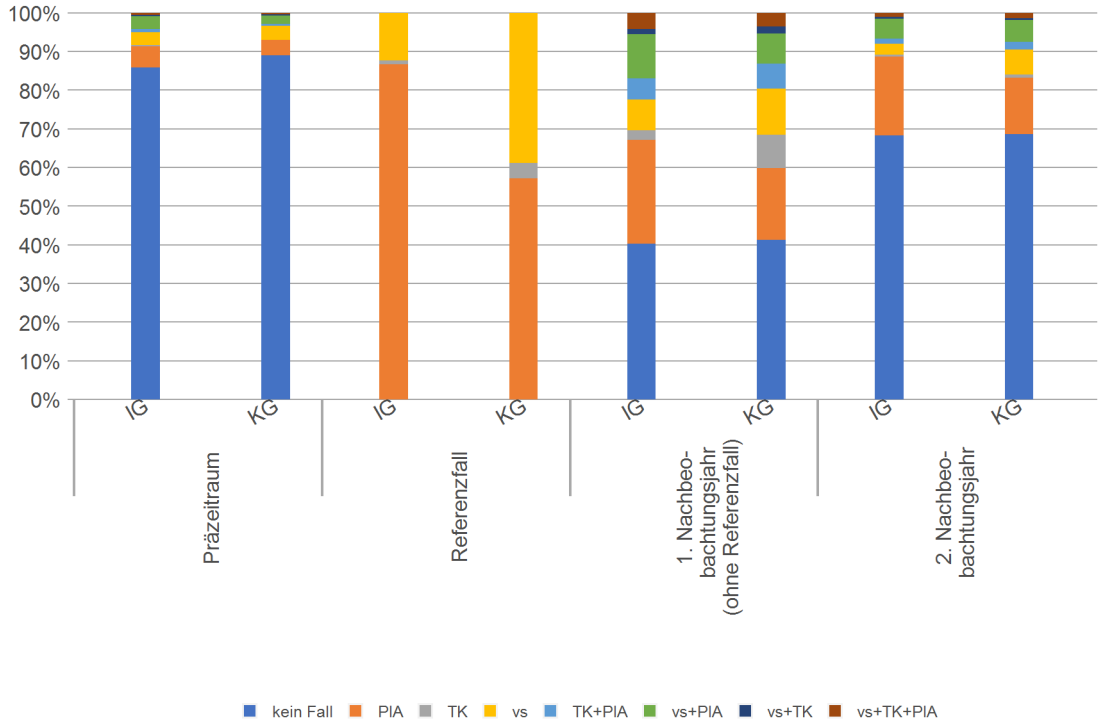
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	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	16	11	>0,999				105	87	0,620	25	33	>0,999	16	11	>0,999			
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999				34	47	0,620	16	13	>0,999	<10	<10	>0,999			
vs+PIA	83	57	0,248				290	194	<0,001	124	137	>0,999	83	57	0,248			
vs+HT																		
TK+PIA	20	11	0,817				139	160	0,620	36	47	>0,999	20	11	0,817			
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	85	88	>0,999	312	965	<0,001	200	297	<0,001	70	156	<0,001	85	88	>0,999	312	965	<0,001
TK	<10	<10	>0,999	24	100	<0,001	62	214	<0,001	11	22	0,414	<10	<10	>0,999	24	100	<0,001
PIA	139	96	0,060	2.192	1.420	<0,001	682	460	<0,001	505	352	<0,001	139	96	0,060	2.192	1.420	<0,001
HT																		
kein Fall	2.170	2.212	0,007				1.016	1.026	0,620	1.698	1.664	>0,999	2.170	2.212	0,007			
Gesamtergebnis	2.528	2.485	0,104	2.528	2.485	<0,001	2.528	2.485	<0,001	2.485	2.424	<0,001	2.528	2.485	0,104	2.528	2.485	<0,001

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

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



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

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

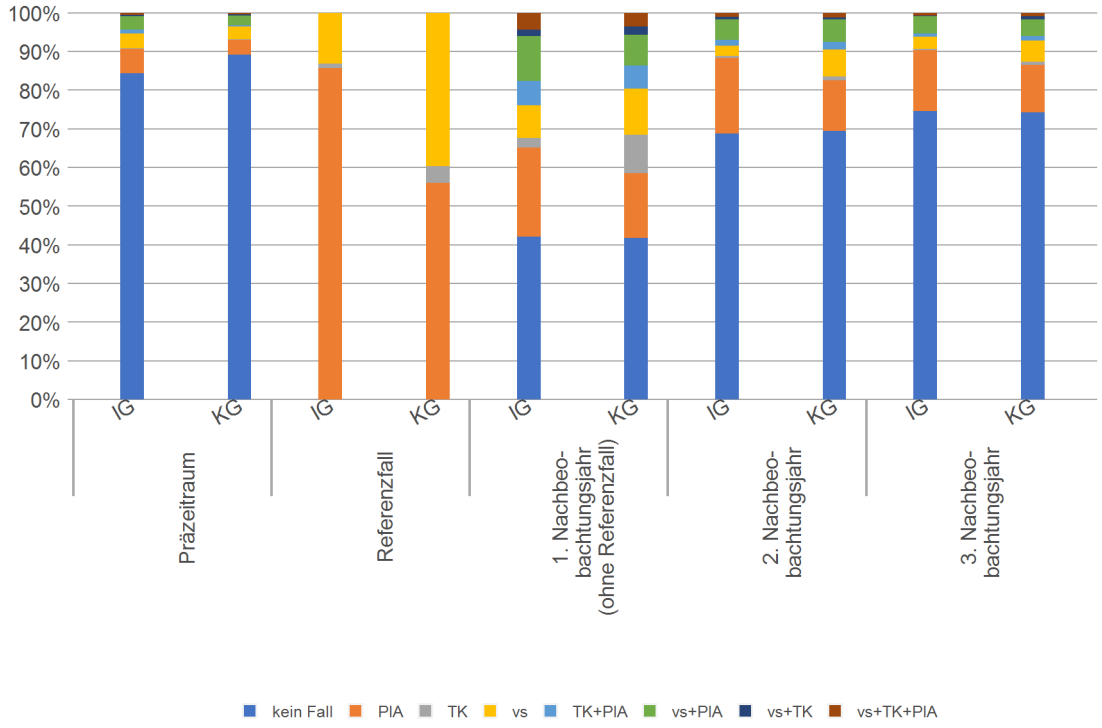
Klinikneue Patienten

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

	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	10	<10	>0,999				71	54	0,794	17	19	>0,999	11	14	>0,999	10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999				24	33	0,794	11	<10	>0,999	<10	11	0,264	<10	<10	>0,999
vs+PIA	56	37	0,486				186	123	0,004	83	89	>0,999	69	65	>0,999	56	37	0,486
vs+HT																		
TK+PIA	14	<10	0,666				101	93	>0,999	22	29	>0,999	13	17	>0,999	14	<10	0,666
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	61	52	>0,999	209	613	<0,001	133	185	0,005	41	105	<0,001	50	82	0,025	61	52	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	19	66	<0,001	39	153	<0,001	<10	15	>0,999	<10	14	0,168	<10	<10	>0,999
PIA	101	58	0,010	1.363	864	<0,001	368	258	<0,001	305	197	<0,001	244	182	0,033	101	58	0,010
HT																		
kein Fall	1.341	1.376	<0,001				669	644	>0,999	1.077	1.049	>0,999	1.154	1.113	>0,999	1.341	1.376	<0,001
Gesamtergebnis	1.591	1.543	0,041	1.591	1.543	<0,001	1.591	1.543	<0,001	1.565	1.510	<0,001	1.548	1.498	0,002	1.591	1.543	0,041

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.

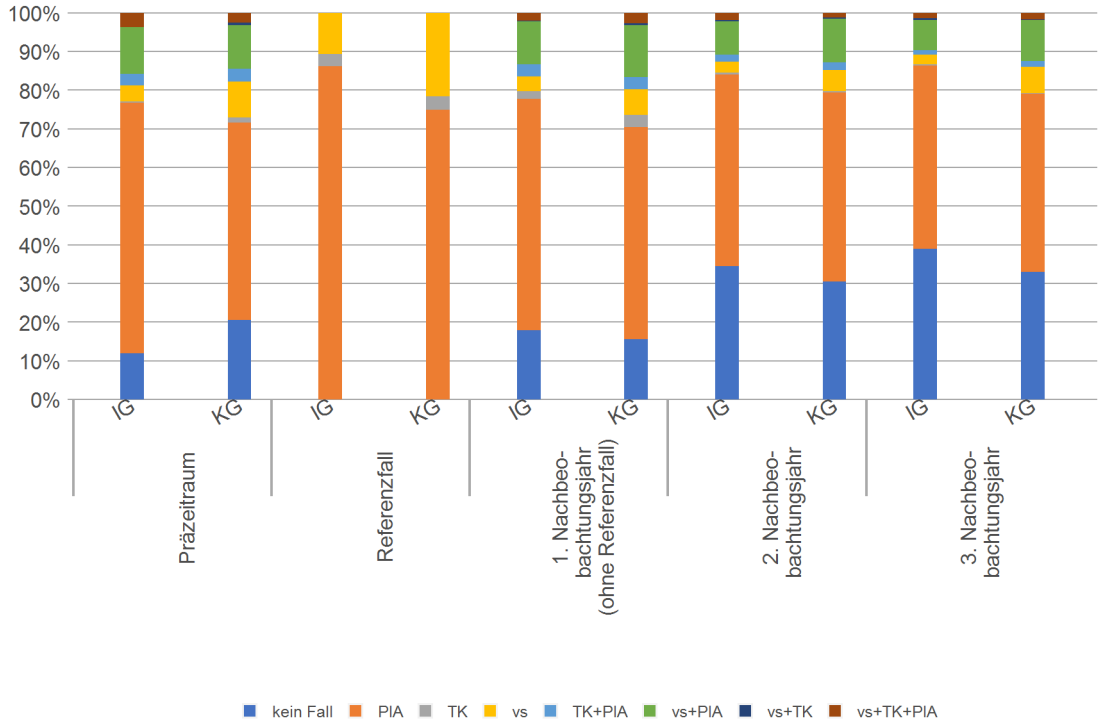
Klinikbekannte Patienten

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			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	28	19	0,741				16	21	>0,999	15	<10	>0,999	10	13	>0,999	28	19	0,741
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	0,635				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	0,635
vs+PIA	93	86	>0,999				85	103	0,985	66	83	0,785	58	77	0,482	93	86	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	22	25	>0,999				24	24	>0,999	13	15	>0,999	<10	11	>0,999	22	25	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	32	71	<0,001	82	164	<0,001	30	50	0,235	22	41	0,146	19	50	0,001	32	71	<0,001
TK	<10	<10	0,635	24	27	0,750	15	24	0,985	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	0,635
PIA	497	390	<0,001	662	570	<0,001	459	417	0,429	377	364	>0,999	354	337	>0,999	497	390	<0,001
HT																		
kein Fall	92	156	<0,001				138	119	>0,999	261	226	0,785	291	241	0,127	92	156	<0,001
Gesamtergebnis	768	762	<0,001	768	761	<0,001	768	761	0,429	759	743	0,732	747	732	0,009	768	762	<0,001

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

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



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

9.2 Leistungserbringung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1)

Im Präzeitraum für klinikneue Patienten zeigten sich im vollstationären Bereich mehr Therapieeinheiten (TE) in der IG (3,1 TE vs. 2,2 TE) (vgl. Tabelle 69). Im Bereich der Tageskliniken ergeben sich im Präzeitraum nur geringe Unterschiede zwischen der IG und KG (0,6 TE vs. 0,5 TE).

Im Referenzfall zeigten sich niedrigere TE der IG (im Vergleich zur KG) sowohl für den vollstationären Bereich (2,0 TE vs. 9,8 TE) als auch für die Tageskliniken (0,4 TE vs. 1,8 TE). Diese lassen sich insbesondere auf den Bereich der Regelbehandlung sowie Intensivbehandlung zurückführen. In den nachfolgenden Beobachtungsjahren ist der Trend der niedrigeren TE in der IG (im Vergleich zur KG) weiterhin zu beobachten, wobei sich das Niveau zwischen der IG und KG bis zum 4. Nachbeobachtungsjahr annäherte (0,1 TE vs. 0,4 TE). Im vollstationären Bereich änderte sich das Verhältnis im 1. Nachbeobachtungsjahr mit höheren TE in der IG (im Vergleich zur KG) (8,8 TE s. 8,0 TE) um in den darauffolgenden Jahren wieder auf niedrigere TE in der IG (im Vergleich zur KG) zu sinken und sich im 4. Nachbeobachtungsjahr auf ein ähnliches Niveau (mit leicht höheren TE in der IG im Vergleich zu KG) anzunähern (1,6 TE vs. 1,3 TE).

Die durchschnittliche Anzahl an PIA-Kontakten im Präzeitraum war in der IG (im Vergleich zur KG) etwas höher (0,6 Kontakte vs. 0,4 Kontakte) (vgl. Tabelle 69). Im Referenzfall ergab sich in der IG mit 1,2 Kontakten ein höherer Wert als in der KG mit 0,9 Kontakten. Dieser Trend der höheren Kontaktanzahlen in der IG (im Vergleich zur KG) ist auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren festzustellen.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich sowohl für den vollstationären Bereich als auch für die Tageskliniken niedrigere TE in der IG (im Vergleich zur KG). Dabei war der Unterschied zwischen der IG und KG im vollstationären Bereich (7,7 TE vs. 21,5 TE) höher als bei den Tageskliniken (2,3 TE vs. 10,8 TE) (vgl. Tabelle 73).

Im Referenzfall zeigt sich ein ähnliches Muster wie im Präzeitraum mit niedrigeren TE in der IG (im Vergleich zur KG). Dabei war auch hier der Unterschied im vollstationären Bereich größerer (1,4 TE vs. 10,8 TE) als bei den Tageskliniken (0,9 TE vs. 3,5 TE). Dieser Trend ist auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren zu erkennen. Dabei ist festzuhalten, dass sich das Verhältnis im Bereich der Tageskliniken über die Nachbeobachtungsjahre relativ stabilisierte. Im vollstationären Bereich dagegen wurde die Diskrepanz der TE zwischen IG und KG größer, bis sie im 3. Nachbeobachtungsjahr das Maximum von 38,5 TE Differenz erreichte. Im 4. Nachbeobachtungsjahr verringerte sich die Differenz wieder ein wenig (1,8 TE vs. 26 TE).Bei den durchschnittlichen Anzahlen an PIA-Kontakten ergaben sich im Präzeitraum zwischen IG und KG vergleichbar viele Kontakte (10 Kontakte vs. 9,8 Kontakte) (vgl. Tabelle 76). Im Referenzfall sind in absoluten Zahlen weniger Kontakte als im Präzeitraum zu vermerken, jedoch ist die Anzahl zwischen IG und KG auf einem vergleichbaren Niveau. Dieser Trend ist auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren festzustellen mit ähnlichem Niveau zwischen IG und KG. Die höchste Differenz ist im 4. Nachbeobachtungsjahr festzustellen mit 1,4 Kontakten weniger in der IG (10 Kontakte im Vergleich zur KG mit 11,4 Kontakten).

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 Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	803	769	803	769	803	769	803	769	803	769	803	769	791	756	791	756	782	749	782	749	777	732	777	732
N mit Fall	61	43	16	10	112	330	9	36	222	189	123	163	90	111	35	35	70	93	15	28	68	75	17	20
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,5	0,2	0,2	0,6	1,9	0,1	0,4	2,1	1,6	1,2	2,0	0,8	0,9	0,3	0,4	0,5	1,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,0	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,8	0,8	0,4	0,3	1,2	5,4	0,2	1,2	4,2	3,7	2,5	4,7	1,8	2,5	0,6	0,8	1,3	1,8	0,2	0,6	0,9	0,6	0,0	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1			0,0	0,2			0,1	0,1			0,1	0,2			0,1	0,2			0,1	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,4			0,2	0,7			0,4	0,3			0,2	0,5			0,3	0,3			0,1	0,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,0	0,1	0,1	0,8	0,2	0,8	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1		0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,0	0,1	0,1	0,9	0,2	0,9	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1		0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	0,0			0,1			1,1	0,3	0,3	0,0	0,0		0,0									
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	0,0			0,1			0,9	0,3	0,2	0,0	0,0		0,0									
Gesamt	**3,1**	**2,2**	**0,6**	**0,5**	**2,0**	**9,8**	**0,4**	**1,8**	**8,8**	**8,0**	**4,5**	**8,4**	**3,0**	**4,5**	**0,9**	**1,5**	**2,3**	**3,8**	**0,4**	**1,3**	**1,6**	**1,3**	**0,1**	**0,4**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	803	769	803	769	803	769	803	769	803	769	803	769	791	756	791	756	782	749	782	749	777	732	777	732
N mit Fall	61	43	16	10	112	330	9	36	222	189	123	163	90	111	35	35	70	93	15	28	68	75	17	20
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,7	8,7	8,6	13,0	4,5	4,5	8,2	9,1	7,5	6,4	7,7	9,5	6,7	6,0	6,4	8,3	5,0	8,6	4,9	7,8	3,2	2,9	1,2	5,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	23,3	14,8	17,8	20,5	8,7	12,7	22,0	25,3	15,0	15,1	16,4	22,3	15,5	17,3	13,3	18,2	14,2	14,5	11,3	16,7	9,9	6,3	2,1	8,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	1,4			0,2	0,4			0,5	0,5			0,8	1,0			1,1	1,5			0,8	0,6		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,9	6,5			1,1	1,5			1,3	1,4			2,1	3,2			3,7	2,3			1,4	0,8		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,3	0,5	0,6	4,6	0,1	1,4	0,9	1,6	0,3	3,3	1,1	3,7	0,4	1,6	0,1	3,2	1,0	2,0	0,3	4,7	1,5	1,1		0,7
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	0,3	0,3	3,9	0,1	1,9	0,9	1,7	0,2	3,5	1,1	4,0	0,7	1,3	0,0	3,2	0,6	1,9	2,0	4,3	1,5	0,9		1,3
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	3,0	3,1	0,7			0,2			3,8	1,3	1,8	0,1	0,2		0,5									
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,7	3,3	0,8			0,1			3,2	1,1	1,4	0,1	0,1		0,5									
Gesamt	**41,4**	**38,6**	**28,8**	**42,0**	**14,7**	**22,8**	**32,0**	**37,7**	**31,9**	**32,6**	**29,5**	**39,7**	**26,4**	**30,4**	**20,8**	**32,9**	**25,7**	**30,7**	**18,6**	**33,5**	**18,3**	**12,5**	**3,3**	**15,5**

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 Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	803	769	803	769	803	769	791	756	782	749	777	732
N mit Fall	97	39	682	403	351	239	204	167	167	138	148	129
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,4	0,6	0,4	0,7	0,3	0,6	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,3	1,2	0,8	2,4	1,4	1,6	1,2	1,1	0,9	1,1	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0			0,0		0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,4	1,2	0,9	2,8	1,8	2,2	1,6	1,9	1,2	1,7	1,3
Gesamt	0,6	0,4	1,2	0,9	2,9	1,9	2,3	1,8	1,9	1,3	1,7	1,3

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 Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	803	769	803	769	803	769	791	756	782	749	777	732
N mit Fall	97	39	682	403	351	239	204	167	167	138	148	129
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,6	1,9	0,1	0,1	1,0	1,3	2,3	1,8	3,4	1,8	3,2	1,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,9	5,4	1,4	1,5	5,5	4,5	6,4	5,6	5,4	4,9	5,5	5,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1			0,0		0,1	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,4	0,2	0,8	0,2	0,5	0,1	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,5	7,2	1,4	1,7	6,5	5,8	8,7	7,4	8,8	6,7	8,8	7,4
Gesamt	4,7	7,4	1,4	1,7	6,6	6,2	8,9	8,2	9,0	7,2	8,9	7,6

Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	678	656	678	656	678	656	678	656	678	656	678	656	669	641	669	641	659	632	659	632	652	625	652	625
N mit Fall	149	161	53	51	64	127	16	24	118	142	46	54	93	113	30	23	83	122	22	24	76	93	23	30
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,7	4,0	0,6	2,2	0,3	2,2	0,2	0,7	1,0	3,1	0,5	1,7	0,5	7,2	0,2	1,6	0,4	9,0	0,2	1,3	0,5	5,4	0,1	1,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,4	12,7	1,3	5,7	0,9	5,7	0,6	1,8	2,7	7,1	1,2	4,4	1,0	15,7	0,4	4,0	1,2	20,8	0,4	4,1	0,9	12,9	0,3	4,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,7			0,0	0,2			0,1	0,6			0,1	2,0			0,1	2,4			0,0	1,8		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	1,9			0,1	0,8			0,8	1,3			0,4	4,7			0,4	7,0			0,3	5,4		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,8	0,1	1,5	0,0	0,9	0,0	0,4	0,1	0,2	0,0	0,9	0,0	0,2	0,1	0,6	0,0	0,7		0,9	0,1	0,2		0,5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	1,0	0,1	1,4	0,0	1,1	0,0	0,6	0,1	0,2	0,0	0,9	0,0	0,2	0,1	0,5	0,0	0,8		1,2	0,0	0,2		0,5
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,2	0,1						0,3	0,0	0,1													
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,2	0,0						0,2	0,0	0,0													
Gesamt	**7,7**	**21,5**	**2,3**	**10,8**	**1,4**	**10,8**	**0,9**	**3,5**	**5,2**	**12,6**	**1,8**	**7,8**	**2,1**	**30,0**	**0,8**	**6,7**	**2,2**	**40,7**	**0,5**	**7,5**	**1,8**	**26,0**	**0,3**	**7,1**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	678	656	678	656	678	656	678	656	678	656	678	656	669	641	669	641	659	632	659	632	652	625	652	625
N mit Fall	149	161	53	51	64	127	16	24	118	142	46	54	93	113	30	23	83	122	22	24	76	93	23	30
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,6	16,4	7,6	28,2	3,2	11,2	8,2	18,6	5,9	14,5	7,1	20,3	3,5	40,7	4,8	45,0	3,5	46,6	5,0	34,8	4,3	36,3	2,4	35,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	20,2	51,6	17,0	73,5	9,8	29,6	25,9	48,2	15,2	32,9	17,6	53,6	7,5	89,1	9,6	112,0	9,6	107,9	10,9	109,0	7,8	86,6	7,4	90,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	2,8			0,1	0,9			0,4	2,9			0,6	11,5			0,6	12,4			0,3	12,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	7,9			1,5	4,3			4,5	6,0			2,8	26,6			3,5	36,1			2,3	36,5		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	3,4	1,7	19,3	0,0	4,6	1,1	12,1	0,5	0,8	0,4	10,5	0,3	0,9	2,2	15,8	0,2	3,5		23,7	0,4	1,6		10,9
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	4,0	1,6	17,4	0,0	5,5	1,1	16,4	0,4	1,0	0,3	10,5	0,1	1,2	1,5	14,1	0,1	4,1		30,4	0,2	1,2		10,2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,8	0,7	0,9						2,0	0,1	0,8													
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,8	0,8	0,5						1,1	0,0	0,6													
Gesamt	**35,2**	**87,6**	**29,3**	**138,4**	**14,7**	**56,0**	**36,2**	**95,3**	**30,0**	**58,2**	**26,7**	**95,0**	**14,7**	**170,0**	**18,1**	**186,9**	**17,5**	**210,6**	**15,9**	**197,8**	**15,3**	**174,5**	**9,8**	**146,9**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	678	656	678	656	678	656	669	641	659	632	652	625
N mit Fall	580	469	598	505	532	504	428	422	394	395	365	376
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,9	2,0	0,5	0,6	2,1	2,0	2,7	2,4	3,3	2,1	2,8	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,6	4,4	2,1	1,5	5,6	4,6	4,3	4,6	3,2	4,1	2,6	4,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3		0,1	0,0	0,4		0,4		0,4	0,0	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,6	0,0	0,2	0,1	0,7	0,1	0,8	0,1	0,8	0,1	0,7
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	8,5	6,4	2,5	2,1	7,7	6,6	7,0	7,0	6,5	6,3	5,5	6,2
Gesamt	**8,6**	**7,0**	**2,5**	**2,4**	**7,8**	**7,3**	**7,1**	**7,8**	**6,6**	**7,1**	**5,6**	**6,9**

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 Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	678	656	678	656	678	656	669	641	659	632	652	625
N mit Fall	580	469	598	505	532	504	428	422	394	395	365	376
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,2	2,8	0,5	0,8	2,7	2,6	4,3	3,7	5,6	3,4	5,1	3,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	7,8	6,2	2,3	2,0	7,2	6,0	6,7	6,9	5,4	6,6	4,7	6,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,5	0,0	0,2	0,1	0,5	0,1	0,6	0,1	0,8	0,2	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,4		0,1	0,0	0,5		0,6		0,6	0,0	0,5
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,9	0,0	0,3	0,1	1,0	0,1	1,2	0,1	1,3	0,2	1,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	9,9	8,9	2,9	2,8	9,8	8,6	11,0	10,6	10,9	10,0	9,8	10,3
Gesamt	**10,0**	**9,8**	**2,9**	**3,1**	**9,9**	**9,5**	**11,1**	**11,8**	**11,1**	**11,3**	**10,0**	**11,4**

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 (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.737,26 € mehr Kosten als die KG mit 1.324,75 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.244,38 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.447,79 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.615,92 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.138,15 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.033,25 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.156,13 € signifikant (p<0,001) schwächer als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4.291,73 € niedrigere Kosten als die KG mit 13.435,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4.983,02 €. In der KG stiegen die Kosten auf 15.282,11 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.155,12 € nicht signifikant (p=0,260) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.666,11 €. In der KG sanken die Kosten auf 11.800,70 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 366,19 € nicht signifikant (p=0,712) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.662,69 € geringere Kosten als die KG mit 1.872,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.781,35 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.999,98 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.752,23 € geringere Kosten als die KG mit 1.922,89 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.969,69 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9.004,09 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.863,75 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.313,84 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.051,53 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.736,70 € signifikant (p<0,001) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.861,95 € mehr Kosten als die KG mit 1.643,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.181,70 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.538,17 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.909,50 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.288,03 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4.066,11 € weniger Kosten als die KG mit 12.821,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.260,66 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 16.165,50 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.876,34 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 13.120,73 €.

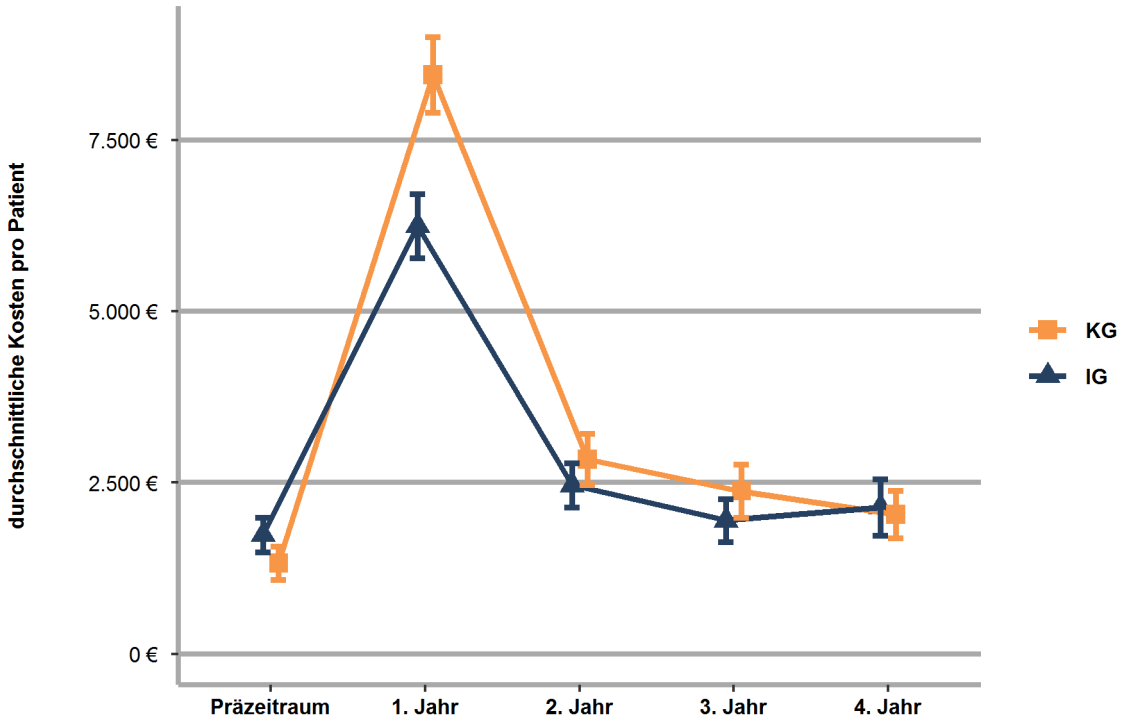
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	716	803	690	654	637	695	769	677	658	615
Mittelwert	**1.737,26 €**	**6.244,38 €**	**2.462,77 €**	**1.947,31 €**	**2.138,15 €**	**1.324,75 €**	**8.447,79 €**	**2.837,23 €**	**2.375,24 €**	**2.033,25 €**
Standard-abweichung	4.362,56 €	8.101,11 €	5.534,49 €	5.284,87 €	6.991,05 €	4.054,67 €	9.267,13 €	6.209,97 €	6.507,80 €	5.674,24 €
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	38,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	45,54 €	516,88 €	60,07 €	28,10 €	24,05 €	48,57 €	1.261,77 €	58,99 €	41,47 €	25,95 €
Median	267,65 €	2.554,02 €	663,80 €	319,64 €	234,74 €	256,74 €	6.551,30 €	535,40 €	351,62 €	254,39 €
75%-Perzentil	1.203 €	9.921 €	2.256 €	1.059 €	991 €	846 €	12.058 €	2.077 €	1.184 €	960 €
Maximum	42.545 €	50.876 €	53.540 €	47.945 €	96.783 €	61.516 €	74.913 €	54.766 €	96.332 €	73.274 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	670	678	640	620	611	629	656	616	587	580
Mittelwert	**4.292 €**	**4.983 €**	**3.127 €**	**2.842 €**	**2.666 €**	**13.436 €**	**15.282 €**	**11.148 €**	**13.401 €**	**11.801 €**
Standardabweichung	6.323 €	7.662 €	6.024 €	6.876 €	5.647 €	24.918 €	20.833 €	24.140 €	30.273 €	27.181 €
Minimum	0,00 €	28,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	105,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	682,79 €	762,55 €	366,42 €	246,06 €	168,39 €	1.592,68 €	3.447,60 €	1.034,62 €	616,52 €	383,28 €
Median	1.514,67 €	1.874,11 €	1.082,13 €	814,50 €	715,28 €	4.116,47 €	6.065,41 €	3.708,50 €	3.440,73 €	3.039,15 €
75%-Perzentil	4.825 €	6.295 €	2.647 €	2.100 €	1.917 €	13.036 €	19.365 €	7.692 €	7.806 €	6.567 €
Maximum	43.836 €	72.287 €	61.798 €	96.636 €	50.305 €	283.700 €	144.012 €	238.412 €	241.935 €	246.399 €

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

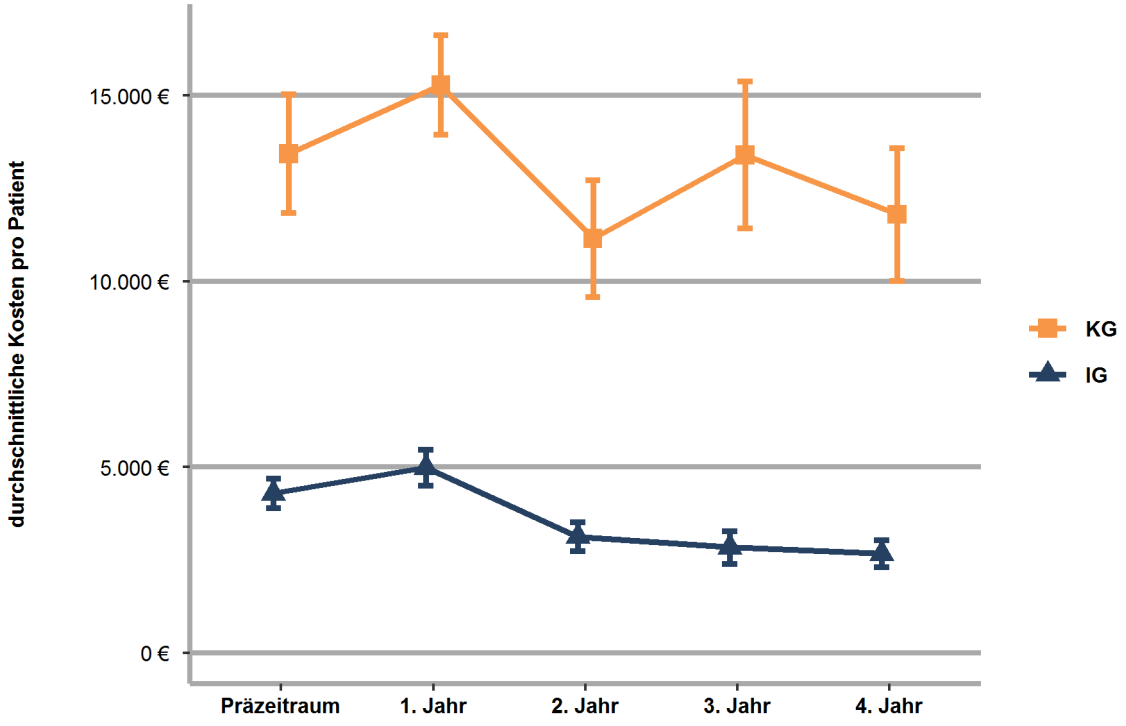


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.324,75 €	<0,001	1.324,75 €	<0,001	-2.085,32 €	<0,001
IG (vs. KG)	412,51 €	0,052	412,51 €	0,052	114,76 €	0,519
Post (vs. Prä)	2.636,89 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-1.156,13 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			7.123,04 €	<0,001	8.181,05 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.512,48 €	<0,001	2.564,36 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			1.050,49 €	<0,001	2.107,53 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			708,50 €	0,004	1.779,22 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.615,92 €	<0,001	-2.326,12 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-786,97 €	0,014	-489,46 €	0,134
IG x Jahr 3 (DiD)			-840,44 €	0,011	-547,08 €	0,095
IG x Jahr 4 (DiD)			-307,61 €	0,382	-25,39 €	0,942
Alter (30-47 J. vs. U30)					680,19 €	0,006
Alter (48-64 J. vs. U30)					741,39 €	0,003
Alter (Ü64 vs. U30)					1.211,25 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					321,77 €	0,075
F 00 (Demenz)					104,84 €	0,880
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					369,17 €	0,565
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					286,22 €	0,382
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.523,12 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.886,84 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					815,93 €	0,019
F 45 (Somatoforme Störungen)					-210,71 €	0,514
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-312,11 €	0,270
F 50 (Essstörungen)					-163,82 €	0,591
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.416,89 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					245,38 €	0,649
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-624,12 €	0,289
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					696,05 €	0,193
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.968,83 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.072,03 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.195,58 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					127,38 €	0,477
R^2		0,017		0,106		0,185

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	13.435,70 €	<0,001	13.435,70 €	<0,001	-377,24 €	0,828
IG (vs. KG)	-9.143,97 €	<0,001	-9.143,97 €	<0,001	-9.365,12 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-508,74 €	0,596				
IG x Post (DiD)	-366,19 €	0,712				
1. Jahr (vs. Prä)			1.846,41 €	0,058	11.474,49 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-2.288,02 €	0,048	7.293,39 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-34,92 €	0,979	9.544,23 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.635,00 €	0,188	7.941,69 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.155,12 €	0,260	-1.042,99 €	0,300
IG x Jahr 2 (DiD)			1.123,37 €	0,347	1.272,66 €	0,276
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.414,57 €	0,300	-1.278,00 €	0,338
IG x Jahr 4 (DiD)			9,38 €	0,994	164,44 €	0,896
Alter (30-47 J. vs. U30)					204,32 €	0,846
Alter (48-64 J. vs. U30)					272,93 €	0,791
Alter (Ü64 vs. U30)					-225,06 €	0,868
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					614,41 €	0,372
F 00 (Demenz)					12.057,13 €	0,094
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-4.918,91 €	0,183
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					306,77 €	0,845
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					700,33 €	0,602
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					7.575,74 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.878,12 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					424,13 €	0,615
F 45 (Somatoforme Störungen)					-905,89 €	0,355
F 40-48 (ohne F43 und F45)					33,58 €	0,980
F 50 (Essstörungen)					3.332,74 €	0,408
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					5.311,29 €	0,007
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-848,22 €	0,614
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.210,38 €	0,542
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.556,90 €	0,213
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.301,47 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13.248,84 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.829,44 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					404,80 €	0,780
R^2		0,061		0,065		0,136

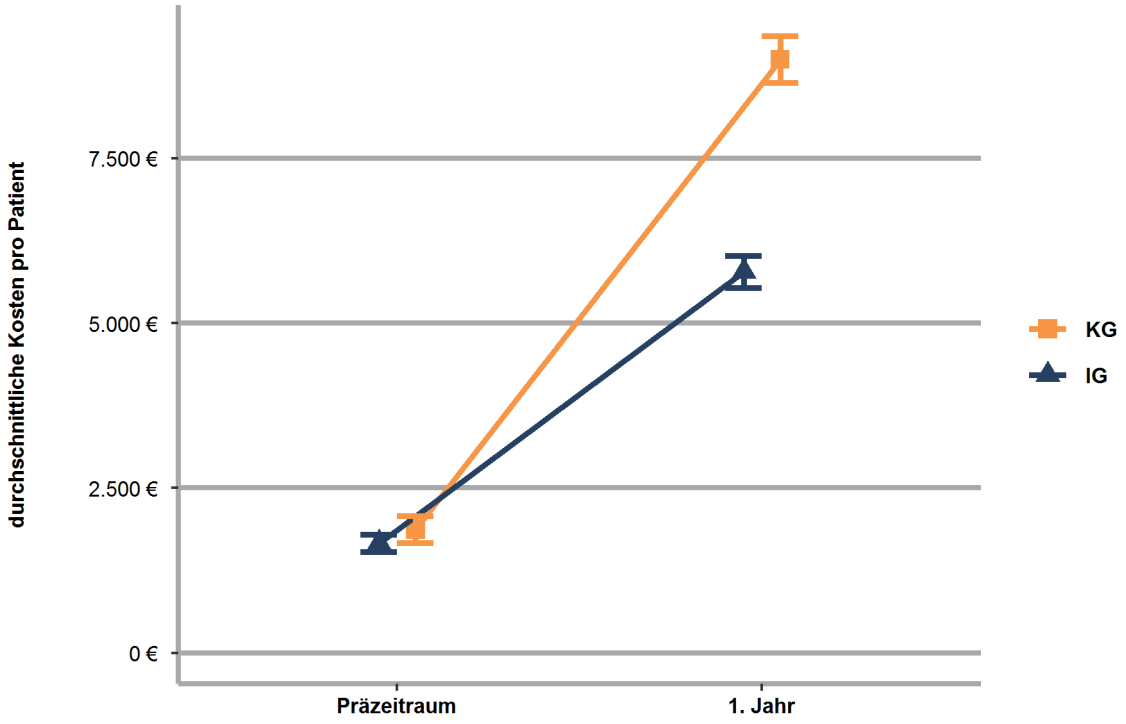
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	3.134	3.541	3.189	3.541
Mittelwert	**1.662,69 €**	**5.781,35 €**	**1.872,23 €**	**8.999,98 €**
Standardabweichung	4.671 €	8.721 €	7.224 €	12.717 €
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	19,31 €
25%-Perzentil	38,70 €	452,07 €	51,66 €	1.049,37 €
Median	213,26 €	1.562,16 €	259,23 €	6.058,32 €
75%-Perzentil	883 €	8.241 €	1.012 €	12.434 €
Maximum	55.687 €	84.076 €	174.025 €	234.331 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	2.249	2.528	2.178	2.254	2.485	2.169
Mittelwert	**1.752,23 €**	**5.969,69 €**	**2.313,84 €**	**1.922,89 €**	**9.004,09 €**	**3.051,53 €**
Standardabweichung	4.728 €	8.835 €	6.187 €	7.723 €	13.249 €	8.624 €
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	0,00 €	19,31 €	0,00 €
25%-Perzentil	42,83 €	494,45 €	54,67 €	54,52 €	1.112,22 €	64,57 €
Median	231,84 €	1.799,47 €	426,22 €	273,23 €	6.043,78 €	463,52 €
75%-Perzentil	1.024 €	8.609 €	1.469 €	1.083 €	12.296 €	1.673 €
Maximum	49.925 €	84.076 €	83.533 €	174.025 €	234.331 €	154.232 €

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

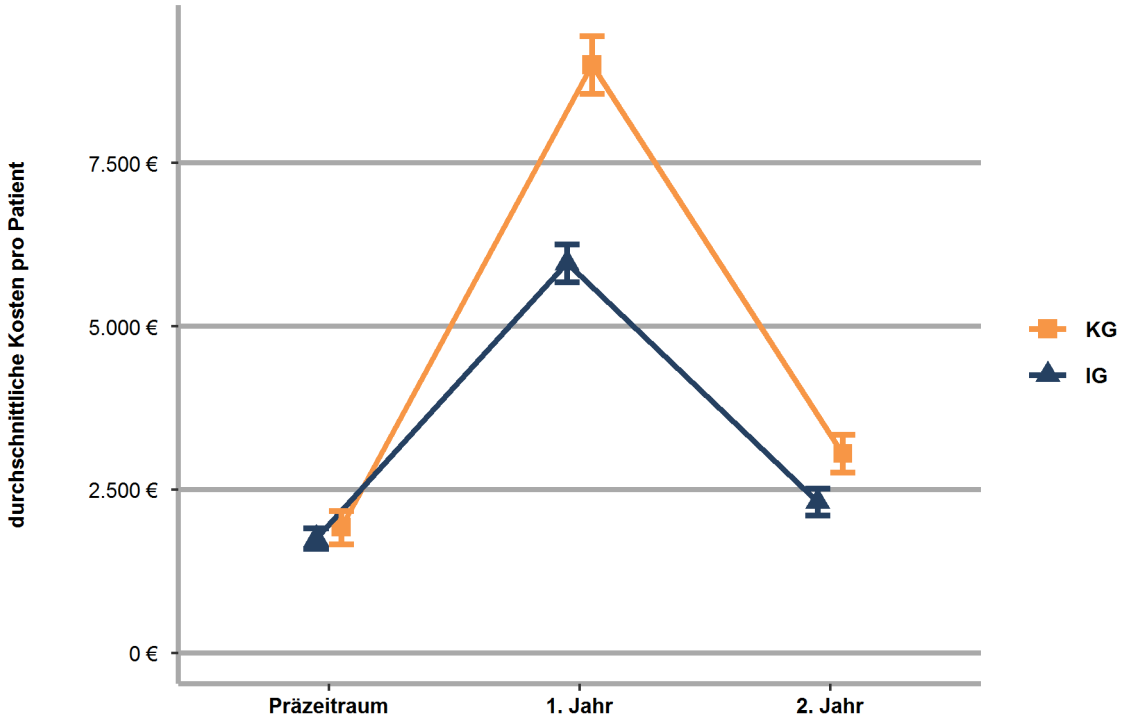


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.922,89 €	<0,001	1.922,89 €	<0,001	-2.026,84 €	<0,001
IG (vs. KG)	-170,65 €	0,346	-170,65 €	0,346	-206,62 €	0,172
Post (vs. Prä)	4.141,91 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-1.736,70 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			7.081,20 €	<0,001	8.533,92 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.128,64 €	<0,001	2.569,69 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.863,75 €	<0,001	-2.806,87 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-567,04 €	0,013	-504,40 €	0,023
Alter (30-47 J. vs. U30)					74,24 €	0,708
Alter (48-64 J. vs. U30)					633,54 €	0,007
Alter (Ü64 vs. U30)					640,75 €	0,033
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					647,06 €	<0,001
F 00 (Demenz)					1.054,11 €	0,056
F 01 (Vaskuläre Demenz)					774,44 €	0,356
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-160,22 €	0,691
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-880,50 €	0,298
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					192,90 €	0,475
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.972,54 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.989,64 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.168,30 €	0,004
F 45 (Somatoforme Störungen)					-233,63 €	0,364
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-19,88 €	0,937
F 50 (Essstörungen)					572,58 €	0,056
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.466,32 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					836,55 €	0,494
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-233,28 €	0,765
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.405,53 €	0,065
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.945,63 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.561,43 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.128,84 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					180,77 €	0,095
R^2		0,037		0,086		0,161

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

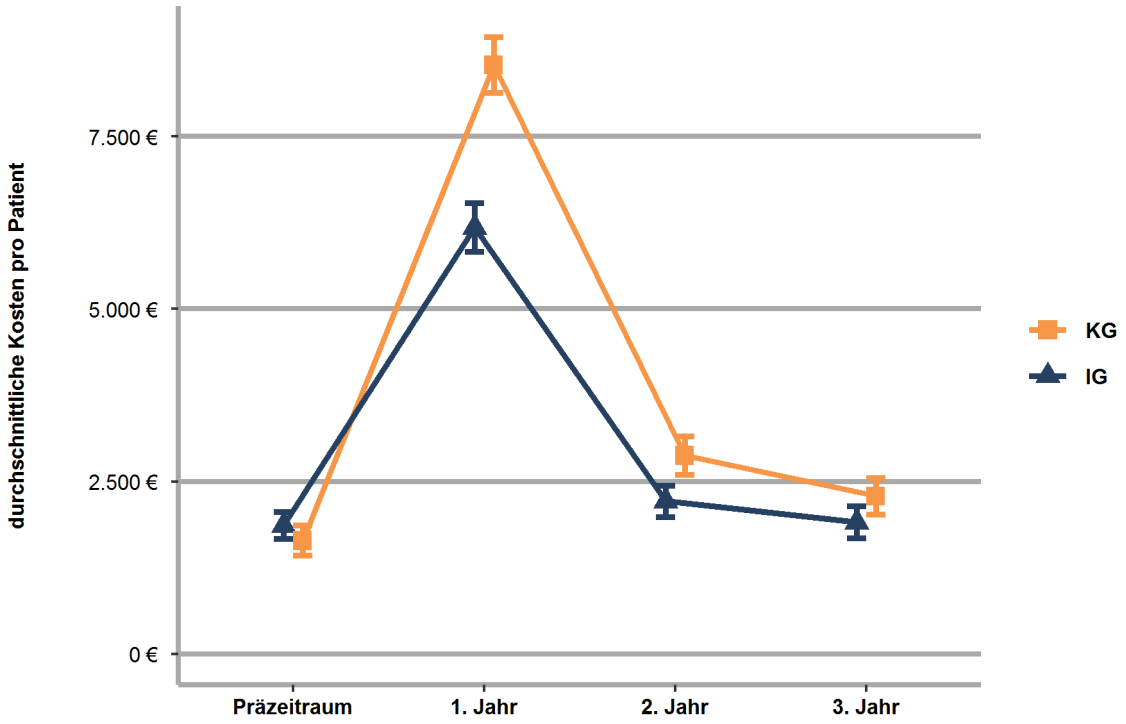
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	1.422	1.591	1.367	1.298	1.402	1.543	1.354	1.301
Mittelwert	**1.861,95 €**	**6.181,70 €**	**2.214,79 €**	**1.909,50 €**	**1.643,14 €**	**8.538,17 €**	**2.878,75 €**	**2.288,03 €**
Standardabweichung	4.774,58 €	8.526,38 €	5.468,27 €	5.611,88 €	5.234,45 €	9.575,82 €	6.557,81 €	6.209,18 €
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	38,07 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	45,49 €	555,63 €	54,55 €	26,18 €	53,76 €	1.236,49 €	62,26 €	40,15 €
Median	256,19 €	2.304,64 €	511,57 €	278,36 €	286,49 €	6.260,60 €	501,69 €	343,67 €
75%-Perzentil	1.178 €	9.412 €	1.664 €	944 €	1.026 €	12.200 €	1.874 €	1.153 €
Maximum	49.925 €	84.076 €	56.902 €	89.966 €	85.818 €	85.753 €	78.100 €	96.332 €

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

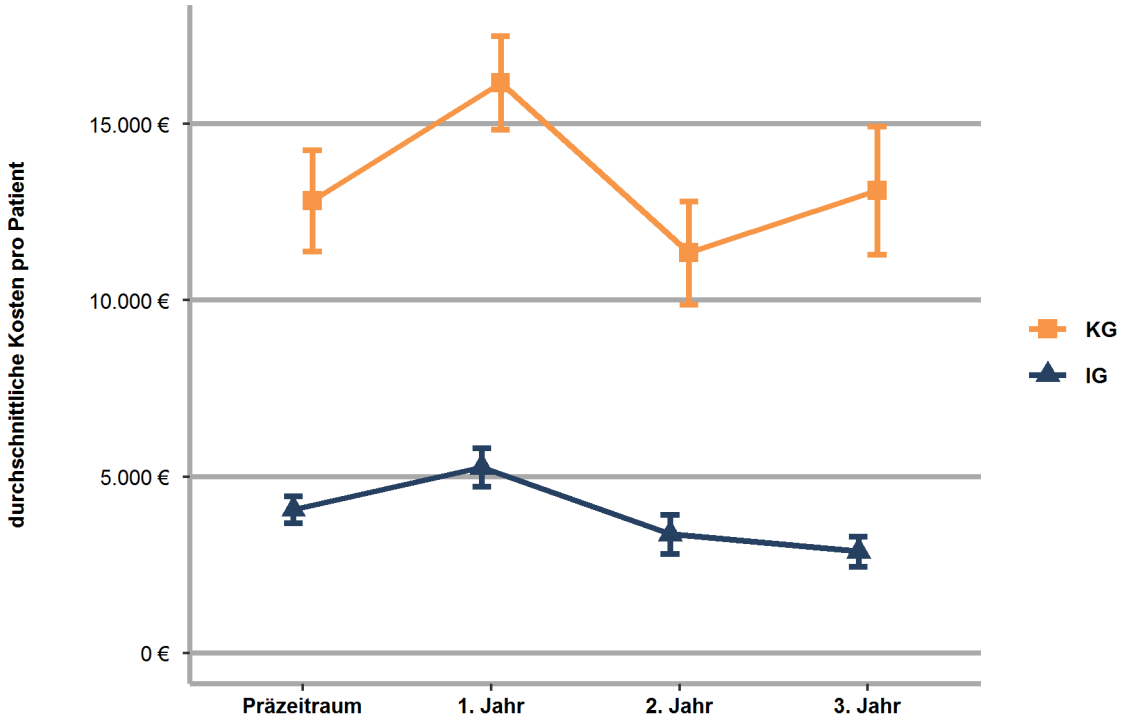


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	754	768	724	696	735	761	715	681
Mittelwert	**4.066 €**	**5.261 €**	**3.368 €**	**2.876 €**	**12.821 €**	**16.165 €**	**11.348 €**	**13.121 €**
Standardabweichung	6.451 €	9.130 €	9.269 €	7.134 €	24.077 €	22.203 €	24.243 €	29.827 €
Minimum	0,00 €	28,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	105,15 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	568,44 €	776,11 €	328,61 €	206,38 €	1.152,48 €	3.588,98 €	915,74 €	580,83 €
Median	1.395,48 €	1.907,08 €	1.041,13 €	775,05 €	3.920,33 €	6.396,58 €	3.574,05 €	3.266,07 €
75%-Perzentil	4.451 €	6.656 €	2.601 €	1.930 €	12.341 €	20.421 €	7.724 €	7.634 €
Maximum	56.003 €	141.685 €	195.415 €	96.636 €	283.700 €	180.775 €	238.412 €	241.935 €

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 (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 898,63 € höhere Kosten als die KG mit 724,39 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4.090,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.762,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.845,46 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.377,81 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.303,34 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 813,80 € signifikant (p<0,001) schwächer als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2.331,72 € niedrigere Kosten als die KG mit 7.134,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.854,44 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.274,58 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 617,10 € nicht signifikant (p=0,501) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.399,17 €. In der KG sanken die Kosten auf 5.458,46 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 171,92 € nicht signifikant (p=0,839) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 961,06 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.100,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.921,94 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.979,06 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 968,36 € weniger Kosten als die KG mit 1.104,92 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.006,53 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.927,89 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der

IG um 1.784,80 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.274,94 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.802,76 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1.101,94 € signifikant (p<0,001) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.029,80 € höhere Kosten als die KG mit 932,67 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.005,44 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.707,54 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.145,24 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.417,63 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2.230,87 € geringere Kosten als die KG mit 6.572,04 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.123,55 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.843,42 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.542,14 €. In der KG sanken die Kosten auf 5.973,05 €.

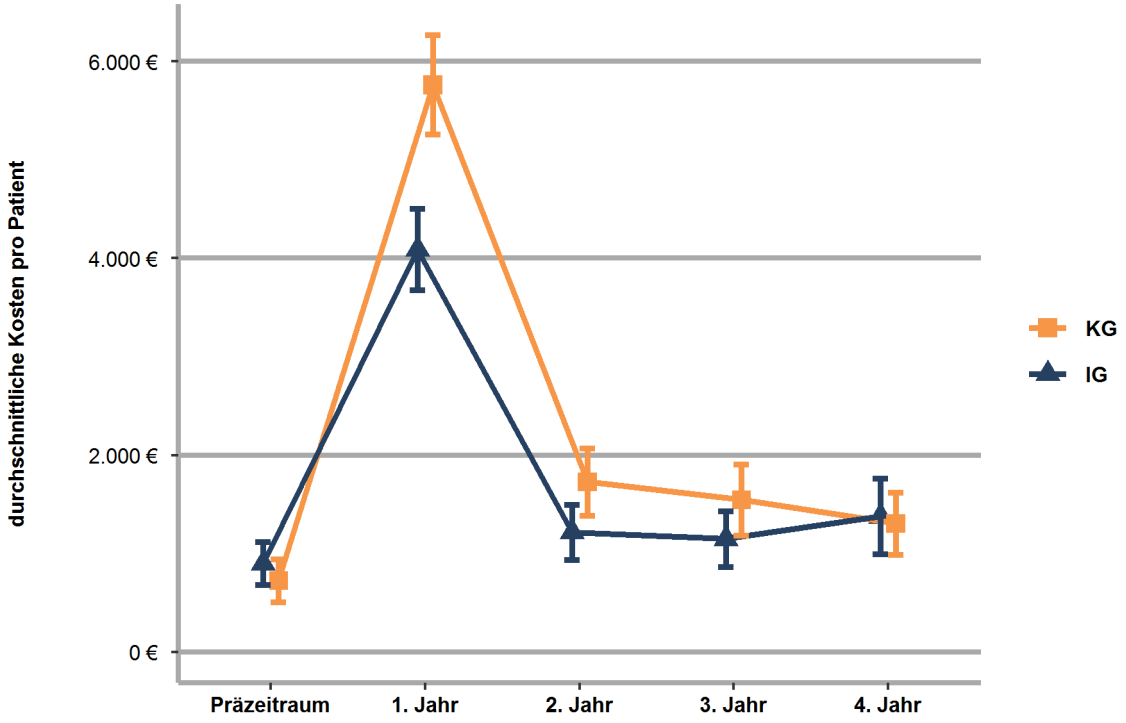
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	86	306	94	78	70	79	445	118	99	82
Mittelwert	**898,63 €**	**4.090,79 €**	**1.215,75 €**	**1.148,25 €**	**1.377,81 €**	**724,39 €**	**5.762,02 €**	**1.727,52 €**	**1.544,45 €**	**1.303,34 €**
Standard-abweichung	3.742,36 €	7.124,31 €	4.744,15 €	4.799,64 €	6.539,76 €	3.658,26 €	8.513,69 €	5.690,76 €	6.021,98 €	5.217,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.026,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.285,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.244,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	38.288 €	39.602 €	50.958 €	46.922 €	96.625 €	60.690 €	62.634 €	52.961 €	95.545 €	73.274 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	155	168	97	87	82	172	218	119	128	96
Mittelwert	**2.331,72 €**	**2.854,44 €**	**1.525,29 €**	**1.489,91 €**	**1.399,17 €**	**7.134,76 €**	**8.274,58 €**	**5.781,90 €**	**6.237,50 €**	**5.458,46 €**
Standard-abweichung	5.653 €	7.068 €	5.332 €	6.287 €	4.944 €	20.049 €	17.020 €	19.587 €	21.639 €	20.784 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1.060 €	10.125 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	39.584 €	70.837 €	60.877 €	92.895 €	48.853 €	280.391 €	116.417 €	228.873 €	238.736 €	244.626 €

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

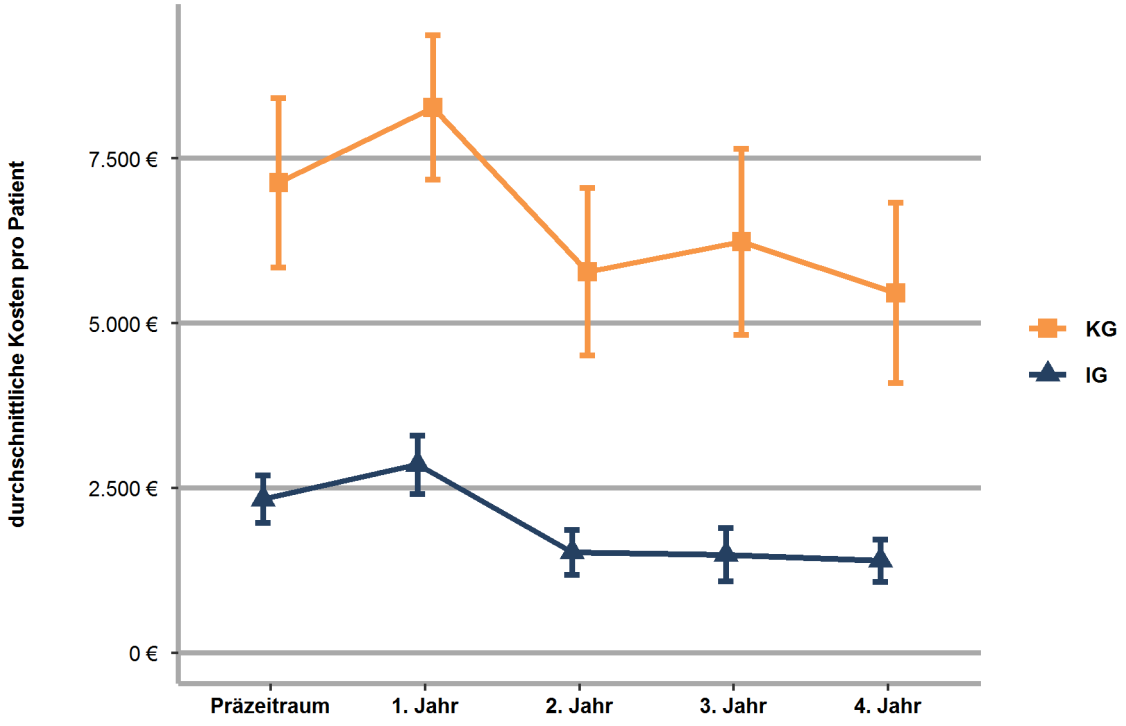


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	724,39 €	<0,001	724,39 €	<0,001	-1.593,74 €	<0,001
IG (vs. KG)	174,24 €	0,351	174,24 €	0,351	-41,87 €	0,798
Post (vs. Prä)	1.886,33 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-813,80 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			5.037,63 €	<0,001	5.616,47 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.003,13 €	<0,001	1.577,27 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			820,06 €	<0,001	1.399,57 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			578,95 €	0,012	1.171,64 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.845,46 €	<0,001	-1.642,28 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-686,00 €	0,019	-476,04 €	0,113
IG x Jahr 3 (DiD)			-570,44 €	0,066	-363,82 €	0,241
IG x Jahr 4 (DiD)			-99,77 €	0,761	95,59 €	0,773
Alter (30-47 J. vs. U30)					440,60 €	0,040
Alter (48-64 J. vs. U30)					429,94 €	0,053
Alter (Ü64 vs. U30)					1.188,08 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					179,17 €	0,247
F 00 (Demenz)					220,80 €	0,680
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					110,34 €	0,850
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					746,18 €	0,011
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.445,72 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.328,66 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					434,58 €	0,160
F 45 (Somatoforme Störungen)					-19,31 €	0,946
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-128,19 €	0,620
F 50 (Essstörungen)					1,35 €	0,996
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.213,97 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					376,19 €	0,434
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-655,45 €	0,170
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					659,18 €	0,187
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.693,20 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-309,45 €	0,790
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.385,10 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-253,51 €	0,077
R^2		0,012		0,067		0,132

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	7.134,76 €	<0,001	7.134,76 €	<0,001	527,80 €	0,682
IG (vs. KG)	-4.803,04 €	<0,001	-4.803,04 €	<0,001	-4.398,15 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-679,02 €	0,403				
IG x Post (DiD)	171,92 €	0,839				
1. Jahr (vs. Prä)			1.139,81 €	0,189	6.705,34 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-1.352,86 €	0,167	4.169,98 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-897,26 €	0,375	4.613,81 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.676,30 €	0,111	3.836,08 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-617,10 €	0,501	-996,67 €	0,280
IG x Jahr 2 (DiD)			546,43 €	0,590	200,71 €	0,840
IG x Jahr 3 (DiD)			55,45 €	0,958	-294,12 €	0,778
IG x Jahr 4 (DiD)			743,75 €	0,494	401,17 €	0,706
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.222,35 €	0,131
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.435,37 €	0,068
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.553,88 €	0,102
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					335,82 €	0,505
F 00 (Demenz)					5.354,22 €	0,051
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-871,06 €	0,560
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-687,21 €	0,463
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.399,56 €	0,236
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.687,66 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.325,67 €	0,036
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-68,47 €	0,916
F 45 (Somatoforme Störungen)					-726,50 €	0,385
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.195,69 €	0,324
F 50 (Essstörungen)					4.064,07 €	0,295
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.293,13 €	0,047
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-133,94 €	0,932
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.616,79 €	0,497
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-863,23 €	0,283
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.278,65 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					688,47 €	0,656
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.371,24 €	0,011
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.168,25 €	0,279
R^2		0,025		0,028		0,113

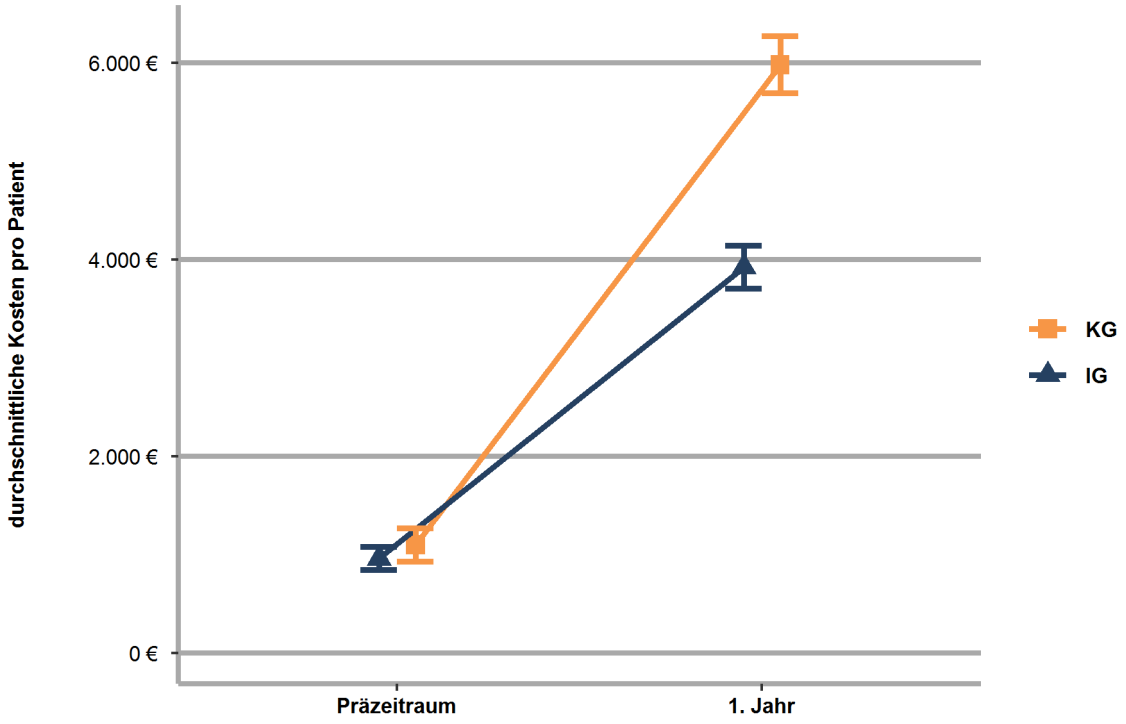
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	357	1.187	399	1.903
Mittelwert	**961,06 €**	**3.921,94 €**	**1.100,20 €**	**5.979,06 €**
Standardabweichung	4.151 €	7.959 €	6.104 €	10.447 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.053,05 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.051,30 €	0,00 €	9.408,40 €
Maximum	55.101 €	83.070 €	172.469 €	231.996 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	261	860	256	278	1.353	370
Mittelwert	**968,36 €**	**4.006,53 €**	**1.274,94 €**	**1.104,92 €**	**5.927,89 €**	**1.802,76 €**
Standardabweichung	4.148 €	8.030 €	5.400 €	6.457 €	10.511 €	6.462 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.152,71 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.556,74 €	0,00 €	0,00 €	9.170,87 €	0,00 €
Maximum	49.032 €	83.070 €	77.320 €	172.469 €	231.996 €	104.158 €

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

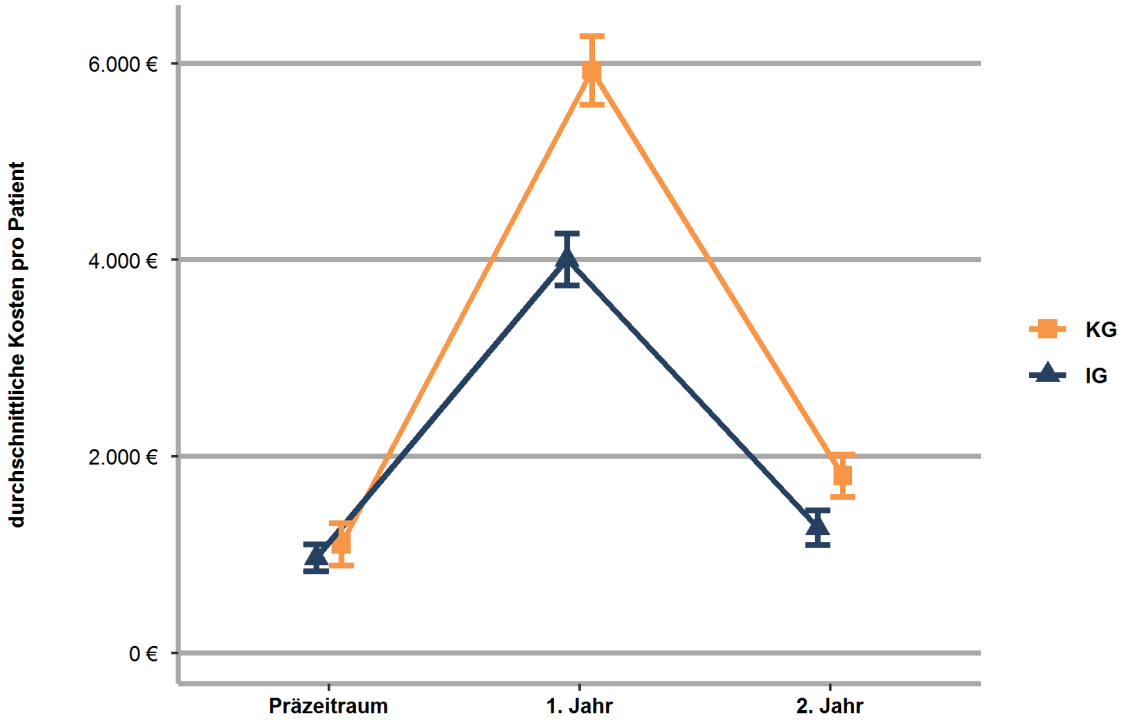


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.104,92 €	<0,001	1.104,92 €	<0,001	-1.387,53 €	<0,001
IG (vs. KG)	-136,57 €	0,374	-136,57 €	0,374	-134,84 €	0,285
Post (vs. Prä)	2.786,03 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-1.101,94 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			4.822,97 €	<0,001	5.781,48 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			697,84 €	<0,001	1.657,46 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.784,80 €	<0,001	-1.785,26 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-391,26 €	0,045	-390,08 €	0,039
Alter (30-47 J. vs. U30)					-245,26 €	0,143
Alter (48-64 J. vs. U30)					59,36 €	0,717
Alter (Ü64 vs. U30)					798,01 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					332,08 €	0,018
F 00 (Demenz)					995,09 €	0,049
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.263,58 €	0,110
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-439,69 €	0,208
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-693,08 €	0,439
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					790,54 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.673,54 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.263,69 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					612,63 €	0,055
F 45 (Somatoforme Störungen)					-159,38 €	0,407
F 40-48 (ohne F43 und F45)					271,88 €	0,185
F 50 (Essstörungen)					833,28 €	0,002
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.367,60 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.103,69 €	0,366
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-490,55 €	0,505
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					937,71 €	0,204
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.655,79 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					674,68 €	0,469
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.041,67 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-181,97 €	0,035
R^2		0,025		0,063		0,140

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

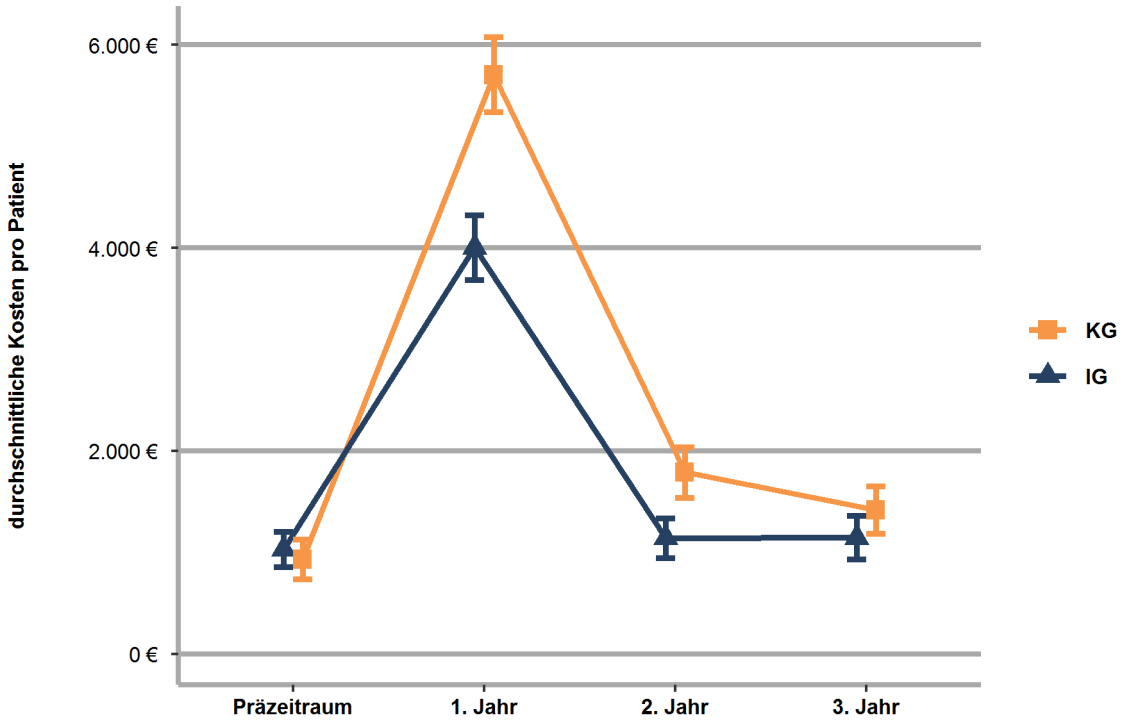
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	178	569	163	147	172	854	236	188
Mittelwert	**1.029,80 €**	**4.005,44 €**	**1.141,16 €**	**1.145,24 €**	**932,67 €**	**5.707,54 €**	**1.788,80 €**	**1.417,63 €**
Standardabweichung	4.175,79 €	7.703,40 €	4.744,62 €	5.159,16 €	4.711,46 €	8.786,26 €	5.910,13 €	5.545,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.375,17 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.880,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.021,16 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	49.032 €	83.070 €	54.289 €	89.440 €	83.915 €	85.501 €	75.909 €	95.545 €

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

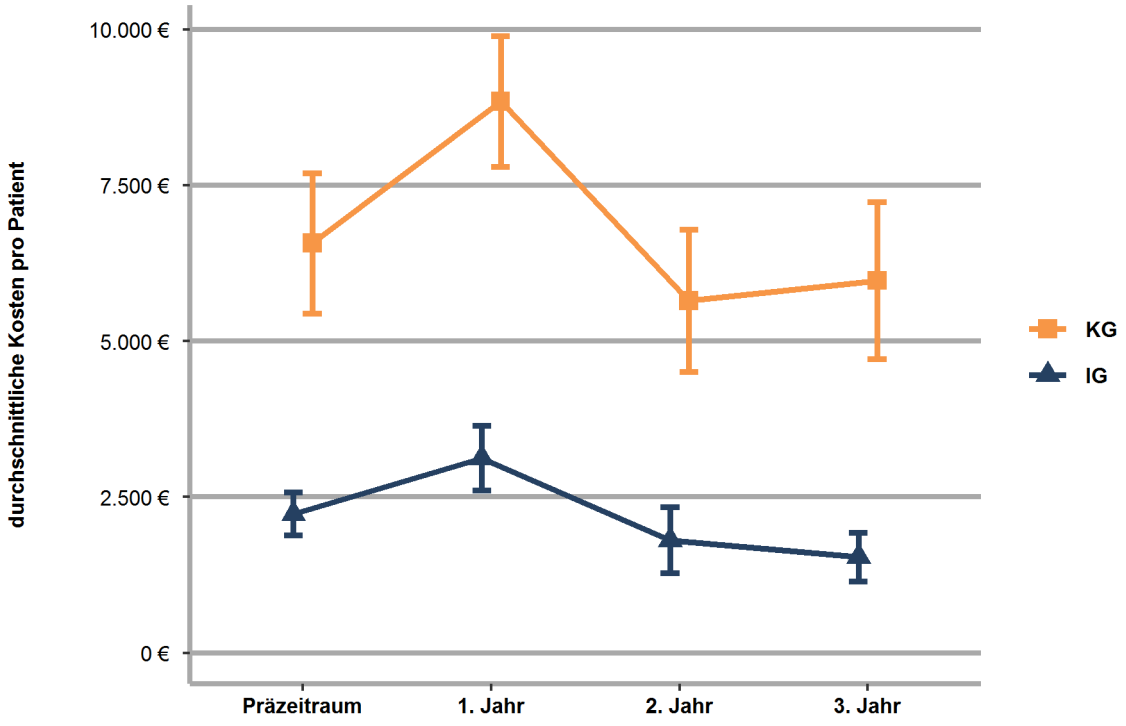


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	163	197	110	96	196	274	144	147
Mittelwert	**2.230,87 €**	**3.123,55 €**	**1.808,69 €**	**1.542,14 €**	**6.572,04 €**	**8.843,42 €**	**5.651,30 €**	**5.973,05 €**
Standardabweichung	5.822 €	8.700 €	8.903 €	6.499 €	18.870 €	17.553 €	18.870 €	20.734 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	777 €	0 €	0 €	822 €	11.200 €	0 €	0 €
Maximum	54.159 €	140.707 €	195.415 €	92.895 €	280.391 €	116.417 €	228.873 €	238.736 €

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 stationsersetzende psychiatrische Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden, entfallen die entsprechenden Tabellen und Abbildungen.

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 (vgl. Tabelle 95, Tabelle 97 und Abbildung 54) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 109,47 € höhere Kosten als die KG mit 71,48 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 833,09 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.625,96 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 830,86 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 106,72 €. In der KG sanken die Kosten auf 167,41 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 313,51 € signifikant (p<0,001) schwächer als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 96, Tabelle 98 und Abbildung 55) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 366,91 € geringere Kosten als die KG mit 1.500,79 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 523,06 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.458,97 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 197,97 € nicht signifikant (p=0,546) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 161,52 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 666,74 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 600,07 € signifikant (p=0,020) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 99 und Abbildung 56) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 90,21 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 86,87 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 727,56 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.751,64 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 100, Tabelle 101 und

Abbildung 57) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 98,50 € höhere Kosten als die KG mit 73,43 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 757,21 €. In

der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.696,80 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 964,66 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 194,44 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 330,88 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 569,15 € signifikant (p<0,001) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und

Abbildung 58) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 104,06 € größere Kosten als die KG mit 83,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 855,09 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.711,82 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 99,68 €. In der KG sanken die Kosten auf 249,95 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 103 und

Abbildung 59) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 328,57 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.431,67 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 566,60 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.634,28 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 153,28 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 535,26 €.

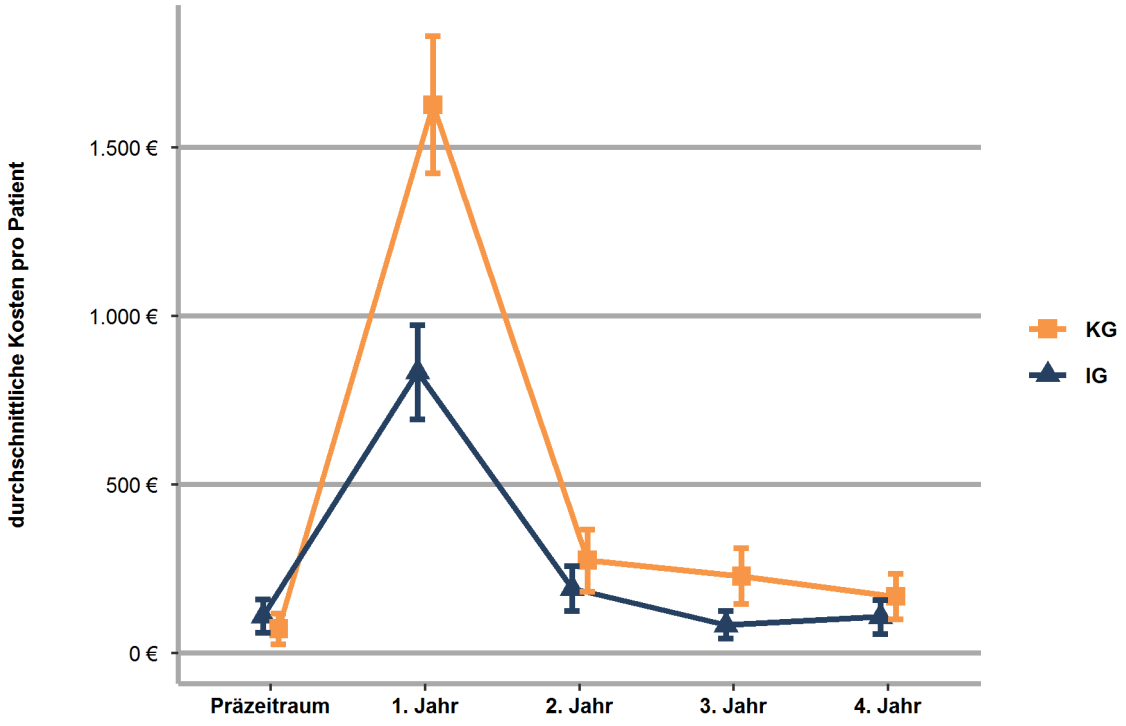
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	16	127	36	15	17	11	191	36	28	20
Mittelwert	**109,47 €**	**833,09 €**	**191,25 €**	**82,92 €**	**106,72 €**	**71,48 €**	**1.625,96 €**	**274,53 €**	**227,82 €**	**167,41 €**
Standard-abweichung	860,69 €	2.400,45 €	1.134,58 €	694,65 €	844,54 €	757,91 €	3.426,00 €	1.545,61 €	1.381,29 €	1.119,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	11.442 €	20.740 €	15.836 €	9.201 €	8.955 €	13.944 €	20.885 €	25.605 €	17.839 €	11.135 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	53	60	30	24	23	51	73	23	24	30
Mittelwert	**366,91 €**	**523,06 €**	**211,35 €**	**142,44 €**	**161,52 €**	**1.500,79 €**	**1.458,97 €**	**491,61 €**	**541,84 €**	**666,74 €**
Standard-abweichung	1.568,79 €	2.058,54 €	1.214,21 €	878,02 €	979,29 €	6.388,84 €	5.057,58 €	3.255,32 €	3.265,46 €	3.738,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.754 €	22.625 €	16.825 €	8.359 €	9.851 €	58.929 €	37.436 €	43.999 €	35.773 €	48.755 €

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

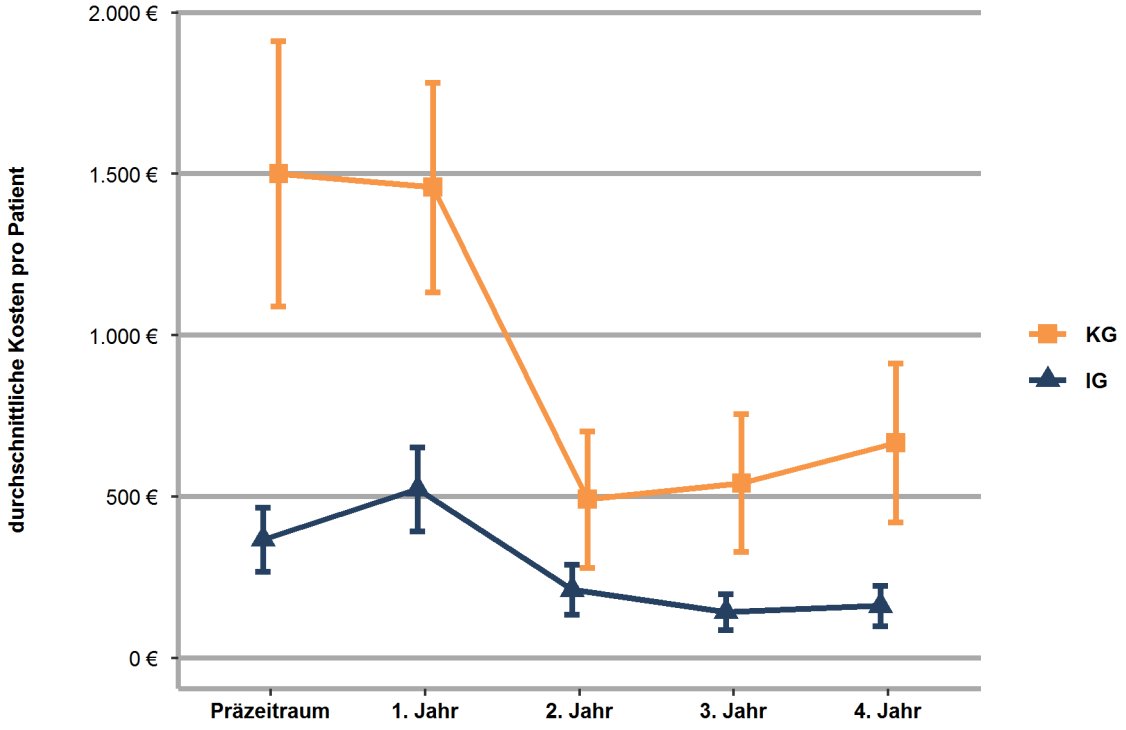


Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	71,48 €	0,009	71,48 €	0,009	15,35 €	0,805
IG (vs. KG)	37,99 €	0,352	37,99 €	0,353	-5,83 €	0,818
Post (vs. Prä)	511,06 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-313,51 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			1.554,49 €	<0,001	1.526,74 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			203,05 €	0,001	172,79 €	0,008
3. Jahr (vs. Prä)			156,35 €	0,007	124,08 €	0,043
4. Jahr (vs. Prä)			95,93 €	0,047	61,31 €	0,257
IG x Jahr 1 (DiD)			-830,86 €	<0,001	-787,16 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-121,27 €	0,130	-77,90 €	0,285
IG x Jahr 3 (DiD)			-182,90 €	0,008	-138,61 €	0,023
IG x Jahr 4 (DiD)			-98,68 €	0,128	-52,77 €	0,349
Alter (30-47 J. vs. U30)					45,07 €	0,370
Alter (48-64 J. vs. U30)					57,03 €	0,304
Alter (Ü64 vs. U30)					-84,75 €	0,306
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2,76 €	0,948
F 00 (Demenz)					-141,95 €	0,072
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-249,43 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-210,17 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					8,07 €	0,917
F 30-39 (Affektive Störungen)					216,13 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					145,35 €	0,033
F 45 (Somatoforme Störungen)					-166,14 €	0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-156,73 €	0,012
F 50 (Essstörungen)					-113,42 €	0,142
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					84,27 €	0,437
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-232,07 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-149,53 €	0,050
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-265,41 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-149,48 €	0,035
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.185,02 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					194,66 €	0,012
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-109,74 €	0,003
R^2		0,012		0,076		0,122

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.500,79 €	<0,001	1.500,79 €	<0,001	435,41 €	0,157
IG (vs. KG)	-1.133,88 €	<0,001	-1.133,88 €	<0,001	-1.184,77 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-705,42 €	0,005				
IG x Post (DiD)	600,07 €	0,020				
1. Jahr (vs. Prä)			-41,82 €	0,893	873,66 €	0,011
2. Jahr (vs. Prä)			-1.009,18 €	<0,001	-94,31 €	0,749
3. Jahr (vs. Prä)			-958,95 €	<0,001	-45,39 €	0,887
4. Jahr (vs. Prä)			-834,05 €	0,002	80,21 €	0,797
IG x Jahr 1 (DiD)			197,97 €	0,546	216,94 €	0,442
IG x Jahr 2 (DiD)			853,62 €	0,001	873,66 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			734,48 €	0,010	757,98 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			628,66 €	0,022	649,22 €	0,004
Alter (30-47 J. vs. U30)					83,54 €	0,443
Alter (48-64 J. vs. U30)					55,01 €	0,637
Alter (Ü64 vs. U30)					267,37 €	0,316
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-123,25 €	0,235
F 00 (Demenz)					-164,76 €	0,635
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-361,62 €	0,029
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-412,52 €	0,083
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-227,13 €	0,046
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-63,04 €	0,611
F 30-39 (Affektive Störungen)					375,63 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					247,65 €	0,236
F 45 (Somatoforme Störungen)					-148,31 €	0,238
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-273,31 €	0,190
F 50 (Essstörungen)					-484,29 €	0,028
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					449,56 €	0,036
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-372,77 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					382,87 €	0,172
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-176,13 €	0,125
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-164,78 €	0,550
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.808,53 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					61,72 €	0,797
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,27 €	0,991
R^2		0,013		0,019		0,211

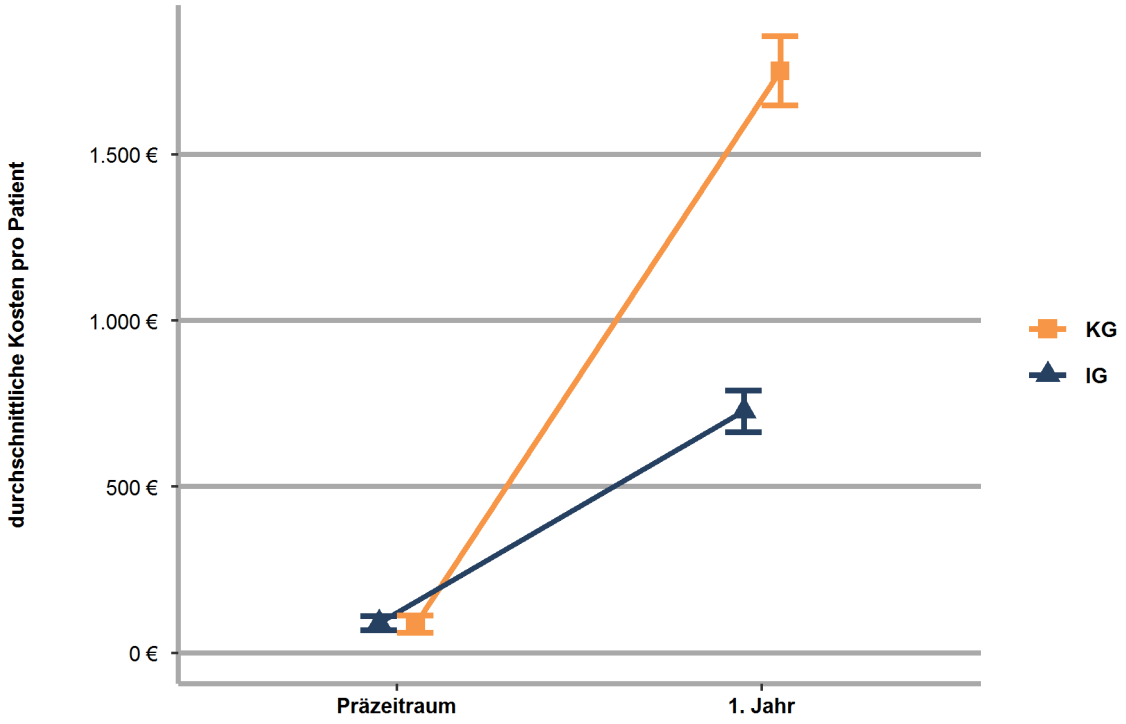
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	67	485	51	854
Mittelwert	**90,21 €**	**727,56 €**	**86,87 €**	**1.751,64 €**
Standardabweichung	767,96 €	2.256,49 €	957,12 €	3.768,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	11.789 €	26.454 €	23.963 €	30.272 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	51	356	90	34	593	118
Mittelwert	**98,50 €**	**757,21 €**	**194,44 €**	**73,43 €**	**1.696,80 €**	**330,88 €**
Standardabweichung	800,26 €	2.345,33 €	1.341,03 €	824,03 €	3.691,22 €	1.904,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	11.789 €	26.454 €	24.252 €	17.592 €	30.272 €	40.743 €

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

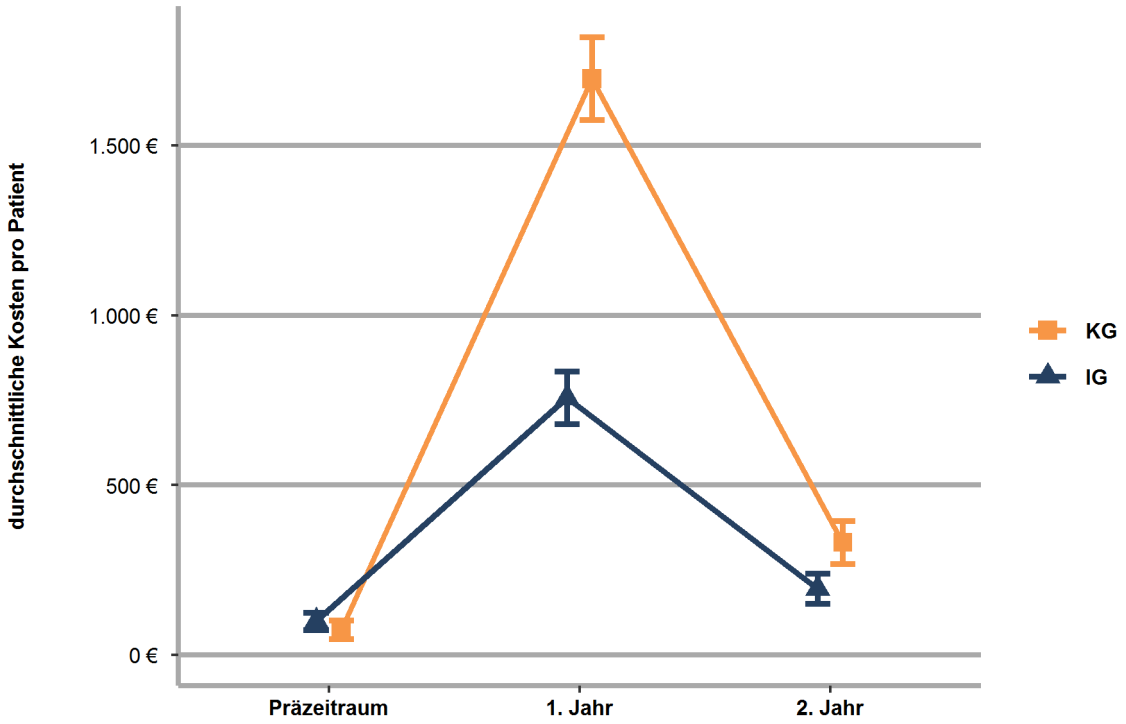


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	73,43 €	<0,001	73,43 €	<0,001	-100,15 €	0,051
IG (vs. KG)	25,06 €	0,275	25,06 €	0,275	-10,27 €	0,524
Post (vs. Prä)	948,89 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-569,15 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			1.623,37 €	<0,001	1.604,65 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			257,45 €	<0,001	230,33 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-964,66 €	<0,001	-926,74 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-161,51 €	0,002	-121,05 €	0,014
Alter (30-47 J. vs. U30)					37,55 €	0,381
Alter (48-64 J. vs. U30)					68,16 €	0,164
Alter (Ü64 vs. U30)					-207,04 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					38,40 €	0,299
F 00 (Demenz)					-127,83 €	0,035
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-281,02 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-162,98 €	0,011
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-110,48 €	0,257
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-302,16 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					102,63 €	0,210
F 30-39 (Affektive Störungen)					344,22 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					178,79 €	0,003
F 45 (Somatoforme Störungen)					-76,01 €	0,154
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-105,16 €	0,151
F 50 (Essstörungen)					-106,54 €	0,081
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-93,48 €	0,220
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-341,77 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-104,49 €	0,328
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-237,52 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-32,11 €	0,500
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.964,92 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,17 €	0,067
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-102,43 €	<0,001
R^2		0,032		0,071		0,116

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

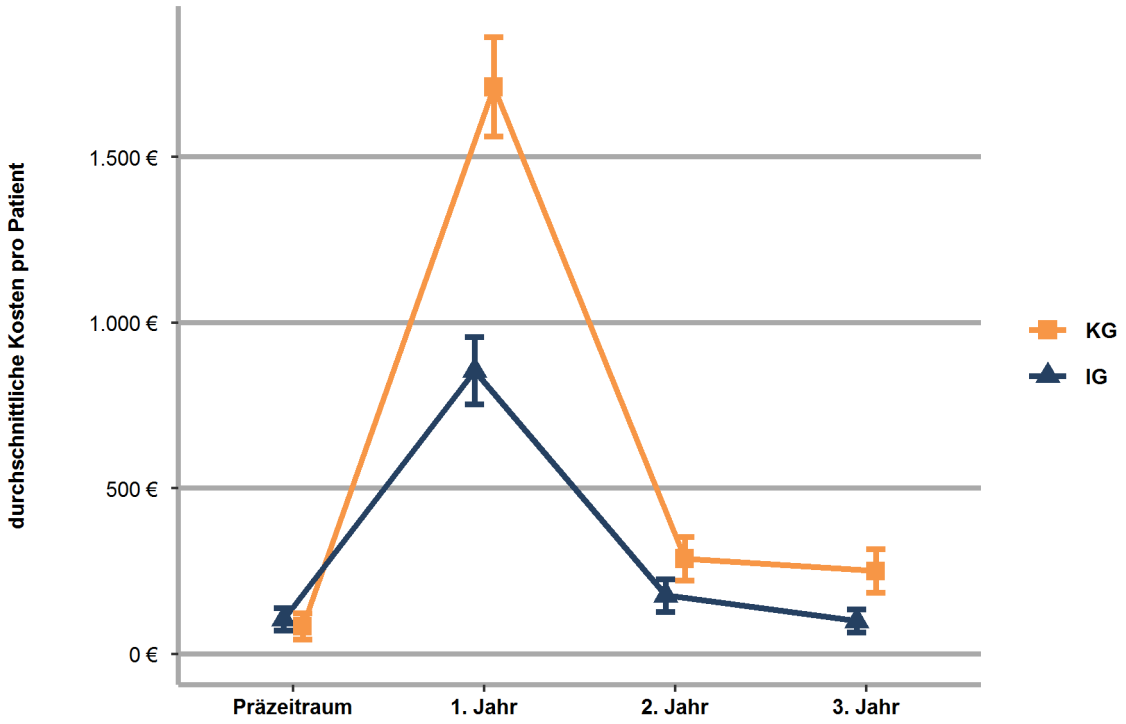
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	32	247	60	31	21	386	72	56
Mittelwert	**104,06 €**	**855,09 €**	**176,57 €**	**99,68 €**	**83,17 €**	**1.711,82 €**	**287,00 €**	**249,95 €**
Standardabweichung	829,02 €	2.451,46 €	1.180,51 €	830,49 €	937,11 €	3.577,71 €	1.551,23 €	1.551,81 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	126,85 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	11.442 €	20.740 €	19.316 €	13.248 €	17.592 €	23.941 €	25.605 €	22.776 €

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

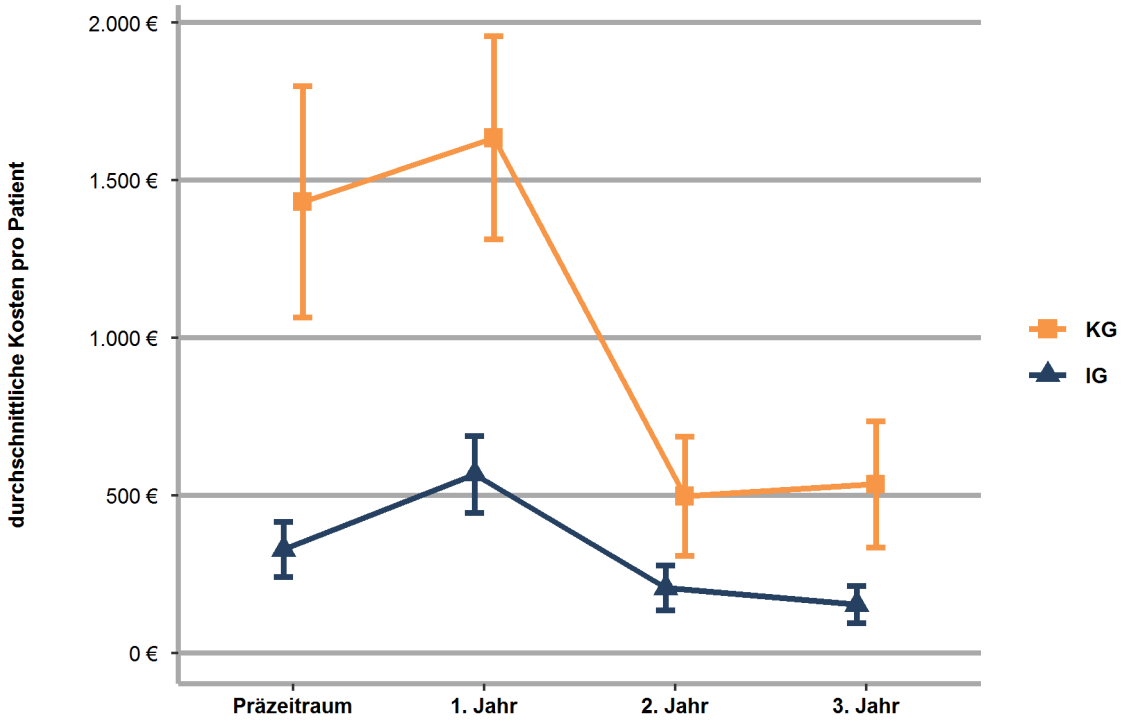


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	54	78	33	27	59	94	29	27
Mittelwert	**328,57 €**	**566,60 €**	**206,35 €**	**153,28 €**	**1.431,67 €**	**1.634,28 €**	**497,43 €**	**535,26 €**
Standardabweichung	1.483,22 €	2.063,97 €	1.198,17 €	977,20 €	6.159,14 €	5.402,73 €	3.143,90 €	3.296,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.754 €	22.625 €	16.825 €	11.430 €	58.929 €	37.436 €	43.999 €	35.773 €

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



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 104,

Tabelle 106 und

Abbildung 60) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 44,23 € mehr Kosten als die KG mit 25,60 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 277,74 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 224,90 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 34,21 € signifikant (p=0,022) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 120,93 €. In der KG sanken die Kosten auf 93,43 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1,90 € nicht signifikant (p=0,879) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und

Abbildung 61) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 430,62 € geringere Kosten als die KG mit 2.161,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 384,11 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.758,67 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 644,18 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 301,43 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.037,27 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 219,84 € signifikant (p=0,002) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 108 und

Abbildung 62) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 37,46 € weniger Kosten als die KG mit 43,77 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 325,61 €. In der KG stiegen die Kosten auf 306,43 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und

Abbildung 63) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 39,14 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 41,26 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG mit 301,50 € auf ein gleiches Niveau wie in der KG mit 301,16 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,45 € nicht signifikant (p=0,843) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 138,23 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 145,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1,45 € nicht signifikant (p=0,890) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 111 und

Abbildung 64) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 44,37 € größere Kosten als die KG mit 38,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 291,94 €. In der KG stiegen die Kosten auf 265,58 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 112,07 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 104,11 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 112 und

Abbildung 65) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 398,66 € weniger Kosten als die KG mit 1.979,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 374,60 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2.594,60 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 266,63 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.941,35 €.

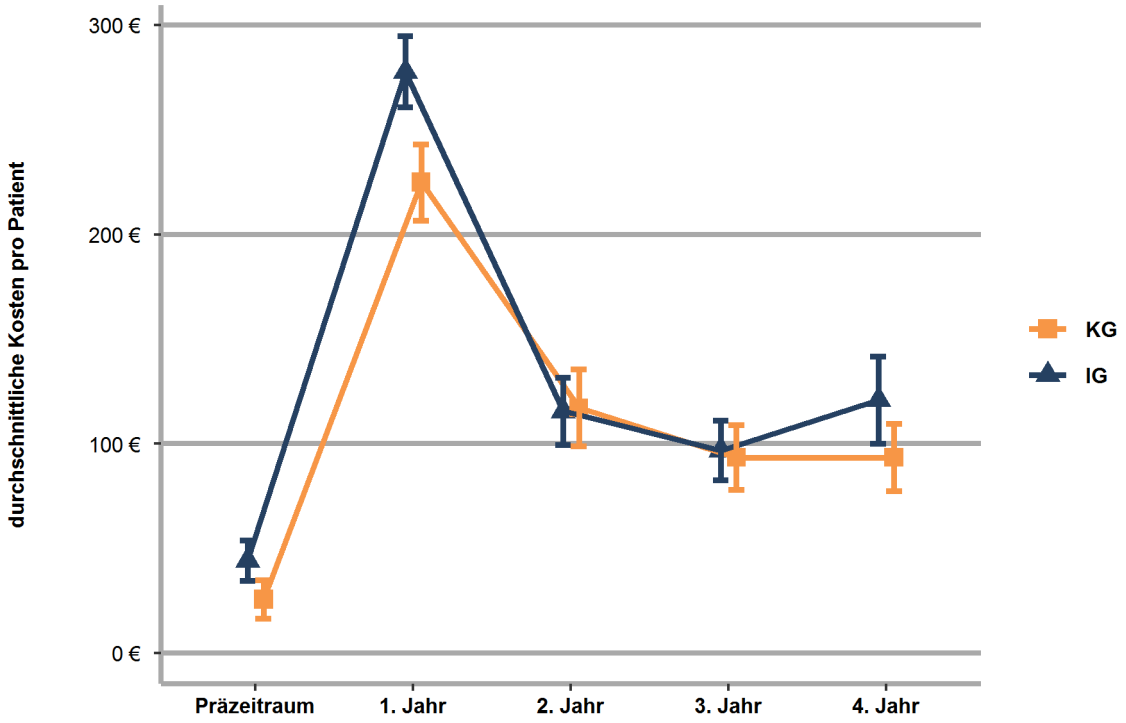
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	98	728	211	172	150	38	492	168	142	129
Mittelwert	**44,23 €**	**277,74 €**	**115,55 €**	**96,80 €**	**120,93 €**	**25,60 €**	**224,90 €**	**117,06 €**	**93,43 €**	**93,43 €**
Standardabweichung	167,00 €	291,34 €	274,85 €	240,18 €	353,68 €	153,15 €	307,12 €	306,70 €	255,32 €	264,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	121,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	168,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	136,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	353,00 €	45,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	260,87 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.495,31 €	2.619,19 €	3.019,83 €	1.377,43 €	4.477,43 €	2.107,78 €	1.691,92 €	3.109,04 €	2.215,53 €	2.324,34 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	582	639	433	395	368	470	562	424	397	378
Mittelwert	**430,62 €**	**384,11 €**	**280,21 €**	**273,34 €**	**301,43 €**	**2.161,00 €**	**2.758,67 €**	**2.159,50 €**	**2.066,36 €**	**2.037,27 €**
Standardabweichung	370,65 €	363,85 €	366,93 €	370,57 €	452,04 €	2.276,80 €	2.470,83 €	2.379,38 €	2.433,92 €	2.480,80 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	151,78 €	167,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	586,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	405,74 €	286,65 €	171,75 €	146,79 €	128,30 €	1.843,59 €	2.461,50 €	1.068,40 €	846,24 €	834,80 €
75%-Perzentil	584,71 €	488,82 €	406,20 €	412,10 €	418,50 €	3.456,69 €	4.549,35 €	3.880,44 €	3.859,28 €	3.897,78 €
Maximum	2.887 €	2.744 €	3.180 €	2.358 €	3.171 €	14.994 €	16.530 €	14.120 €	15.496 €	20.638 €

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

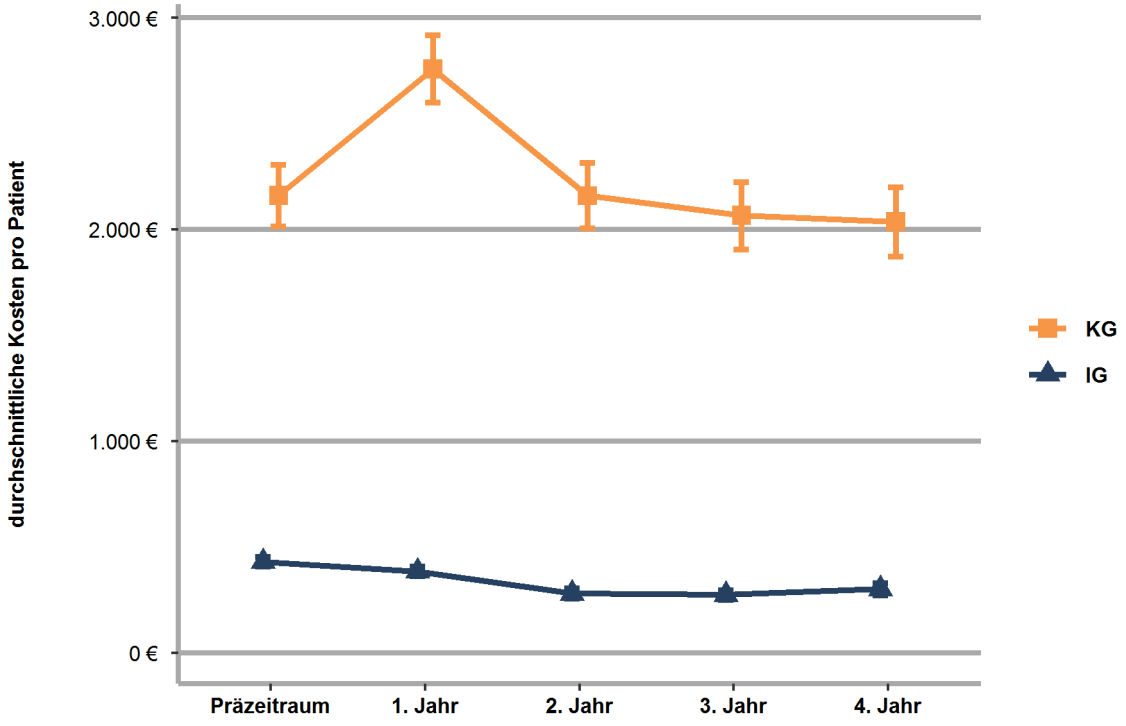


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	25,60 €	<0,001	25,60 €	<0,001	-20,49 €	0,211
IG (vs. KG)	18,63 €	0,021	18,63 €	0,021	-8,34 €	0,159
Post (vs. Prä)	107,40 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1,90 €	0,879				
1. Jahr (vs. Prä)			199,29 €	<0,001	214,32 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			91,46 €	<0,001	106,32 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			67,83 €	<0,001	82,75 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			67,82 €	<0,001	82,73 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			34,21 €	0,022	62,59 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-20,14 €	0,189	8,45 €	0,582
IG x Jahr 3 (DiD)			-15,26 €	0,257	13,22 €	0,322
IG x Jahr 4 (DiD)			8,88 €	0,592	37,42 €	0,023
Alter (30-47 J. vs. U30)					-3,63 €	0,756
Alter (48-64 J. vs. U30)					19,05 €	0,175
Alter (Ü64 vs. U30)					-18,81 €	0,306
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					3,58 €	0,732
F 00 (Demenz)					16,86 €	0,757
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					38,31 €	0,241
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-20,42 €	0,200
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					103,34 €	0,002
F 30-39 (Affektive Störungen)					26,65 €	0,036
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					16,32 €	0,331
F 45 (Somatoforme Störungen)					2,90 €	0,854
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-27,44 €	0,053
F 50 (Essstörungen)					-9,51 €	0,642
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					36,65 €	0,121
F 70-79 (Intelligenzstörung)					21,82 €	0,697
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					36,12 €	0,602
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					88,65 €	0,003
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,46 €	0,335
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					175,34 €	0,092
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					374,97 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8,79 €	0,257
R^2		0,026		0,070		0,118

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	2.161,00 €	<0,001	2.161,00 €	<0,001	-354,81 €	0,036
IG (vs. KG)	-1.730,38 €	<0,001	-1.730,38 €	<0,001	-2.050,79 €	<0,001
Post (vs. Prä)	99,44 €	0,148				
IG x Post (DiD)	-219,84 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			597,67 €	<0,001	2.136,44 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-1,50 €	0,985	1.534,23 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-94,64 €	0,253	1.436,41 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-123,73 €	0,158	1.406,83 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-644,18 €	<0,001	-342,06 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-148,90 €	0,060	154,74 €	0,086
IG x Jahr 3 (DiD)			-62,64 €	0,459	244,04 €	0,011
IG x Jahr 4 (DiD)			-5,46 €	0,952	304,06 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					411,90 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					495,23 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					282,23 €	0,034
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					102,93 €	0,184
F 00 (Demenz)					166,78 €	0,561
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1.286,27 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					355,12 €	0,065
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-54,79 €	0,677
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					977,04 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					294,74 €	0,007
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					411,13 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					490,16 €	0,007
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-279,36 €	0,192
F 50 (Essstörungen)					814,67 €	0,070
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					671,73 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					318,42 €	0,127
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-208,15 €	0,308
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					495,84 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-189,03 €	0,040
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					146,02 €	0,376
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.951,17 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					213,55 €	0,051
R^2		0,236		0,245		0,325

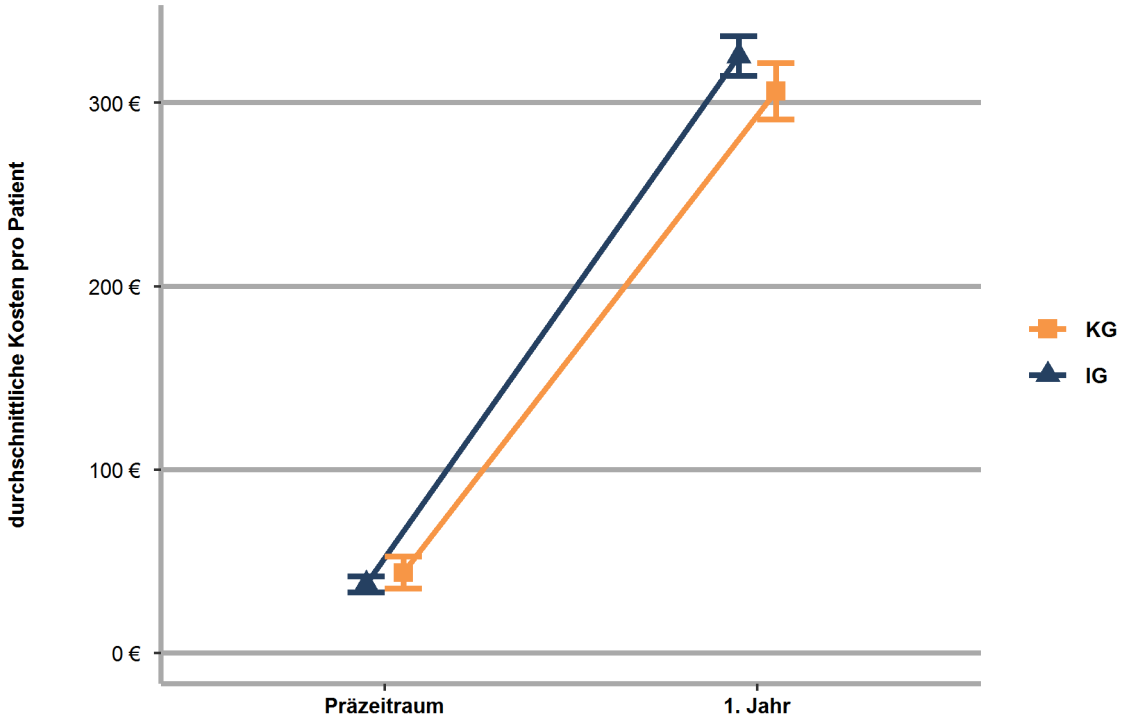
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	345	3.307	241	2.424
Mittelwert	**37,46 €**	**325,61 €**	**43,77 €**	**306,43 €**
Standardabweichung	155,20 €	389,05 €	316,36 €	559,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	109,94 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	182,81 €	0,00 €	156,98 €
75%-Perzentil	0,00 €	410,14 €	0,00 €	386,80 €
Maximum	2.495 €	7.930 €	10.150 €	15.736 €

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



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

Tabelle 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	257	2.345	710	172	1.709	574
Mittelwert	**39,14 €**	**301,50 €**	**138,23 €**	**41,26 €**	**301,16 €**	**145,15 €**
Standardabweichung	161,72 €	320,12 €	329,92 €	261,13 €	513,27 €	416,82 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	109,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	171,63 €	0,00 €	0,00 €	151,88 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	402,60 €	91,50 €	0,00 €	372,37 €	0,00 €
Maximum	2.495,31 €	3.056,68 €	3.229,74 €	7.640,10 €	7.247,64 €	6.600,30 €

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

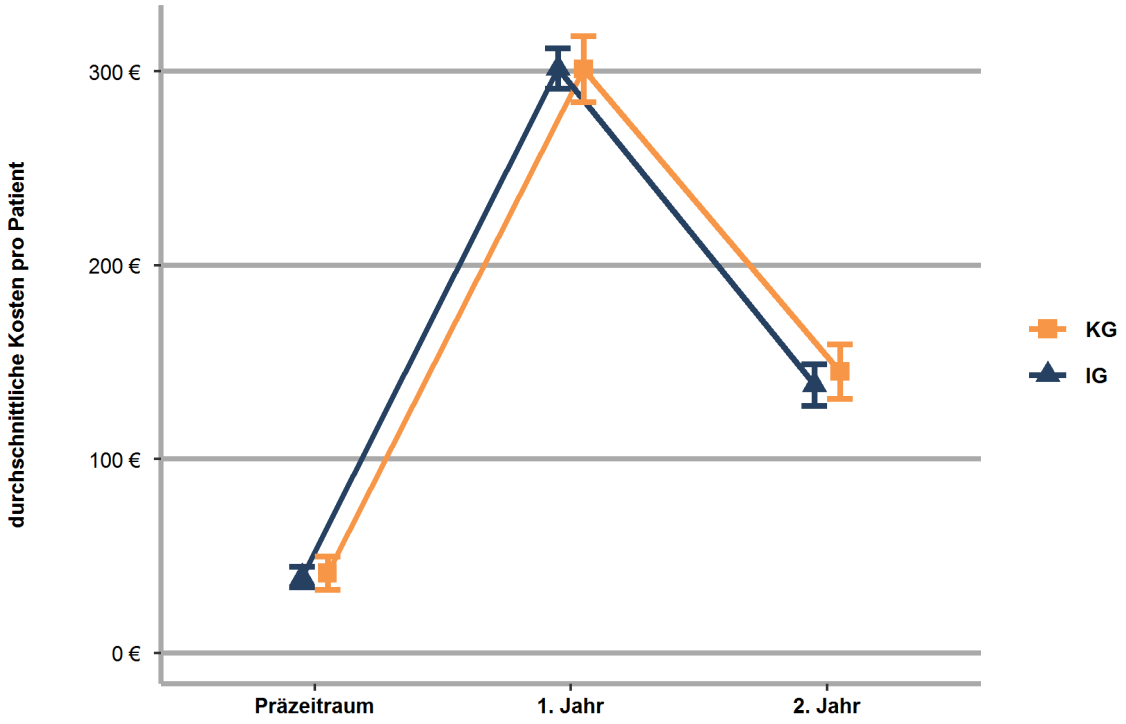


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	41,26 €	<0,001	41,26 €	<0,001	-15,44 €	0,123
IG (vs. KG)	-2,11 €	0,731	-2,11 €	0,731	-15,04 €	0,005
Post (vs. Prä)	182,87 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-1,45 €	0,890				
1. Jahr (vs. Prä)			259,91 €	<0,001	288,18 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			103,90 €	<0,001	132,02 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2,45 €	0,843	17,14 €	0,164
IG x Jahr 2 (DiD)			-4,81 €	0,666	9,89 €	0,372
Alter (30-47 J. vs. U30)					8,34 €	0,344
Alter (48-64 J. vs. U30)					9,26 €	0,353
Alter (Ü64 vs. U30)					-21,72 €	0,152
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					9,94 €	0,169
F 00 (Demenz)					52,42 €	0,171
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-64,44 €	0,020
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					76,33 €	0,004
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					14,71 €	0,869
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-38,50 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					63,05 €	0,005
F 30-39 (Affektive Störungen)					12,71 €	0,115
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					14,70 €	0,176
F 45 (Somatoforme Störungen)					3,77 €	0,716
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-20,67 €	0,059
F 50 (Essstörungen)					-13,96 €	0,244
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					72,84 €	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					20,77 €	0,367
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-11,10 €	0,704
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					101,90 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					15,41 €	0,319
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,02 €	0,882
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					455,07 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,51 €	0,135
R^2		0,055		0,086		0,137

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

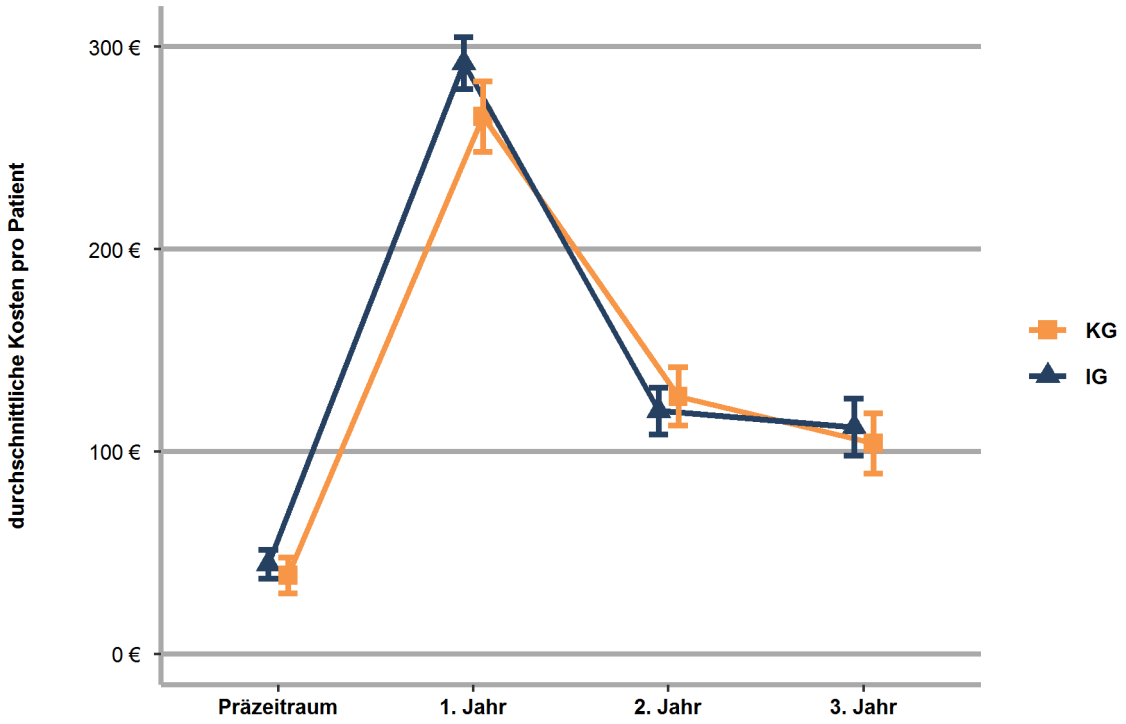
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	181	1.459	436	344	106	1.047	337	285
Mittelwert	**44,37 €**	**291,94 €**	**120,15 €**	**112,07 €**	**38,81 €**	**265,58 €**	**127,27 €**	**104,11 €**
Standardabweichung	174,49 €	310,45 €	279,64 €	337,58 €	210,87 €	416,60 €	340,30 €	352,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	100,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	170,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	143,93 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	389,16 €	91,50 €	0,00 €	0,00 €	320,98 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.495,31 €	3.056,68 €	3.229,74 €	5.359,69 €	3.812,40 €	6.655,68 €	4.302,24 €	8.379,24 €

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

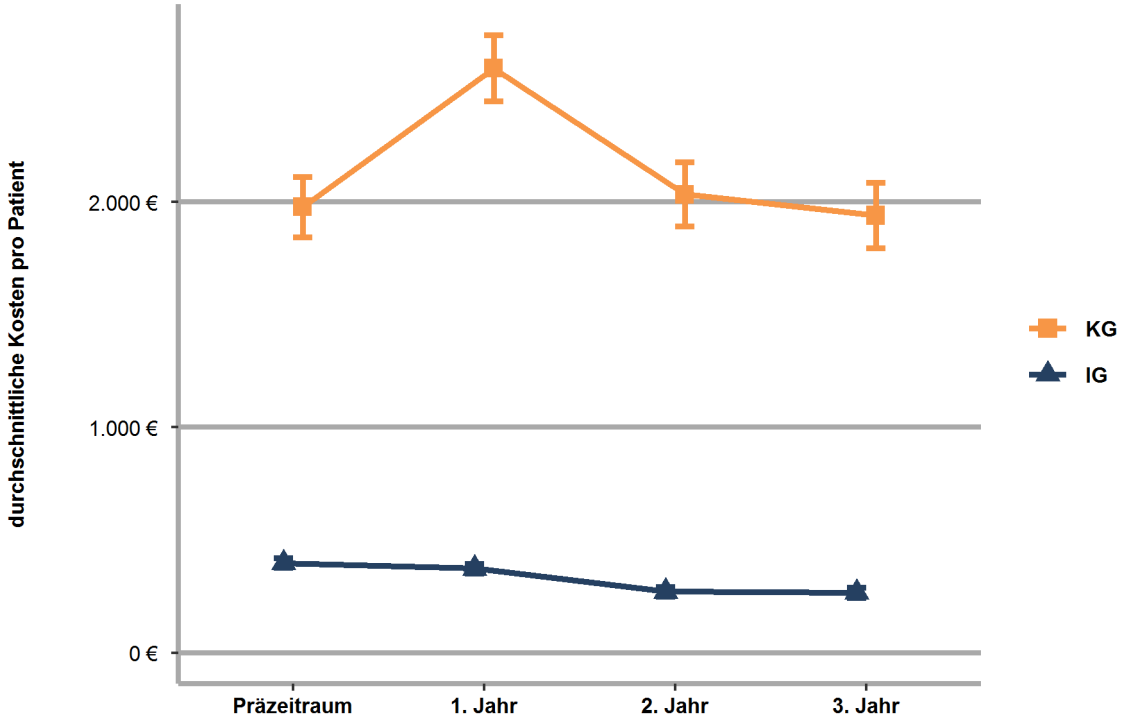


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	640	716	477	432	520	640	474	440
Mittelwert	**398,66 €**	**374,60 €**	**271,63 €**	**266,63 €**	**1.979,23 €**	**2.594,60 €**	**2.033,99 €**	**1.941,35 €**
Standardabweichung	367,25 €	357,74 €	361,73 €	373,00 €	2.248,54 €	2.444,56 €	2.361,76 €	2.410,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	126,87 €	166,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	483,63 €	0,00 €	0,00 €
Median	369,74 €	285,90 €	165,13 €	128,36 €	1.149,93 €	1.981,98 €	837,05 €	750,22 €
75%-Perzentil	562,14 €	479,91 €	400,76 €	407,96 €	3.299,93 €	4.421,94 €	3.791,73 €	3.759,81 €
Maximum	2.887 €	2.744 €	3.180 €	2.590 €	14.994 €	16.530 €	14.120 €	15.496 €

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



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und

Abbildung 66) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,04 € höhere Kosten als die KG mit 0,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,73 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,39 € nicht signifikant (p=0,709) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6,27 €. In der KG stiegen die Kosten auf 0,86 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 10,99 € signifikant (p<0,001) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 114, Tabelle 116 und

Abbildung 67) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,28 € mehr Kosten als die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,28 € nicht signifikant (p=0,318) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6,14 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 0,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 8,51 € signifikant (p=0,002) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 117 und

Abbildung 68) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5,46 € größere Kosten als die KG mit 5,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 13,32 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2,89 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 118, Tabelle 119 und

Abbildung 69) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5,90 € weniger Kosten als die KG mit 6,54 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 14,38 €. In der KG sanken die Kosten auf 3,27 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 11,76 € signifikant (p=0,011) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 16,62 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,63 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 13,68 € signifikant (p=0,002) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 120 und

Abbildung 70) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,45 € größere Kosten als die KG mit 0,35 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 11,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3,03 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 10,01 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,10 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 121 und

Abbildung 71) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,56 € höhere Kosten als die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2,28 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 24,41 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2,35 €.

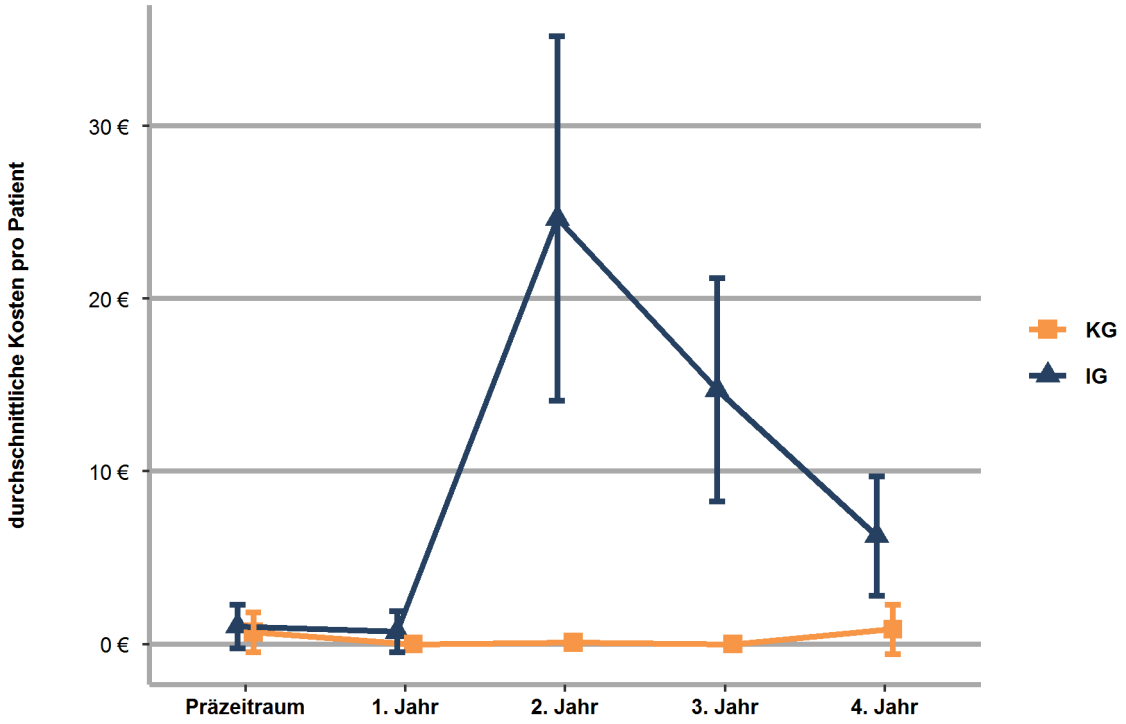
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	< 10	< 10	19	27	22	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**1,04 €**	**0,73 €**	**24,64 €**	**14,72 €**	**6,27 €**	**0,70 €**	**0,00 €**	**0,10 €**	**0,00 €**	**0,86 €**
Standardabweichung	21,86 €	20,23 €	180,26 €	109,89 €	58,51 €	19,49 €	0,00 €	2,81 €	0,00 €	23,33 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	551,51 €	573,25 €	2.380,15 €	1.715,24 €	862,66 €	540,43 €	0,00 €	77,33 €	0,00 €	631,22 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	19	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,28 €**	**0,00 €**	**6,92 €**	**25,35 €**	**6,14 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,16 €**	**2,72 €**	**0,15 €**
Standardabweichung	7,27 €	0,00 €	85,30 €	230,93 €	54,76 €	0,00 €	0,00 €	4,00 €	68,44 €	3,73 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	189,18 €	0,00 €	1.469,02 €	4.649,14 €	688,11 €	0,00 €	0,00 €	101,20 €	1.720,56 €	93,34 €

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

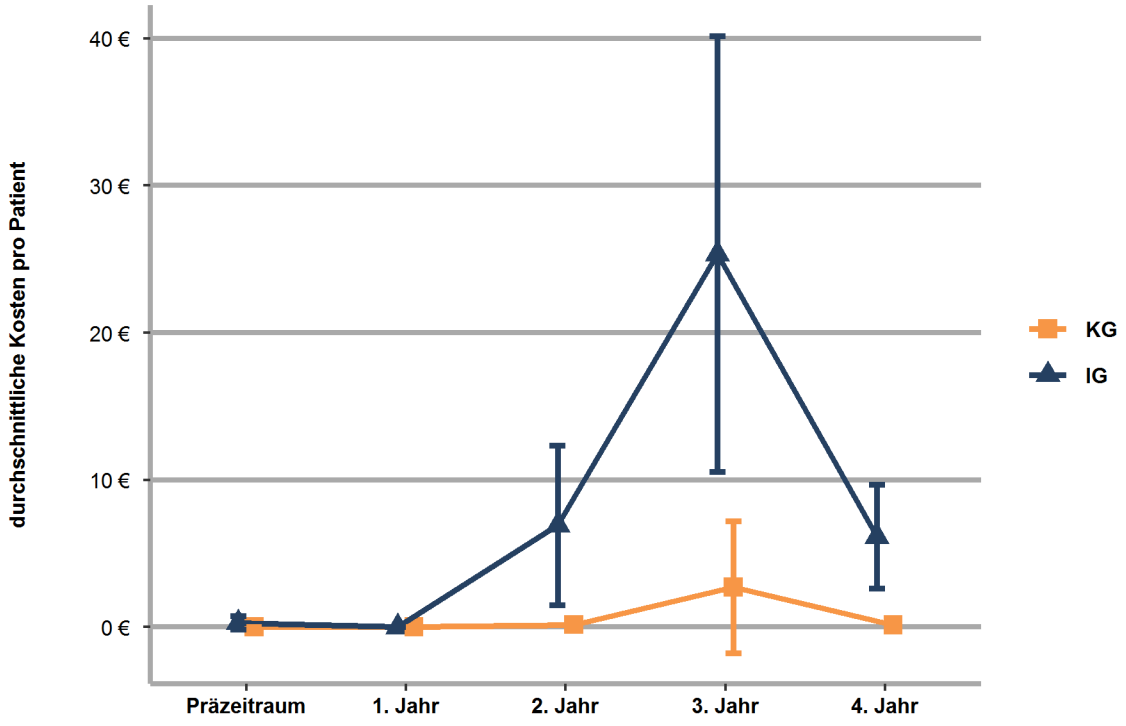


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,70 €	0,317	0,70 €	0,317	-0,67 €	0,813
IG (vs. KG)	0,34 €	0,748	0,34 €	0,748	0,33 €	0,768
Post (vs. Prä)	-0,47 €	0,525				
IG x Post (DiD)	10,99 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			-0,70 €	0,317	-0,26 €	0,742
2. Jahr (vs. Prä)			-0,60 €	0,398	-0,19 €	0,809
3. Jahr (vs. Prä)			-0,70 €	0,317	-0,32 €	0,688
4. Jahr (vs. Prä)			0,16 €	0,886	0,48 €	0,691
IG x Jahr 1 (DiD)			0,39 €	0,709	0,26 €	0,801
IG x Jahr 2 (DiD)			24,21 €	<0,001	24,07 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			14,39 €	<0,001	14,26 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			5,07 €	0,038	5,00 €	0,041
Alter (30-47 J. vs. U30)					-0,20 €	0,931
Alter (48-64 J. vs. U30)					1,30 €	0,637
Alter (Ü64 vs. U30)					-4,47 €	0,016
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,05 €	0,979
F 00 (Demenz)					-0,20 €	0,894
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					0,73 €	0,727
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-2,83 €	0,353
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-0,10 €	0,983
F 30-39 (Affektive Störungen)					0,82 €	0,746
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5,43 €	0,194
F 45 (Somatoforme Störungen)					-0,41 €	0,867
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1,76 €	0,480
F 50 (Essstörungen)					4,00 €	0,370
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					0,51 €	0,911
F 70-79 (Intelligenzstörung)					7,13 €	0,489
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-8,84 €	0,200
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1,01 €	0,743
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,02 €	0,287
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,57 €	0,515
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,78 €	0,165
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,37 €	0,698
R^2		0,006		0,012		0,014

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	-0,00 €		0,00 €	>0,999	8,53 €	0,144
IG (vs. KG)	0,28 €	0,317	0,28 €	0,318	1,16 €	0,049
Post (vs. Prä)	0,75 €	0,317				
IG x Post (DiD)	8,51 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			-0,00 €	>0,999	-1,28 €	0,166
2. Jahr (vs. Prä)			0,16 €	0,317	-1,22 €	0,186
3. Jahr (vs. Prä)			2,72 €	0,317	1,27 €	0,637
4. Jahr (vs. Prä)			0,15 €	0,317	-1,37 €	0,150
IG x Jahr 1 (DiD)			-0,28 €	0,318	-0,41 €	0,155
IG x Jahr 2 (DiD)			6,49 €	0,050	6,42 €	0,053
IG x Jahr 3 (DiD)			22,35 €	0,018	22,31 €	0,018
IG x Jahr 4 (DiD)			5,71 €	0,008	5,70 €	0,009
Alter (30-47 J. vs. U30)					-4,18 €	0,287
Alter (48-64 J. vs. U30)					-6,48 €	0,048
Alter (Ü64 vs. U30)					-9,55 €	0,005
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					3,79 €	0,016
F 00 (Demenz)					-1,12 €	0,562
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3,95 €	0,222
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-3,83 €	0,311
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,77 €	0,017
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-6,92 €	0,098
F 30-39 (Affektive Störungen)					-5,01 €	0,244
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1,23 €	0,698
F 45 (Somatoforme Störungen)					-5,23 €	0,124
F 40-48 (ohne F43 und F45)					17,20 €	0,132
F 50 (Essstörungen)					-7,97 €	0,005
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					9,12 €	0,314
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-4,63 €	0,022
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-4,48 €	0,038
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-6,45 €	0,092
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,06 €	0,953
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,88 €	0,073
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,09 €	0,882
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,29 €	0,073
R^2		0,003		0,008		0,014

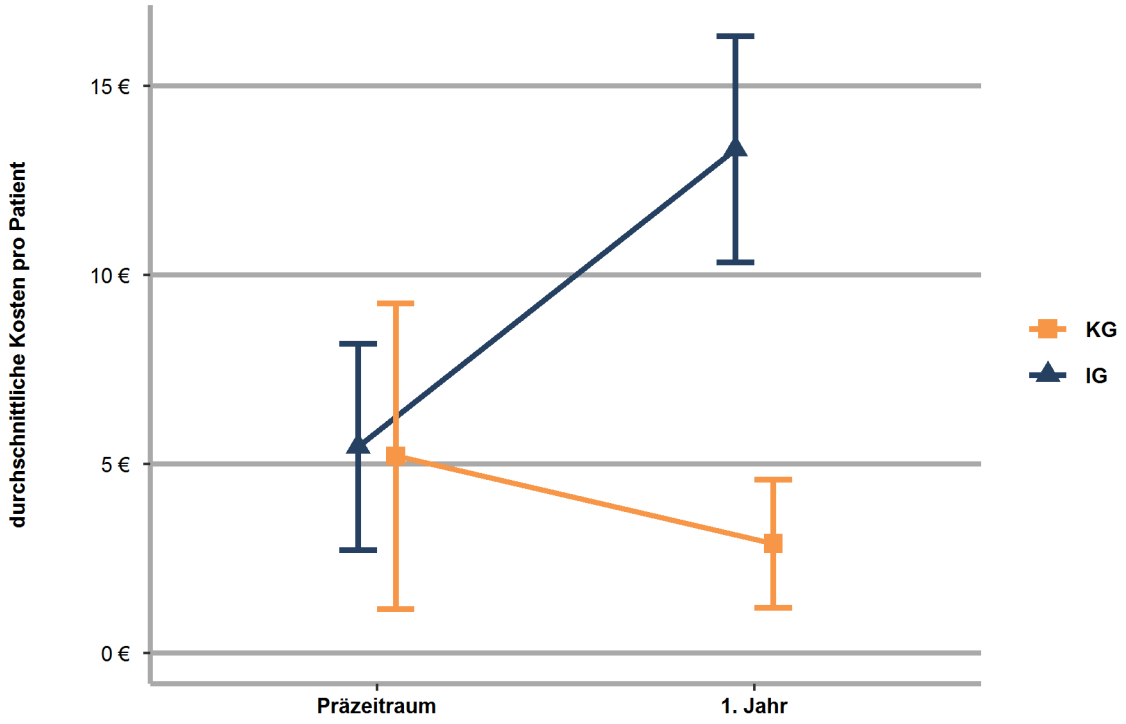
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	32	84	10	20
Mittelwert	**5,46 €**	**13,32 €**	**5,21 €**	**2,89 €**
Standardabweichung	98,62 €	108,28 €	146,10 €	61,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.226,06 €	1.904,36 €	6.846,06 €	2.915,96 €

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



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

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

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	14	53	78	< 10	13	14
Mittelwert	**5,90 €**	**14,38 €**	**16,62 €**	**6,54 €**	**3,27 €**	**1,63 €**
Standardabweichung	113,03 €	120,05 €	137,67 €	172,81 €	70,28 €	31,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.226,06 €	1.904,36 €	2.380,15 €	6.846,06 €	2.915,96 €	1.113,42 €

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

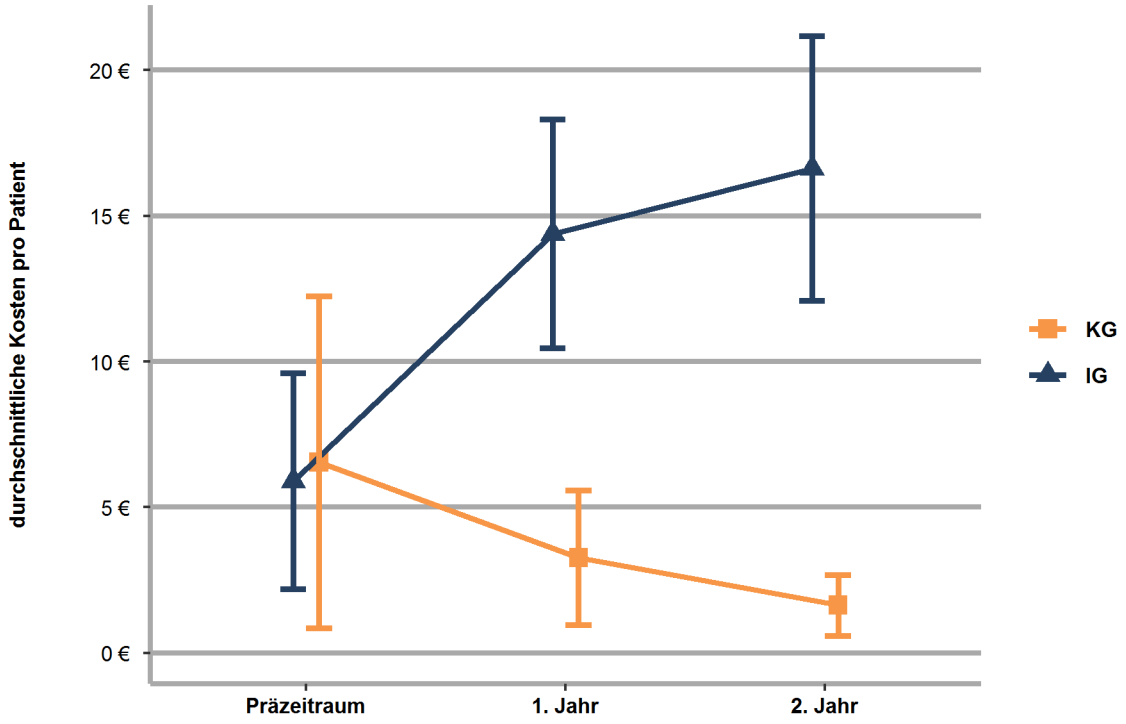


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	6,54 €	0,059	6,54 €	0,059	3,58 €	0,466
IG (vs. KG)	-0,65 €	0,876	-0,65 €	0,876	-1,86 €	0,682
Post (vs. Prä)	-4,08 €	0,252				
IG x Post (DiD)	13,68 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			-3,28 €	0,377	-1,97 €	0,675
2. Jahr (vs. Prä)			-4,91 €	0,163	-3,73 €	0,414
IG x Jahr 1 (DiD)			11,76 €	0,011	12,58 €	0,012
IG x Jahr 2 (DiD)			15,64 €	0,002	16,48 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					-0,30 €	0,933
Alter (48-64 J. vs. U30)					-3,76 €	0,168
Alter (Ü64 vs. U30)					-5,70 €	0,095
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-3,14 €	0,246
F 00 (Demenz)					1,73 €	0,438
F 01 (Vaskuläre Demenz)					0,07 €	0,981
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1,81 €	0,426
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-2,98 €	0,325
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-2,76 €	0,206
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-0,13 €	0,964
F 30-39 (Affektive Störungen)					4,21 €	0,090
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,22 €	0,562
F 45 (Somatoforme Störungen)					2,34 €	0,473
F 40-48 (ohne F43 und F45)					10,11 €	0,195
F 50 (Essstörungen)					16,13 €	0,025
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					10,42 €	0,369
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2,96 €	0,543
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-7,72 €	0,004
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2,58 €	0,463
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,31 €	0,382
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4,98 €	0,840
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,64 €	0,261
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,55 €	0,905
R^2		0,002		0,002		0,006

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

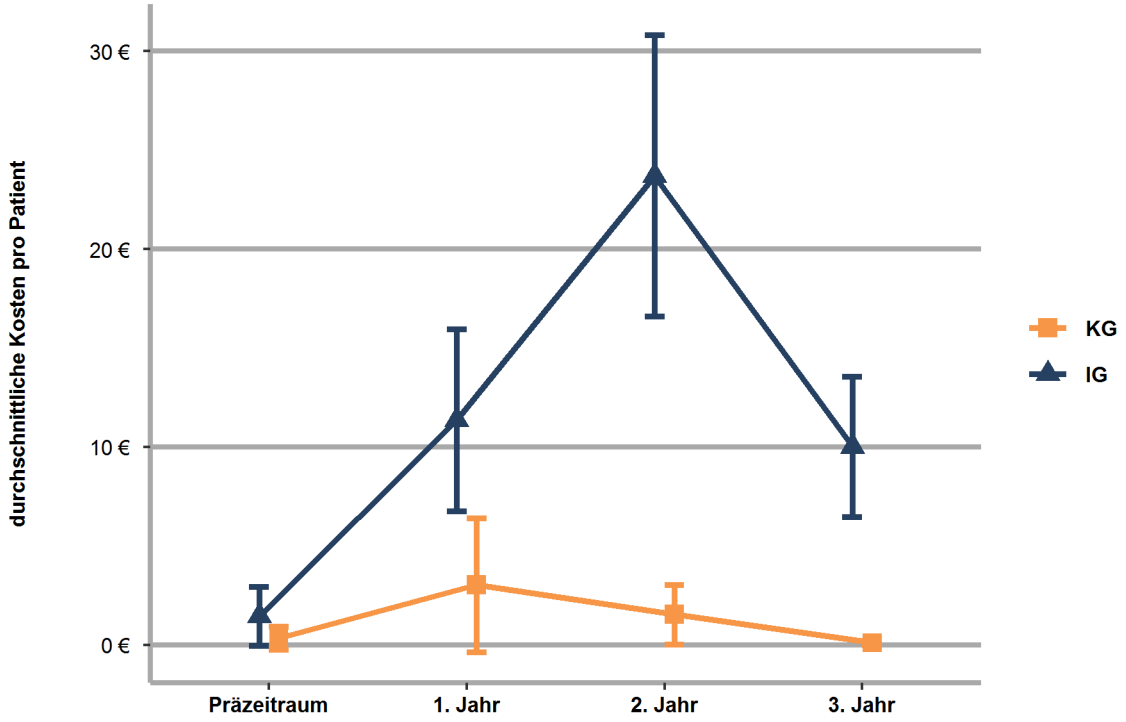
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	< 10	25	50	49	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**1,45 €**	**11,36 €**	**23,70 €**	**10,01 €**	**0,35 €**	**3,03 €**	**1,53 €**	**0,10 €**
Standardabweichung	35,91 €	111,70 €	170,72 €	85,08 €	13,76 €	80,85 €	35,60 €	2,95 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.278,33 €	1.891,72 €	2.380,15 €	1.715,24 €	540,43 €	2.915,96 €	1.113,42 €	107,61 €

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

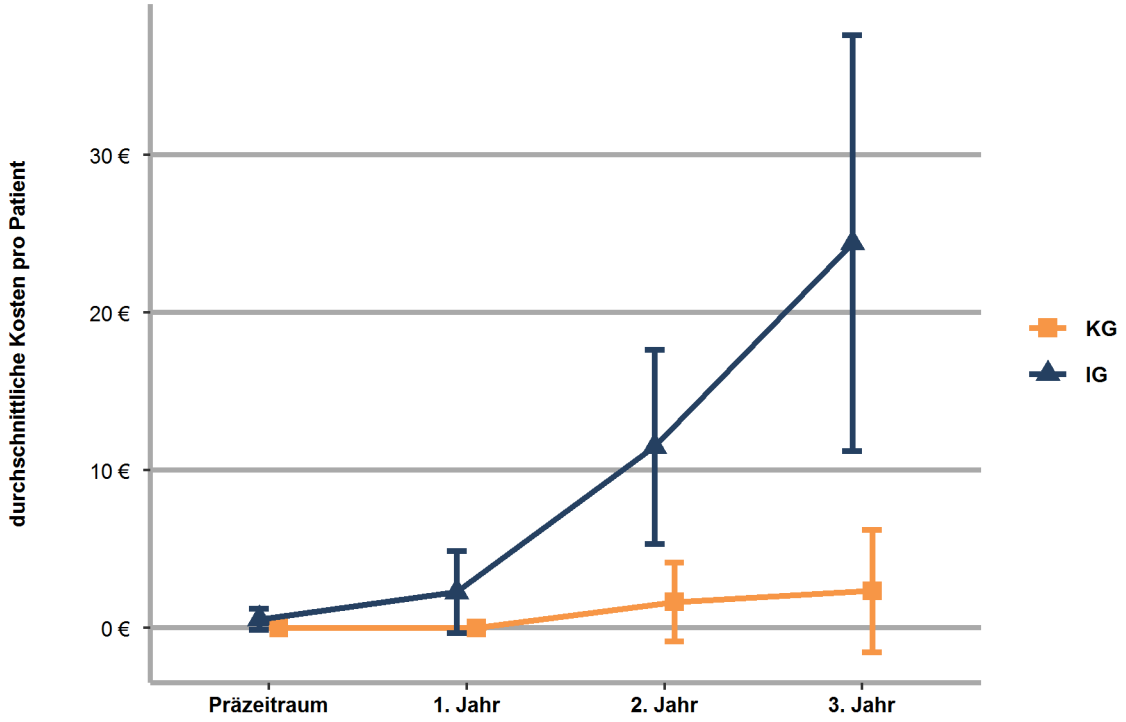


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	< 10	< 10	14	23	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,56 €**	**2,28 €**	**11,50 €**	**24,41 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**1,66 €**	**2,35 €**
Standardabweichung	11,08 €	43,68 €	103,29 €	219,18 €	0,00 €	0,00 €	41,60 €	63,59 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	242,00 €	968,67 €	1.469,02 €	4.649,14 €	0,00 €	0,00 €	1.129,68 €	1.720,56 €

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



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 122, Tabelle 124 und

Abbildung 72) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 347,97 € höhere Kosten als die KG mit 309,90 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 636,38 €. In der KG stiegen die Kosten auf 474,46 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 123,84 € signifikant (p=0,003) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 147,33 €. In der KG sanken die Kosten auf 136,60 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 50,82 € nicht signifikant (p=0,076) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 123, Tabelle 125 und

Abbildung 73) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 329,87 € mehr Kosten als die KG mit 267,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 388,25 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 299,66 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 26,01 € nicht signifikant (p=0,455) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 109,95 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 113,18 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 24,93 € nicht signifikant (p=0,358) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 126 und

Abbildung 74) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 297,65 € geringere Kosten als die KG mit 322,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 394,86 €. In der KG stiegen die Kosten auf 340,84 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 127, Tabelle 128 und

Abbildung 75) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 342,32 € geringere Kosten als die KG mit 365,04 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 466,84 €. In der KG stiegen die Kosten auf 389,61 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 99,96 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 299,07 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 252,64 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 84,43 € signifikant ($p<0,001$) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 129 und

Abbildung 76) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 371,06 € größere Kosten als die KG mit 365,52 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 604,69 €. In der KG stiegen die Kosten auf 480,40 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 171,86 €. In der KG sanken die Kosten auf 171,45 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 130 und

Abbildung 77) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 339,21 € höhere Kosten als die KG mit 295,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 405,50 €. In der KG stiegen die Kosten auf 322,22 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 177,77 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 166,11 €.

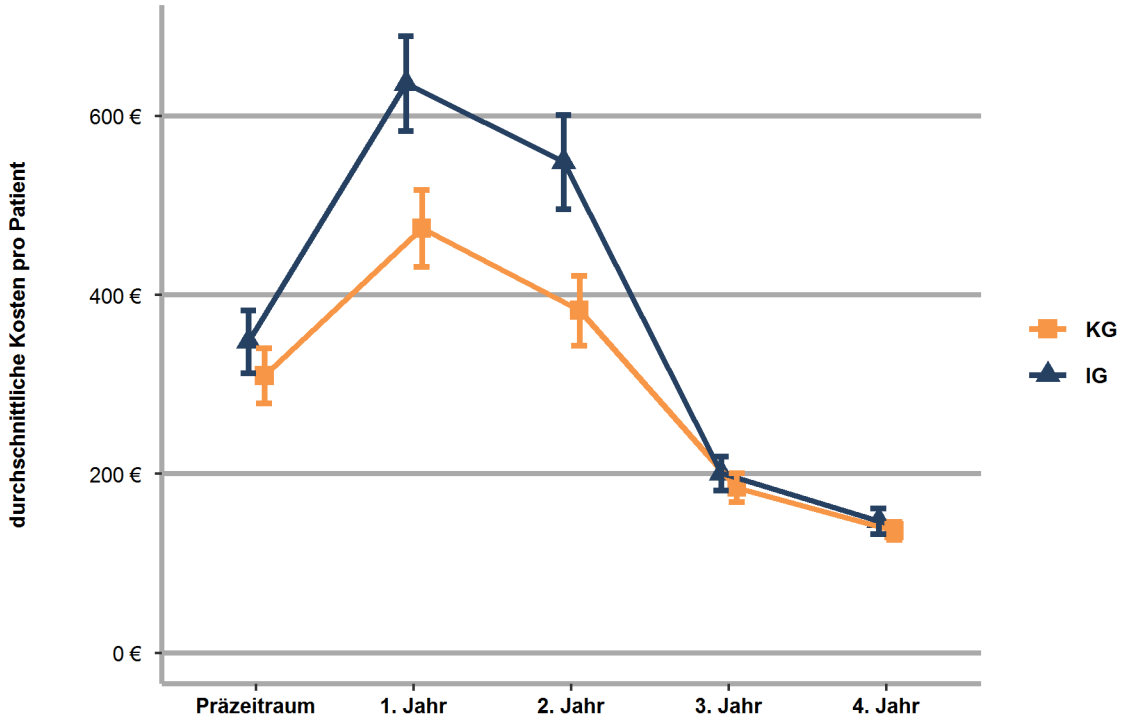
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	696	731	661	620	597	674	700	646	627	583
Mittelwert	**347,97 €**	**636,38 €**	**548,94 €**	**200,64 €**	**147,33 €**	**309,90 €**	**474,46 €**	**382,82 €**	**184,81 €**	**136,60 €**
Standardabweichung	605,38 €	910,10 €	897,60 €	323,15 €	240,99 €	521,15 €	723,54 €	651,96 €	269,39 €	167,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	28,20 €	43,19 €	18,20 €	11,15 €	5,28 €	26,78 €	40,49 €	23,55 €	16,47 €	12,07 €
Median	122,66 €	199,36 €	125,13 €	73,50 €	61,05 €	121,31 €	174,87 €	108,05 €	81,14 €	67,56 €
75%-Perzentil	323,89 €	894,14 €	574,91 €	261,53 €	205,03 €	309,23 €	502,23 €	374,72 €	255,52 €	206,99 €
Maximum	3.849,49 €	4.810,23 €	4.712,58 €	2.868,37 €	2.969,17 €	3.534,15 €	3.698,53 €	4.037,00 €	2.759,48 €	1.032,01 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	628	627	600	576	551	550	568	543	527	514
Mittelwert	**329,87 €**	**388,25 €**	**317,04 €**	**181,36 €**	**109,95 €**	**267,29 €**	**299,66 €**	**276,79 €**	**157,52 €**	**113,18 €**
Standardabweichung	586,03 €	719,93 €	643,52 €	312,11 €	137,88 €	475,66 €	586,71 €	563,19 €	269,03 €	146,01 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	35,76 €	32,91 €	31,37 €	22,92 €	16,35 €	14,74 €	24,65 €	16,75 €	14,28 €	14,82 €
Median	96,38 €	97,92 €	84,22 €	67,08 €	57,02 €	72,81 €	69,36 €	60,77 €	55,09 €	50,44 €
75%-Perzentil	296,27 €	299,23 €	240,64 €	206,60 €	148,62 €	265,54 €	263,25 €	226,53 €	193,65 €	154,74 €
Maximum	3.447,38 €	3.984,23 €	5.279,31 €	2.305,63 €	952,73 €	2.666,32 €	3.498,16 €	3.898,91 €	2.437,11 €	948,96 €

Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

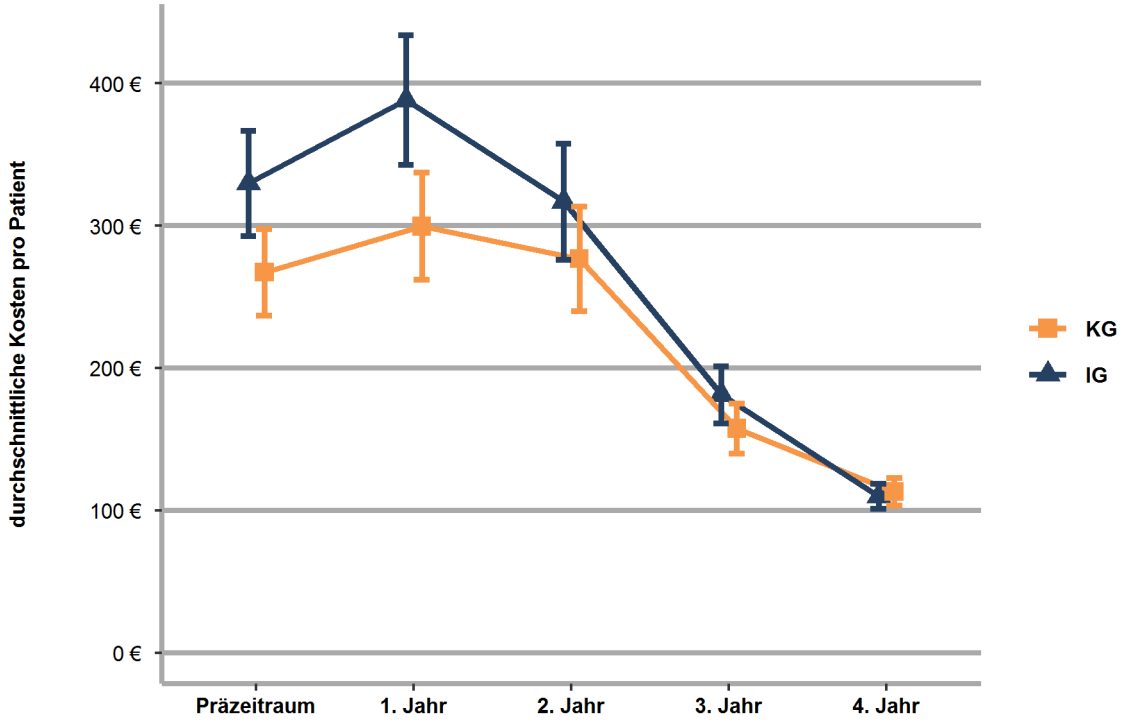


Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	309,90 €	<0,001	309,90 €	<0,001	-175,09 €	<0,001
IG (vs. KG)	38,07 €	0,181	38,07 €	0,181	37,23 €	0,168
Post (vs. Prä)	-12,93 €	0,486				
IG x Post (DiD)	50,82 €	0,076				
1. Jahr (vs. Prä)			164,56 €	<0,001	458,43 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			72,92 €	0,006	365,58 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-125,09 €	<0,001	166,71 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-173,31 €	<0,001	116,30 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			123,84 €	0,003	123,51 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			128,05 €	0,003	127,09 €	0,003
IG x Jahr 3 (DiD)			-22,24 €	0,439	-23,20 €	0,412
IG x Jahr 4 (DiD)			-27,33 €	0,331	-26,54 €	0,334
Alter (30-47 J. vs. U30)					100,30 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					74,09 €	0,006
Alter (Ü64 vs. U30)					-48,06 €	0,184
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					93,71 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-82,38 €	0,029
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-47,55 €	0,159
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-97,07 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					61,01 €	0,150
F 30-39 (Affektive Störungen)					125,24 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					117,75 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-16,55 €	0,577
F 40-48 (ohne F43 und F45)					30,60 €	0,407
F 50 (Essstörungen)					-6,88 €	0,868
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					11,39 €	0,811
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-70,74 €	0,114
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-60,34 €	0,258
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					34,54 €	0,486
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					221,46 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,44 €	0,943
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					23,80 €	0,724
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					308,11 €	<0,001
R^2		0,004		0,073		0,116

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

Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	267,29 €	<0,001	267,29 €	<0,001	5,12 €	0,902
IG (vs. KG)	62,58 €	0,032	62,58 €	0,032	52,65 €	0,063
Post (vs. Prä)	-54,18 €	0,002				
IG x Post (DiD)	-24,93 €	0,358				
1. Jahr (vs. Prä)			32,37 €	0,139	279,70 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			9,50 €	0,689	254,32 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-109,77 €	<0,001	133,53 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-154,11 €	<0,001	88,36 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			26,01 €	0,455	41,27 €	0,250
IG x Jahr 2 (DiD)			-22,33 €	0,546	-5,66 €	0,880
IG x Jahr 3 (DiD)			-38,74 €	0,186	-21,35 €	0,464
IG x Jahr 4 (DiD)			-65,81 €	0,020	-48,37 €	0,083
Alter (30-47 J. vs. U30)					25,28 €	0,358
Alter (48-64 J. vs. U30)					-15,33 €	0,581
Alter (Ü64 vs. U30)					-134,92 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					71,81 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-52,49 €	0,439
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					151,49 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-68,53 €	0,026
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-79,46 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-59,13 €	0,058
F 30-39 (Affektive Störungen)					24,32 €	0,341
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-29,99 €	0,268
F 45 (Somatoforme Störungen)					2,54 €	0,950
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-34,34 €	0,441
F 50 (Essstörungen)					-32,81 €	0,613
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					74,74 €	0,151
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-62,65 €	0,055
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-85,93 €	0,051
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-54,42 €	0,069
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					66,95 €	0,046
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					278,54 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-65,93 €	0,042
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					304,57 €	<0,001
R^2		0,005		0,034		0,078

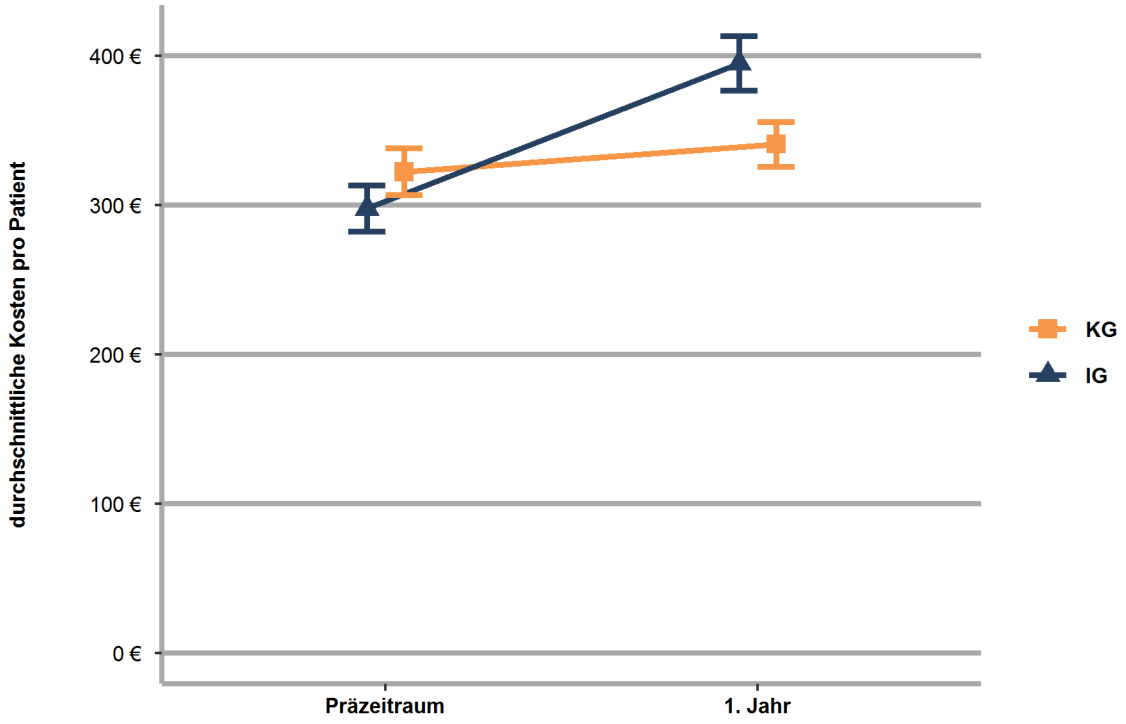
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	3.035	3.165	3.103	3.216
Mittelwert	**297,65 €**	**394,86 €**	**322,27 €**	**340,84 €**
Standardabweichung	554,71 €	655,59 €	568,63 €	543,60 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	22,12 €	36,20 €	28,35 €	39,28 €
Median	96,34 €	149,25 €	114,90 €	159,07 €
75%-Perzentil	291,39 €	411,04 €	319,14 €	382,59 €
Maximum	4.518,37 €	4.810,23 €	4.840,89 €	5.294,65 €

Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	2.178	2.289	2.060	2.190	2.276	2.056
Mittelwert	**342,32 €**	**466,84 €**	**299,07 €**	**365,04 €**	**389,61 €**	**252,64 €**
Standardabweichung	626,09 €	744,87 €	581,64 €	637,29 €	616,91 €	441,94 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,49 €	38,46 €	16,30 €	28,24 €	42,46 €	20,77 €
Median	101,61 €	161,62 €	89,06 €	123,32 €	164,49 €	96,30 €
75%-Perzentil	312,34 €	478,20 €	285,90 €	339,76 €	411,75 €	297,46 €
Maximum	4.518,37 €	4.810,23 €	4.712,58 €	4.840,89 €	5.294,65 €	4.037,00 €

Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

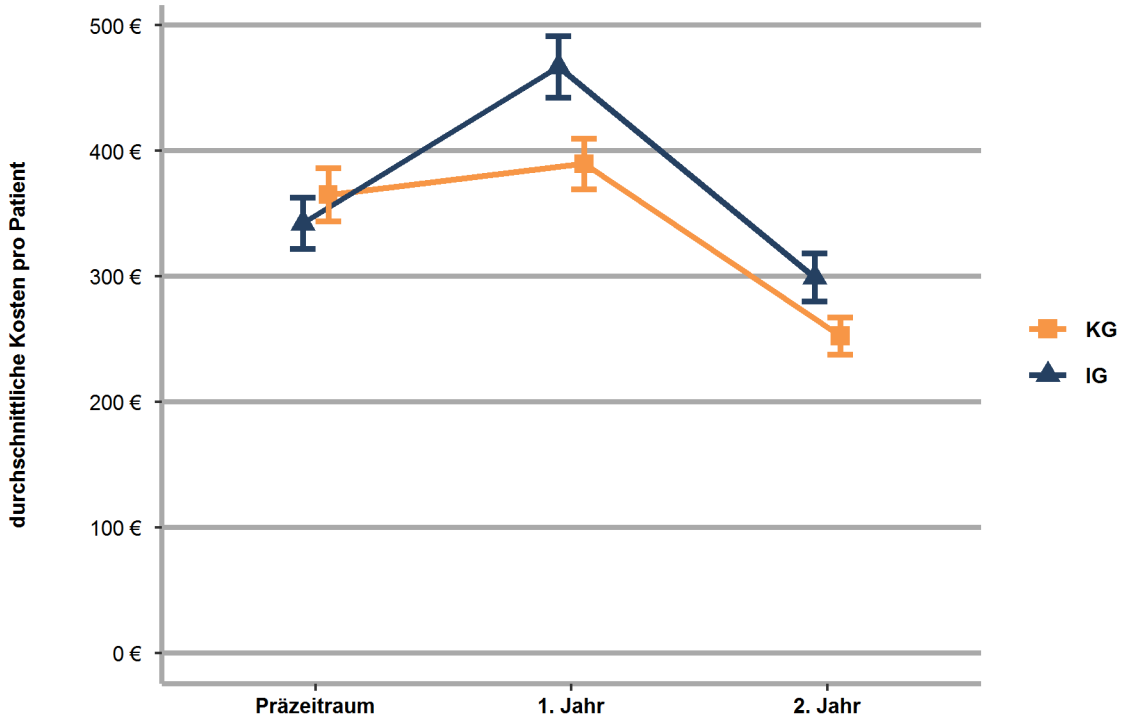


Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	365,04 €	<0,001	365,04 €	<0,001	-132,01 €	<0,001
IG (vs. KG)	-22,73 €	0,203	-22,73 €	0,203	-17,64 €	0,307
Post (vs. Prä)	-43,07 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	84,43 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			24,56 €	0,082	350,98 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-112,41 €	<0,001	209,76 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			99,96 €	<0,001	97,10 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			69,16 €	<0,001	67,26 €	0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					69,63 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					48,84 €	0,004
Alter (Ü64 vs. U30)					-109,79 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					88,76 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-44,62 €	0,073
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-111,88 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-31,49 €	0,194
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-50,52 €	0,158
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-81,66 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					47,13 €	0,102
F 30-39 (Affektive Störungen)					126,03 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					125,02 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-5,14 €	0,794
F 40-48 (ohne F43 und F45)					29,49 €	0,260
F 50 (Essstörungen)					-5,15 €	0,841
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					34,05 €	0,312
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-115,65 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-58,15 €	0,082
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					28,85 €	0,349
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					159,98 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					66,01 €	0,435
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					146,43 €	0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					337,56 €	<0,001
R^2		0,002		0,012		0,067

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

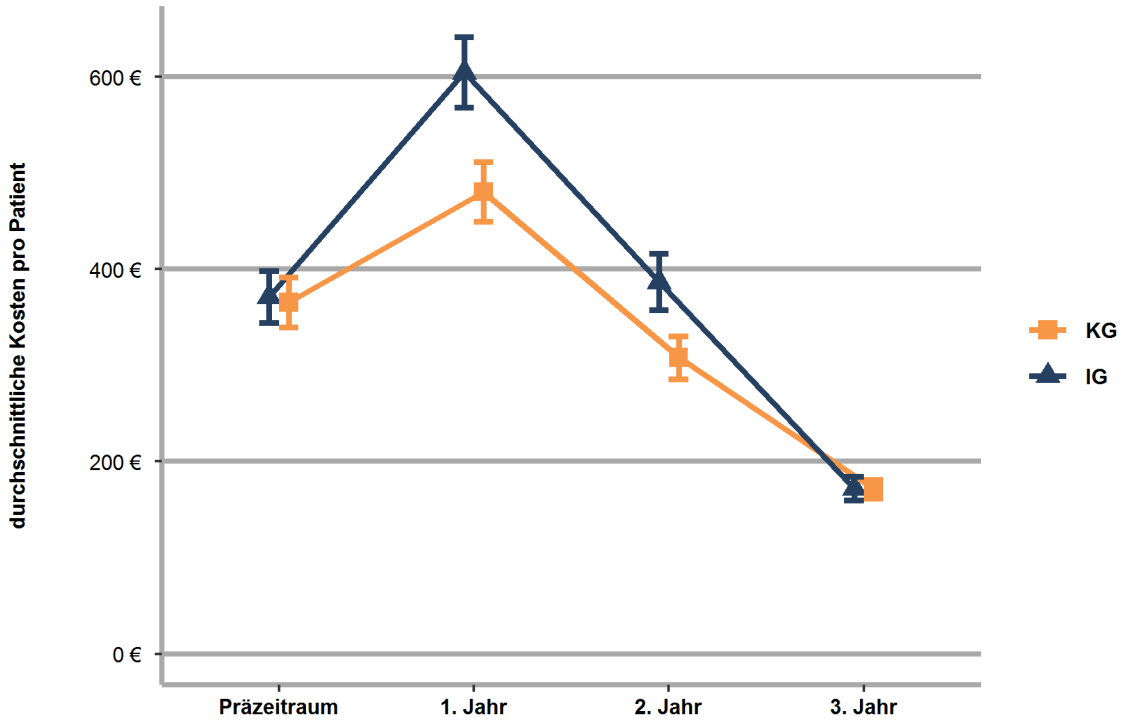
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 129: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	1.387	1.462	1.299	1.225	1.363	1.424	1.293	1.248
Mittelwert	**371,06 €**	**604,69 €**	**386,87 €**	**171,86 €**	**365,52 €**	**480,40 €**	**308,15 €**	**171,45 €**
Standardabweichung	654,12 €	882,95 €	703,84 €	292,51 €	625,01 €	734,15 €	528,05 €	229,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	27,52 €	43,91 €	17,57 €	10,55 €	28,23 €	45,23 €	24,25 €	16,78 €
Median	112,65 €	194,37 €	100,40 €	68,60 €	129,48 €	174,70 €	107,71 €	85,80 €
75%-Perzentil	344,68 €	788,57 €	361,02 €	226,49 €	346,39 €	507,96 €	343,35 €	253,23 €
Maximum	4.358,87 €	4.810,23 €	4.712,58 €	3.653,68 €	4.840,89 €	5.294,65 €	4.037,00 €	2.759,48 €

Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

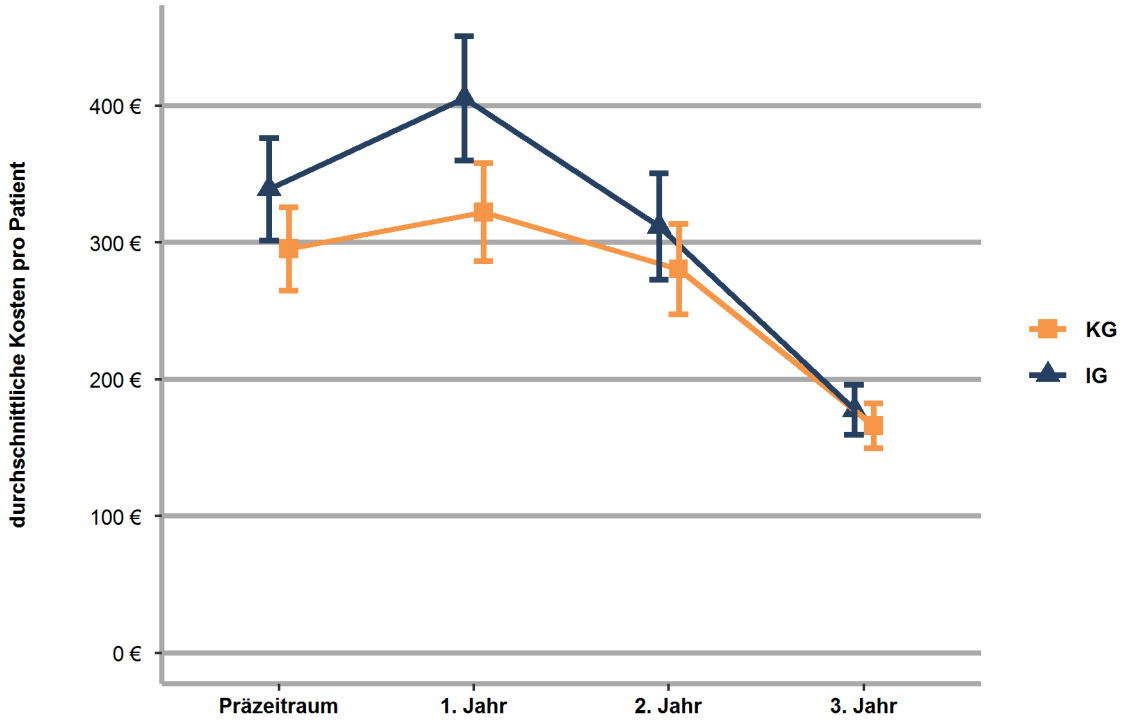


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 130: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	706	709	676	646	649	666	635	615
Mittelwert	**339,21 €**	**405,50 €**	**311,85 €**	**177,77 €**	**295,41 €**	**322,22 €**	**280,69 €**	**166,11 €**
Standardabweichung	630,89 €	763,12 €	651,14 €	302,93 €	511,13 €	601,85 €	547,94 €	268,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	34,50 €	33,31 €	28,98 €	22,16 €	18,66 €	26,71 €	19,30 €	15,84 €
Median	97,27 €	98,84 €	86,41 €	67,11 €	85,32 €	76,75 €	65,73 €	61,76 €
75%-Perzentil	295,12 €	311,04 €	233,84 €	201,31 €	296,76 €	277,12 €	252,74 €	205,24 €
Maximum	6.149,57 €	6.568,88 €	5.679,93 €	2.305,63 €	3.036,35 €	4.307,66 €	3.898,91 €	2.437,11 €

Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und

Abbildung 78) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 321,69 € mehr Kosten als die KG mit 175,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 380,96 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 318,81 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 83,70 € signifikant (p=0,024) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 317,30 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 255,16 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 89,78 € signifikant (p=0,012) schwächer als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und

Abbildung 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 803,01 € mehr Kosten als die KG mit 783,52 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 801,94 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 822,23 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 39,78 € nicht signifikant (p=0,388) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 591,20 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 644,72 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 52,88 € nicht signifikant (p=0,380) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 135 und

Abbildung 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 234,03 € größere Kosten als die KG mit 201,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 328,18 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 309,77 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 136, Tabelle 137 und

Abbildung 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 255,46 € mehr Kosten als die KG mit 201,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 357,83 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 315,73 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 11,53 € nicht signifikant (p=0,521) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 303,83 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 275,28 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 18,33 € nicht signifikant (p=0,328) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 138 und

Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 286,30 € höhere Kosten als die KG mit 203,56 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 374,68 €. In der KG stiegen die Kosten auf 316,63 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 295,58 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 276,86 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 139 und

Abbildung 83) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 736,78 € niedrigere Kosten als die KG mit 759,52 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 751,83 €. In der KG stiegen die Kosten auf 789,02 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 634,80 €. In der KG sanken die Kosten auf 630,47 €.

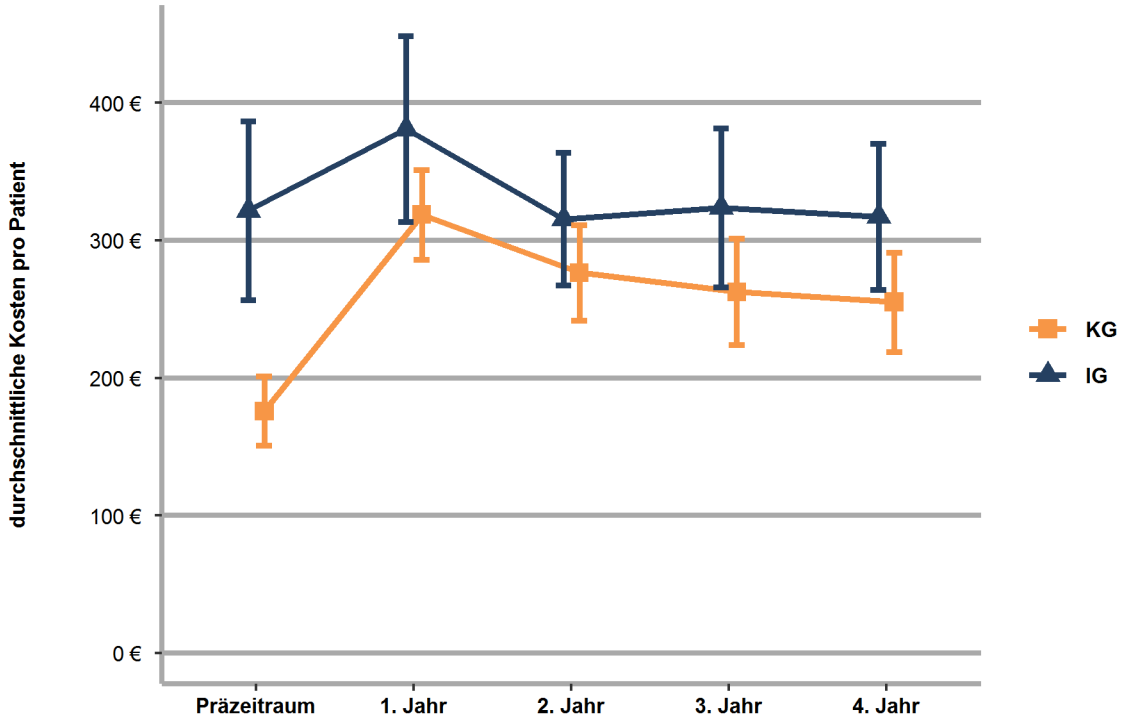
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 131: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	490	567	472	446	432	464	593	485	457	423
Mittelwert	**321,69 €**	**380,96 €**	**315,53 €**	**323,89 €**	**317,30 €**	**175,84 €**	**318,81 €**	**276,49 €**	**262,50 €**	**255,16 €**
Standardabweichung	1.121,16 €	1.162,90 €	825,35 €	981,97 €	901,28 €	425,38 €	549,49 €	577,52 €	644,22 €	595,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	32,32 €	94,71 €	54,43 €	45,27 €	28,44 €	27,27 €	122,25 €	87,76 €	56,32 €	50,94 €
75%-Perzentil	197,60 €	380,43 €	326,72 €	283,66 €	277,78 €	153,63 €	425,41 €	319,78 €	287,29 €	273,00 €
Maximum	18.568 €	26.401 €	13.589 €	16.781 €	13.031 €	4.615 €	7.238 €	9.716 €	13.263 €	9.646 €

Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	587	603	524	505	493	535	556	519	499	488
Mittelwert	**803,01 €**	**801,94 €**	**738,67 €**	**651,90 €**	**591,20 €**	**783,52 €**	**822,23 €**	**787,16 €**	**662,70 €**	**644,72 €**
Standardabweichung	1.397,67 €	1.282,42 €	1.456,50 €	1.350,29 €	1.232,67 €	1.548,79 €	1.555,76 €	1.568,44 €	1.287,94 €	1.437,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	70,29 €	94,76 €	36,47 €	19,01 €	12,60 €	38,15 €	68,64 €	52,95 €	42,31 €	25,07 €
Median	289,07 €	351,27 €	269,24 €	211,74 €	197,99 €	249,88 €	309,66 €	302,84 €	274,20 €	238,74 €
75%-Perzentil	913,78 €	1.008,60 €	864,09 €	710,21 €	688,52 €	824,87 €	988,66 €	922,52 €	826,31 €	746,04 €
Maximum	12.215 €	10.746 €	16.908 €	11.591 €	12.262 €	15.382 €	14.258 €	14.258 €	13.218 €	13.730 €

Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

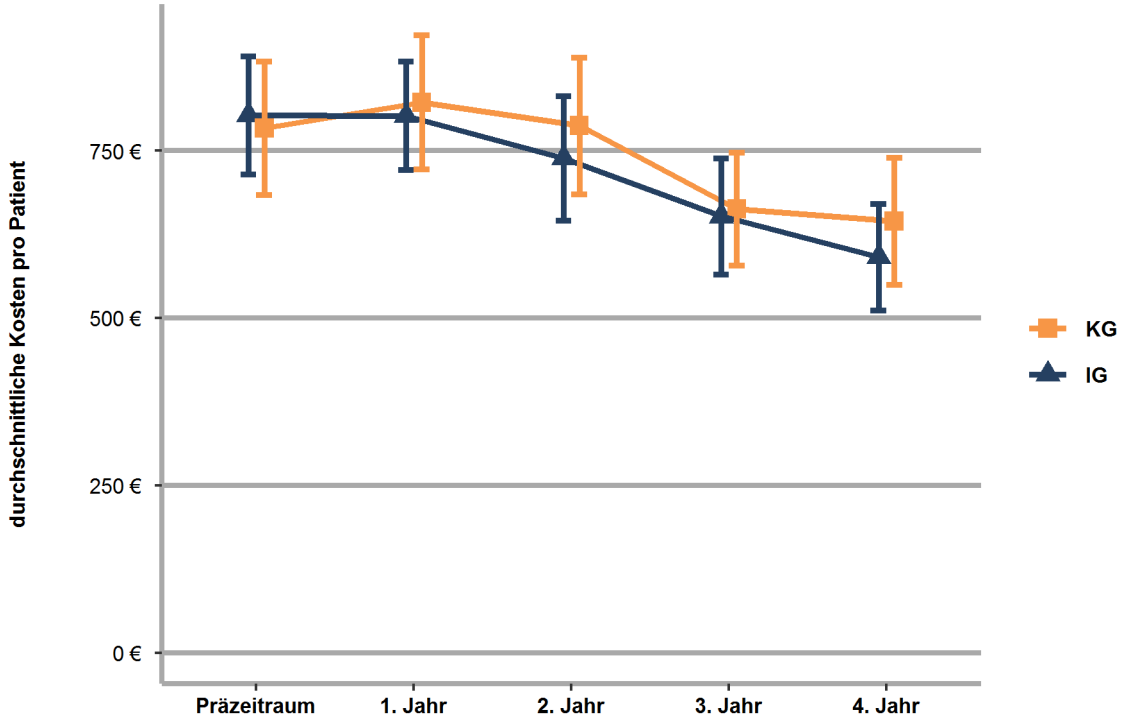


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	175,84 €	<0,001	175,84 €	<0,001	-250,20 €	<0,001
IG (vs. KG)	145,85 €	<0,001	145,85 €	<0,001	136,83 €	0,002
Post (vs. Prä)	102,80 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-89,78 €	0,012				
1. Jahr (vs. Prä)			142,97 €	<0,001	328,16 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			100,65 €	<0,001	286,38 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			86,66 €	<0,001	273,91 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			79,32 €	<0,001	270,59 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-83,70 €	0,024	-69,37 €	0,068
IG x Jahr 2 (DiD)			-106,81 €	0,004	-90,71 €	0,017
IG x Jahr 3 (DiD)			-84,46 €	0,045	-68,99 €	0,109
IG x Jahr 4 (DiD)			-83,72 €	0,056	-71,45 €	0,109
Alter (30-47 J. vs. U30)					74,22 €	0,172
Alter (48-64 J. vs. U30)					121,23 €	0,048
Alter (Ü64 vs. U30)					212,47 €	0,058
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					28,03 €	0,431
F 00 (Demenz)					14,44 €	0,869
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					121,74 €	0,094
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-99,83 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					872,89 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					155,25 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					102,46 €	0,118
F 45 (Somatoforme Störungen)					-29,57 €	0,492
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-18,90 €	0,645
F 50 (Essstörungen)					-88,89 €	0,090
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					81,77 €	0,208
F 70-79 (Intelligenzstörung)					86,06 €	0,302
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					36,64 €	0,780
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					119,88 €	0,039
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					144,19 €	0,019
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					67,75 €	0,600
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					207,64 €	0,009
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					181,58 €	<0,001
R^2		0,003		0,004		0,070

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

Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	783,52 €	<0,001	783,52 €	<0,001	-462,05 €	<0,001
IG (vs. KG)	19,49 €	0,810	19,49 €	0,810	-109,49 €	0,179
Post (vs. Prä)	-53,01 €	0,216				
IG x Post (DiD)	-52,88 €	0,380				
1. Jahr (vs. Prä)			38,71 €	0,230	722,63 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			3,63 €	0,945	685,75 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-120,82 €	0,014	560,52 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-138,80 €	0,013	541,82 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-39,78 €	0,388	57,49 €	0,259
IG x Jahr 2 (DiD)			-67,97 €	0,363	32,86 €	0,671
IG x Jahr 3 (DiD)			-30,29 €	0,674	70,31 €	0,351
IG x Jahr 4 (DiD)			-73,01 €	0,327	34,13 €	0,663
Alter (30-47 J. vs. U30)					317,63 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					258,78 €	0,002
Alter (Ü64 vs. U30)					331,13 €	0,009
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-131,54 €	0,064
F 00 (Demenz)					12,44 €	0,940
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					913,73 €	0,032
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					193,74 €	0,185
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-80,43 €	0,544
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.454,10 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					166,15 €	0,002
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					45,31 €	0,449
F 45 (Somatoforme Störungen)					-62,33 €	0,386
F 40-48 (ohne F43 und F45)					26,16 €	0,731
F 50 (Essstörungen)					-192,35 €	0,037
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					395,44 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					128,36 €	0,605
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-247,55 €	0,209
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					267,35 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					31,19 €	0,721
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					80,25 €	0,518
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					420,71 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					439,02 €	<0,001
R^2		<0,001		0,003		0,149

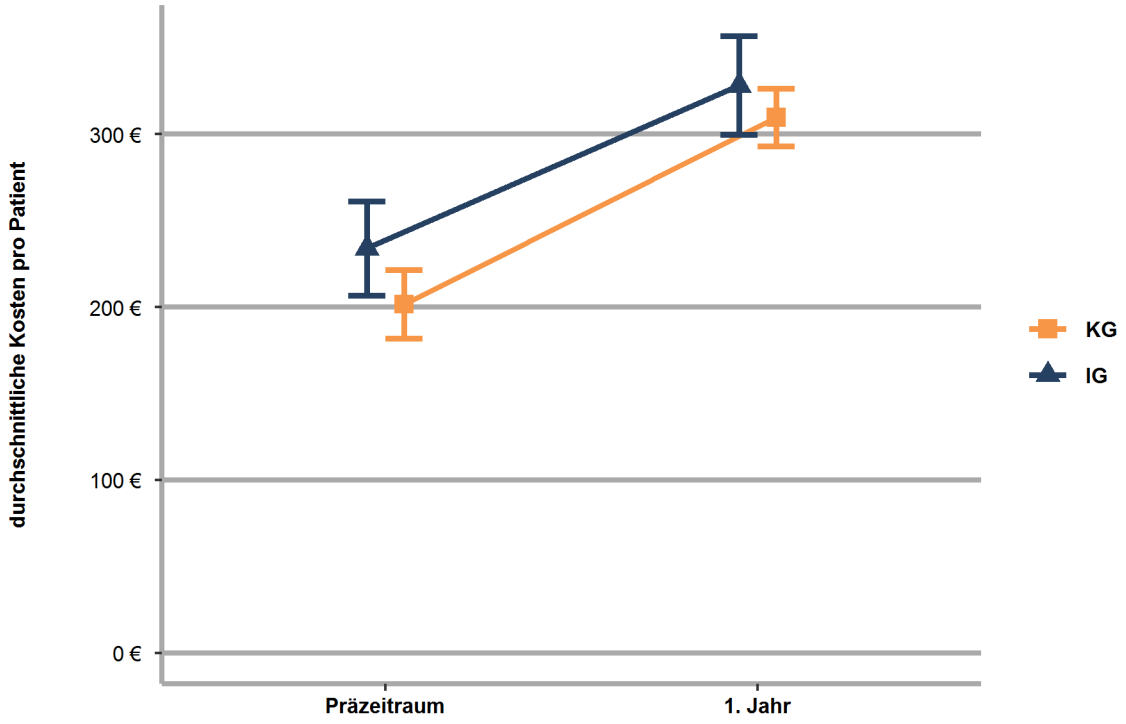
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	2.017	2.508	2.222	2.734
Mittelwert	**234,03 €**	**328,18 €**	**201,71 €**	**309,77 €**
Standardabweichung	986,51 €	1.032,26 €	721,65 €	608,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,98 €
Median	19,87 €	92,76 €	30,63 €	126,28 €
75%-Perzentil	165,52 €	330,40 €	165,86 €	387,97 €
Maximum	25.626 €	27.575 €	22.664 €	10.574 €

Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	1.483	1.827	1.493	1.573	1.938	1.552
Mittelwert	**255,46 €**	**357,83 €**	**303,83 €**	**201,83 €**	**315,73 €**	**275,28 €**
Standardabweichung	1.086,37 €	1.112,01 €	958,54 €	722,54 €	585,57 €	599,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15,07 €	0,00 €
Median	25,74 €	103,88 €	54,04 €	34,14 €	133,83 €	77,23 €
75%-Perzentil	173,04 €	352,67 €	301,48 €	168,52 €	396,34 €	321,13 €
Maximum	25.626 €	27.575 €	26.947 €	22.664 €	10.563 €	9.716 €

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

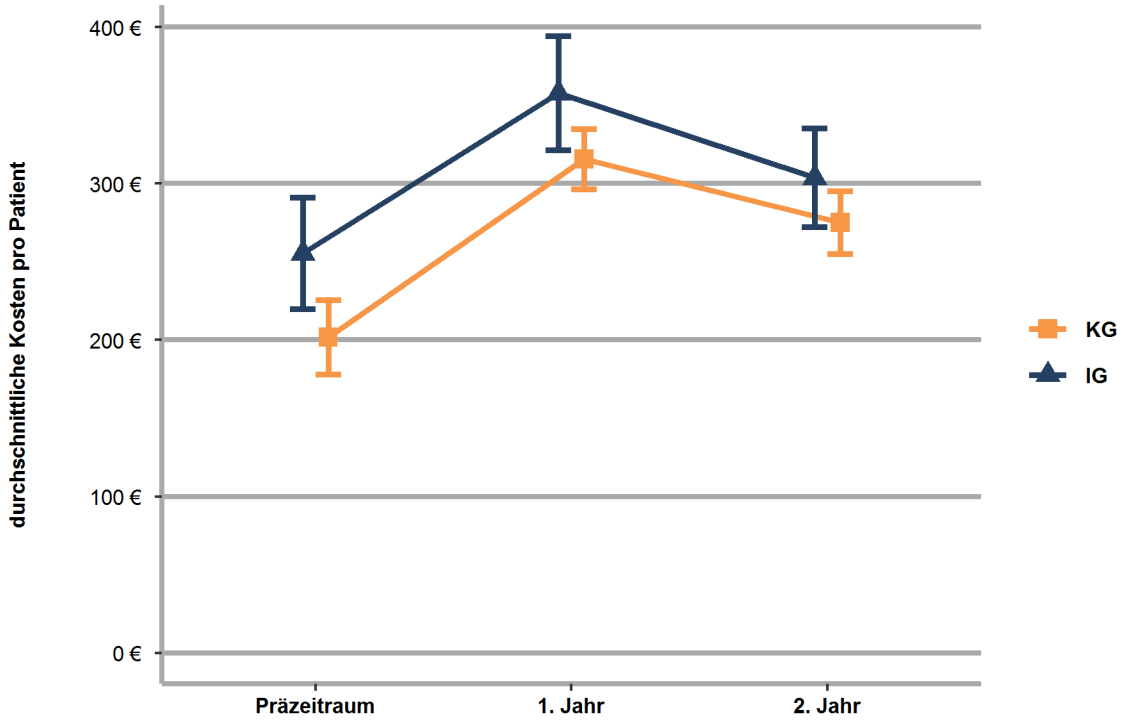


Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	201,83 €	<0,001	201,83 €	<0,001	-173,29 €	<0,001
IG (vs. KG)	53,63 €	0,039	53,63 €	0,039	56,00 €	0,032
Post (vs. Prä)	93,92 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-18,33 €	0,328				
1. Jahr (vs. Prä)			113,89 €	<0,001	260,74 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			73,45 €	<0,001	221,67 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-11,53 €	0,521	-8,62 €	0,636
IG x Jahr 2 (DiD)			-25,08 €	0,258	-22,02 €	0,327
Alter (30-47 J. vs. U30)					80,73 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					181,94 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					217,10 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					32,36 €	0,192
F 00 (Demenz)					76,02 €	0,165
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-136,21 €	0,048
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					64,90 €	0,148
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					16,40 €	0,903
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-59,20 €	0,072
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					697,87 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					114,35 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					23,87 €	0,342
F 45 (Somatoforme Störungen)					-62,09 €	0,012
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-14,66 €	0,573
F 50 (Essstörungen)					-62,34 €	0,068
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					132,92 €	0,006
F 70-79 (Intelligenzstörung)					153,61 €	0,018
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					110,18 €	0,299
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					222,81 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					57,20 €	0,040
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					48,72 €	0,437
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					182,83 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					144,25 €	<0,001
R^2		0,003		0,003		0,047

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

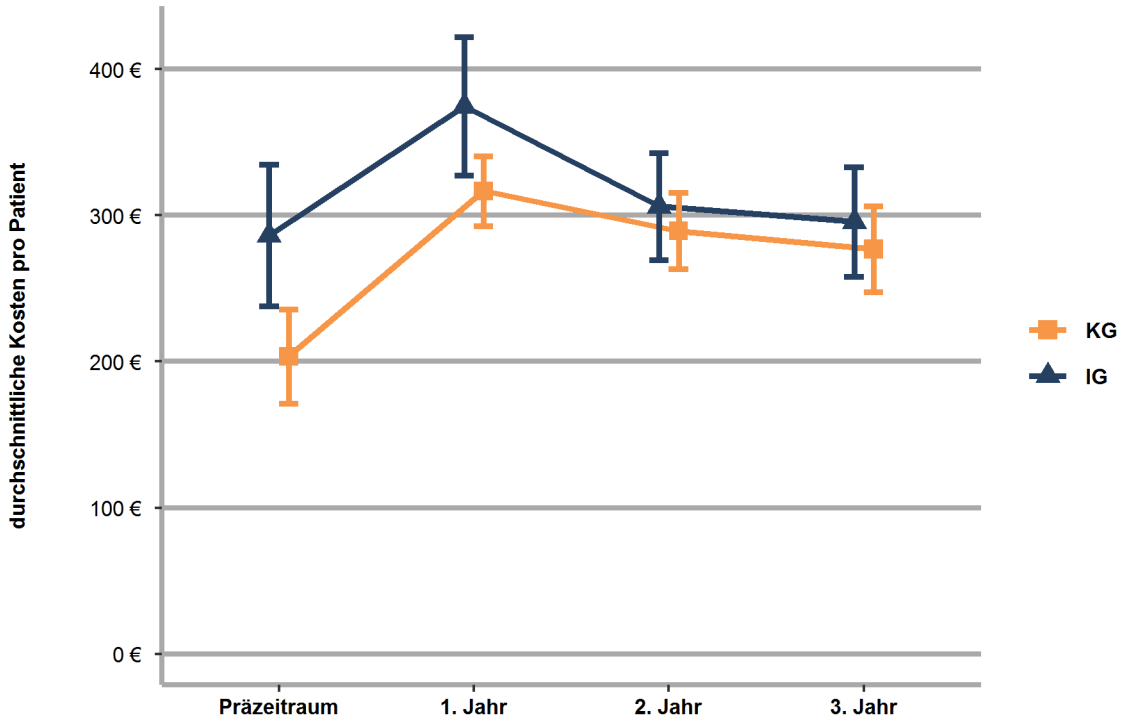
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 138: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	944	1.135	939	879	962	1.201	960	899
Mittelwert	**286,30 €**	**374,68 €**	**306,12 €**	**295,58 €**	**203,56 €**	**316,63 €**	**289,36 €**	**276,86 €**
Standardabweichung	1.177,28 €	1.144,26 €	879,42 €	899,19 €	766,25 €	568,51 €	618,19 €	688,97 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	14,74 €	0,00 €	0,00 €
Median	27,19 €	99,38 €	50,65 €	41,14 €	29,55 €	125,22 €	77,23 €	57,04 €
75%-Perzentil	180,96 €	340,87 €	305,90 €	263,44 €	157,90 €	407,66 €	328,10 €	294,82 €
Maximum	25.626 €	26.401 €	16.226 €	16.781 €	22.664 €	8.427 €	9.716 €	13.263 €

Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

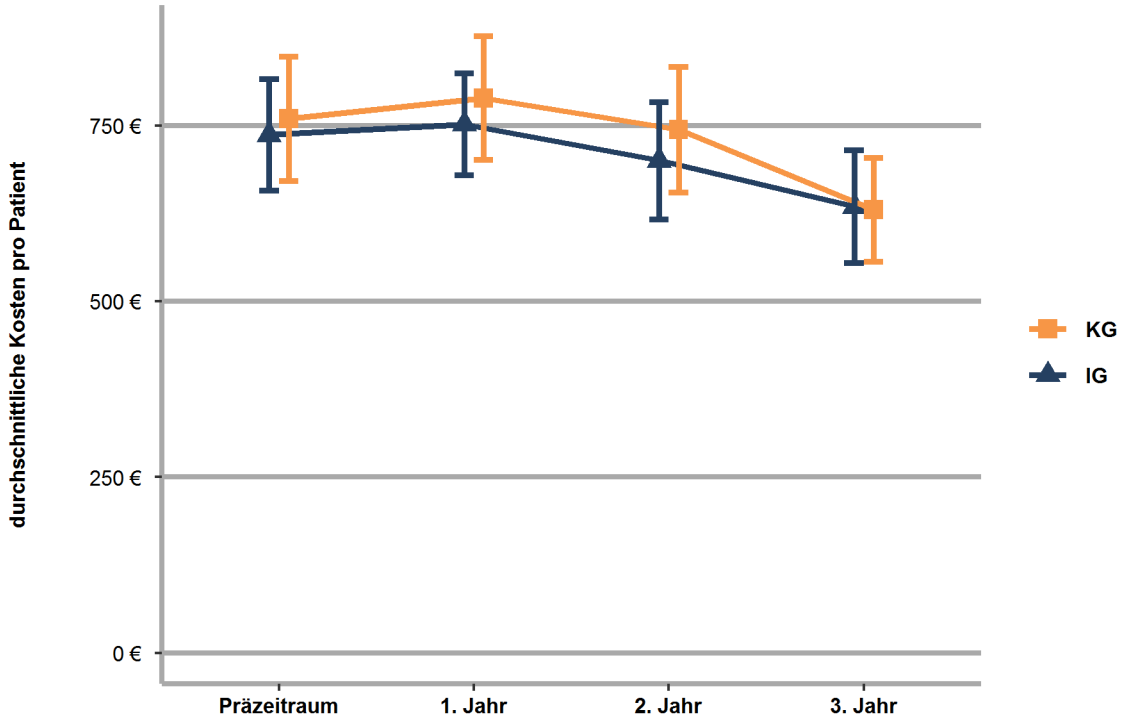


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 139: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	649	669	579	560	619	647	596	574
Mittelwert	**736,78 €**	**751,83 €**	**699,99 €**	**634,80 €**	**759,52 €**	**789,02 €**	**744,12 €**	**630,47 €**
Standardabweichung	1.333,68 €	1.225,41 €	1.398,24 €	1.329,48 €	1.487,39 €	1.472,71 €	1.476,32 €	1.215,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	53,51 €	82,02 €	19,26 €	5,78 €	34,46 €	73,08 €	42,92 €	36,50 €
Median	233,47 €	334,64 €	259,55 €	204,78 €	245,36 €	315,26 €	298,55 €	269,44 €
75%-Perzentil	821,54 €	936,30 €	827,49 €	699,22 €	800,90 €	970,07 €	898,38 €	791,60 €
Maximum	12.215 €	10.746 €	16.908 €	11.591 €	15.382 €	14.258 €	14.258 €	13.218 €

Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und

Abbildung 84) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 14,24 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 16,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 24,69 €. In der KG stiegen die Kosten auf 41,64 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 14,35 € nicht signifikant (p=0,166) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 61,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 76,45 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 2,74 € nicht signifikant (p=0,885) schwächer als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 141, Tabelle 143 und

Abbildung 85) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 29,31 € weniger Kosten als die KG mit 1.588,33 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 31,22 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.668,00 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 77,77 € nicht signifikant (p=0,809) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 96,71 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.880,18 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 849,03 € nicht signifikant (p=0,052) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 144 und

Abbildung 86) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 36,82 € weniger Kosten als die KG mit 112,19 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 69,88 €. In der KG stiegen die Kosten auf 309,35 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 145, Tabelle 146 und

Abbildung 87) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 42,56 € weniger Kosten als die KG mit 129,86 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 65,40 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 369,63 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 216,93 € signifikant (p=0,024) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 86,71 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 243,18 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 143,93 € nicht signifikant (p=0,077) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 147 und

Abbildung 88) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 24,92 € größere Kosten als die KG mit 19,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 38,51 €. In der KG stiegen die Kosten auf 53,17 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 75,07 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 67,92 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 148 und

Abbildung 89) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 31,45 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.783,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 36,30 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.981,96 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 77,30 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3.872,14 €.

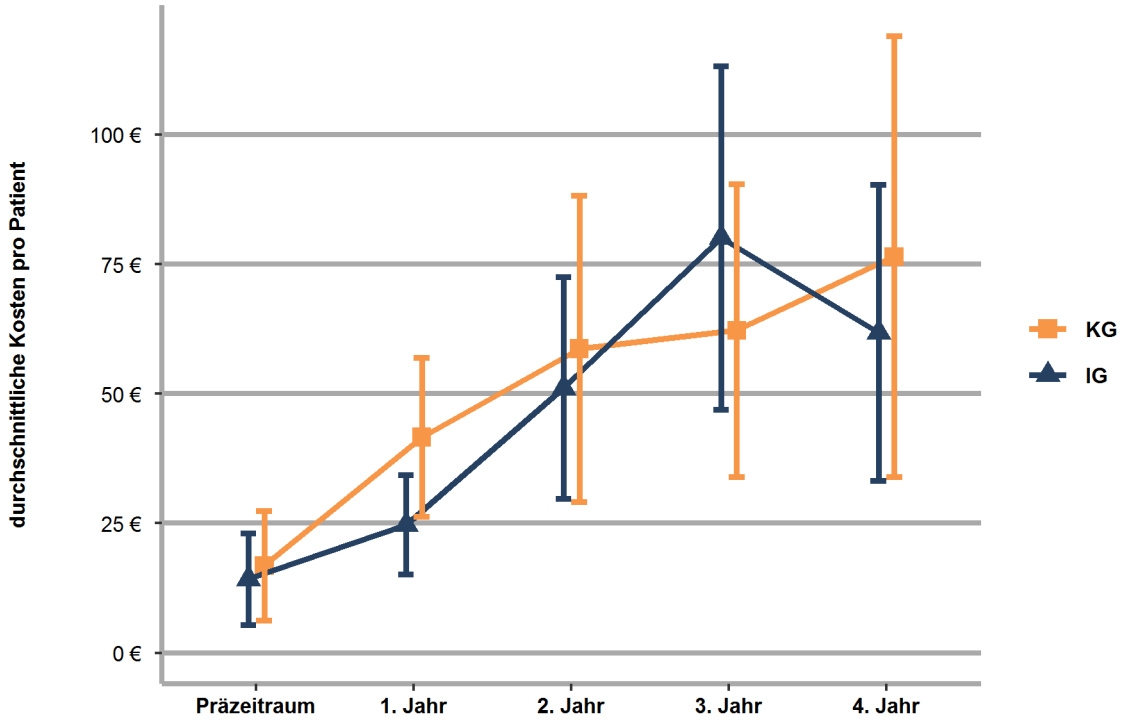
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 140: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	16	30	28	29	25	16	42	26	23	24
Mittelwert	**14,24 €**	**24,69 €**	**51,10 €**	**80,10 €**	**61,79 €**	**16,84 €**	**41,64 €**	**58,70 €**	**62,23 €**	**76,45 €**
Standardabweichung	151,80 €	165,26 €	366,02 €	563,52 €	484,41 €	178,41 €	259,06 €	494,52 €	469,62 €	699,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.957 €	2.192 €	5.477 €	6.920 €	8.104 €	3.787 €	3.491 €	9.855 €	6.395 €	14.426 €

Abbildung 84: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	22	29	16	20	27	45	52	44	43	46
Mittelwert	**29,31 €**	**31,22 €**	**47,58 €**	**77,95 €**	**96,71 €**	**1.588,33 €**	**1.668,00 €**	**1.650,55 €**	**3.732,15 €**	**2.880,18 €**
Standardabweichung	221 €	174 €	388 €	584 €	611 €	11.001 €	10.748 €	12.556 €	20.395 €	15.577 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.530 €	1.553 €	6.330 €	7.221 €	7.139 €	145.628 €	140.380 €	237.395 €	236.347 €	175.508 €

Abbildung 85: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

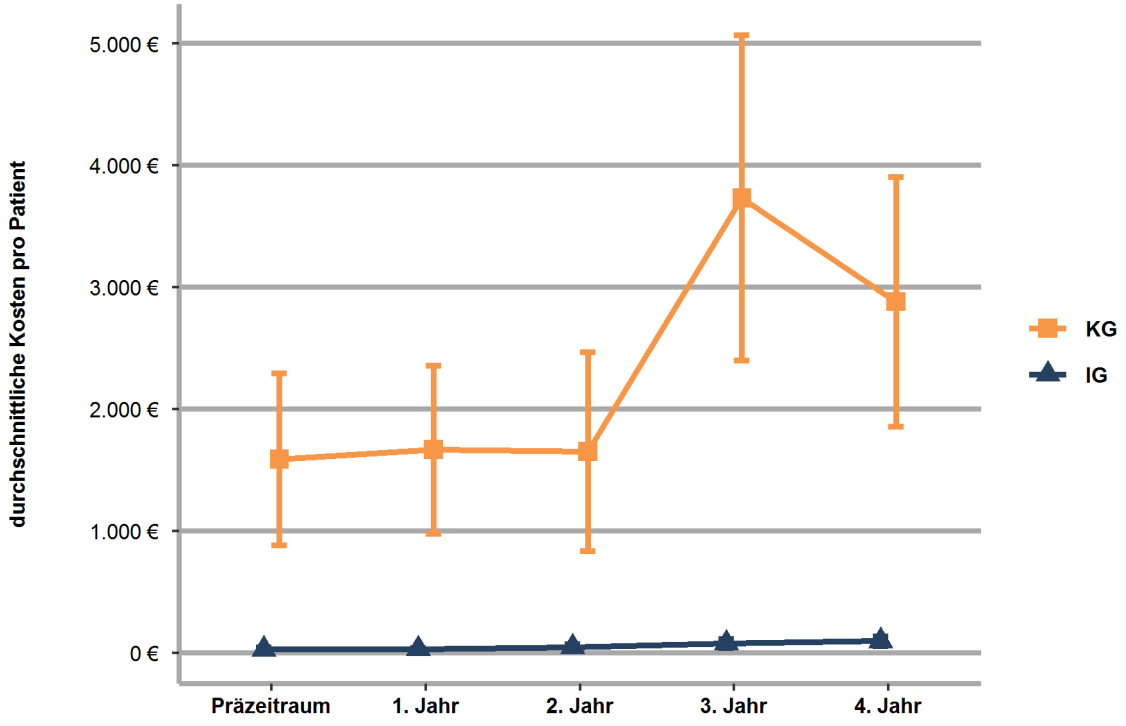


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	16,84 €	0,009	16,84 €	0,009	-60,47 €	0,011
IG (vs. KG)	-2,60 €	0,756	-2,60 €	0,756	-3,60 €	0,674
Post (vs. Prä)	42,70 €	0,005				
IG x Post (DiD)	-2,74 €	0,885				
1. Jahr (vs. Prä)			24,80 €	0,004	37,21 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			41,87 €	0,023	56,22 €	0,004
3. Jahr (vs. Prä)			45,40 €	0,008	60,83 €	0,002
4. Jahr (vs. Prä)			59,61 €	0,020	76,18 €	0,007
IG x Jahr 1 (DiD)			-14,35 €	0,166	-13,66 €	0,199
IG x Jahr 2 (DiD)			-5,01 €	0,819	-4,44 €	0,840
IG x Jahr 3 (DiD)			20,46 €	0,417	20,07 €	0,432
IG x Jahr 4 (DiD)			-12,07 €	0,690	-12,63 €	0,680
Alter (30-47 J. vs. U30)					23,83 €	0,188
Alter (48-64 J. vs. U30)					38,76 €	0,084
Alter (Ü64 vs. U30)					-33,21 €	0,330
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					14,46 €	0,425
F 00 (Demenz)					77,26 €	0,668
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					395,02 €	0,030
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-29,64 €	0,039
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					32,19 €	0,532
F 30-39 (Affektive Störungen)					34,09 €	0,077
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-5,96 €	0,690
F 45 (Somatoforme Störungen)					18,35 €	0,440
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-9,69 €	0,661
F 50 (Essstörungen)					49,53 €	0,388
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-11,67 €	0,503
F 70-79 (Intelligenzstörung)					57,00 €	0,338
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					177,30 €	0,225
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					60,23 €	0,087
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,96 €	0,158
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-38,62 €	0,047
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					11,17 €	0,600
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,36 €	0,307
R^2		0,002		0,003		0,023

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

Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.588,33 €	<0,001	1.588,33 €	<0,001	-537,24 €	0,485
IG (vs. KG)	-1.559,02 €	<0,001	-1.559,02 €	<0,001	-1.675,72 €	<0,001
Post (vs. Prä)	882,71 €	0,043				
IG x Post (DiD)	-849,03 €	0,052				
1. Jahr (vs. Prä)			79,67 €	0,804	758,00 €	0,170
2. Jahr (vs. Prä)			62,22 €	0,913	744,64 €	0,257
3. Jahr (vs. Prä)			2.143,81 €	0,009	2.844,09 €	0,002
4. Jahr (vs. Prä)			1.291,85 €	0,033	1.989,76 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-77,77 €	0,809	-19,56 €	0,952
IG x Jahr 2 (DiD)			-43,95 €	0,938	9,94 €	0,986
IG x Jahr 3 (DiD)			-2.095,17 €	0,011	-2.057,16 €	0,013
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.224,45 €	0,043	-1.181,48 €	0,068
Alter (30-47 J. vs. U30)					592,50 €	0,283
Alter (48-64 J. vs. U30)					921,09 €	0,092
Alter (Ü64 vs. U30)					592,55 €	0,416
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					354,85 €	0,366
F 00 (Demenz)					6.742,07 €	0,177
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-3.469,12 €	0,272
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					930,00 €	0,334
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-253,64 €	0,655
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					586,03 €	0,429
F 30-39 (Affektive Störungen)					696,61 €	0,175
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-180,29 €	0,621
F 45 (Somatoforme Störungen)					-456,21 €	0,283
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-618,46 €	0,303
F 50 (Essstörungen)					-828,58 €	0,079
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					417,56 €	0,460
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-721,01 €	0,047
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-243,18 €	0,707
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.893,95 €	0,020
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					278,43 €	0,581
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					248,91 €	0,661
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					90,63 €	0,875
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					621,47 €	0,210
R^2		0,013		0,015		0,022

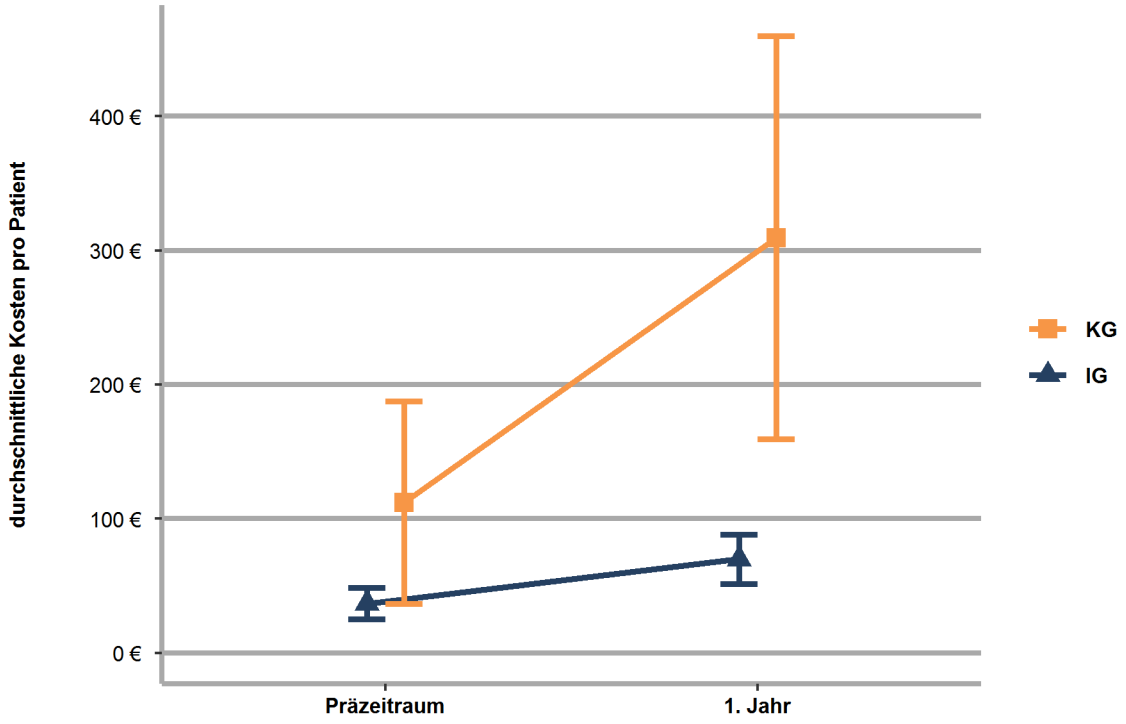
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	84	121	79	235
Mittelwert	**36,82 €**	**69,88 €**	**112,19 €**	**309,35 €**
Standardabweichung	421,70 €	670,00 €	2.733,77 €	5.434,33 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	12.378 €	23.057 €	108.744 €	228.437 €

Abbildung 86: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	62	87	93	58	166	114
Mittelwert	**42,56 €**	**65,40 €**	**86,71 €**	**129,86 €**	**369,63 €**	**243,18 €**
Standardabweichung	478,61 €	702,40 €	800,83 €	3.168,33 €	6.261,60 €	4.441,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	12.378 €	23.057 €	27.679 €	108.744 €	228.437 €	152.985 €

Abbildung 87: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

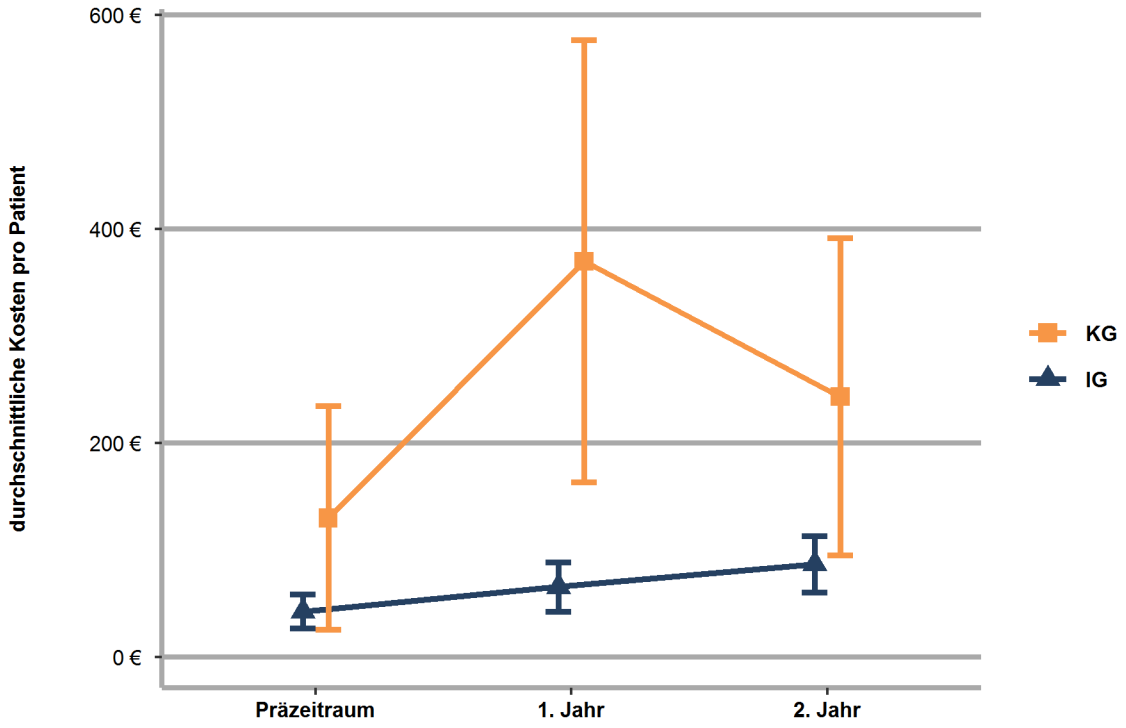


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	129,86 €	0,041	129,86 €	0,041	-222,01 €	0,097
IG (vs. KG)	-87,30 €	0,174	-87,30 €	0,174	-82,96 €	0,189
Post (vs. Prä)	177,34 €	0,028				
IG x Post (DiD)	-143,93 €	0,077				
1. Jahr (vs. Prä)			239,78 €	0,012	249,87 €	0,004
2. Jahr (vs. Prä)			113,33 €	0,187	122,18 €	0,080
IG x Jahr 1 (DiD)			-216,93 €	0,024	-213,06 €	0,027
IG x Jahr 2 (DiD)			-69,17 €	0,425	-64,88 €	0,461
Alter (30-47 J. vs. U30)					123,55 €	0,024
Alter (48-64 J. vs. U30)					269,74 €	0,045
Alter (Ü64 vs. U30)					-30,12 €	0,433
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					148,68 €	0,018
F 00 (Demenz)					101,29 €	0,282
F 01 (Vaskuläre Demenz)					104,34 €	0,239
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					330,91 €	0,004
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-54,56 €	0,495
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-113,35 €	0,005
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					388,45 €	0,206
F 30-39 (Affektive Störungen)					124,42 €	0,205
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					211,06 €	0,375
F 45 (Somatoforme Störungen)					62,87 €	0,633
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-190,86 €	0,012
F 50 (Essstörungen)					-88,84 €	0,020
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-58,03 €	0,152
F 70-79 (Intelligenzstörung)					12,94 €	0,891
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					328,55 €	0,161
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					354,37 €	0,045
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					96,66 €	0,434
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-190,85 €	0,271
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					176,02 €	0,323
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,68 €	0,749
R^2		0,001		0,001		0,004

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

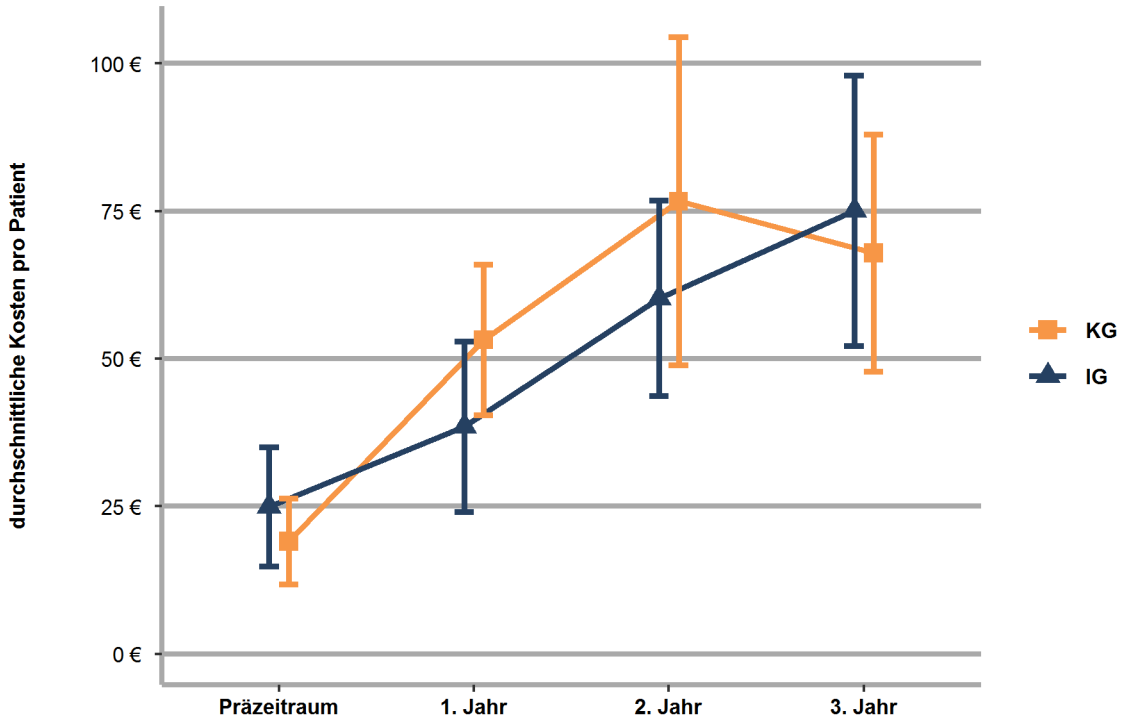
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 147: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	35	49	60	53	34	90	63	55
Mittelwert	**24,92 €**	**38,51 €**	**60,21 €**	**75,07 €**	**19,07 €**	**53,17 €**	**76,64 €**	**67,92 €**
Standardabweichung	244,05 €	349,79 €	398,29 €	548,13 €	173,64 €	303,84 €	656,12 €	472,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.004 €	7.569 €	6.964 €	8.529 €	3.787 €	4.638 €	17.018 €	7.408 €

Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

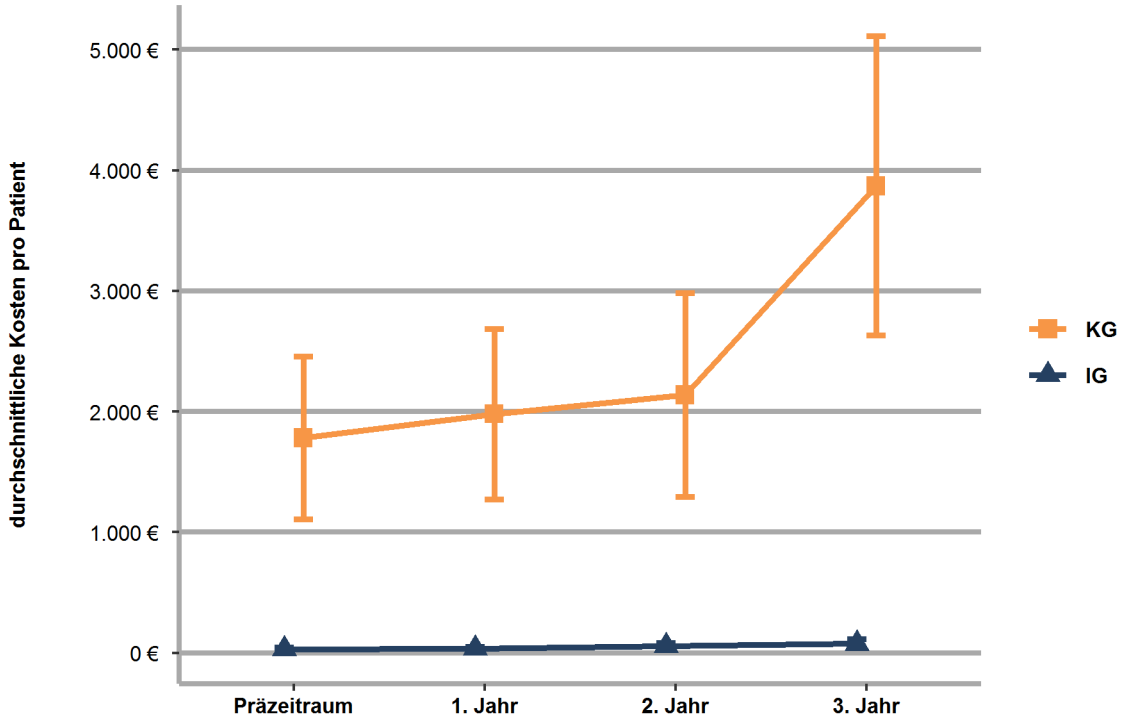


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 148: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	25	32	19	22	56	67	56	55
Mittelwert	**31,45 €**	**36,30 €**	**57,71 €**	**77,30 €**	**1.783,41 €**	**1.981,96 €**	**2.138,92 €**	**3.872,14 €**
Standardabweichung	231 €	263 €	453 €	581 €	11.323 €	11.851 €	14.026 €	20.386 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.530 €	5.652 €	6.330 €	7.221 €	145.628 €	142.608 €	237.395 €	236.347 €

Abbildung 89: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



11. Ergebnisse: Effizienz

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4)

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären (Variante A) bzw. AU-Tagen (Variante B) als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2 – Variante A (vgl. Tabelle 149 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 3.009,10 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 7,0 Tage signifikant (p<0,001) geringer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 427,47 €/d. D.h. für jeden eingesparten vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 427,47 € eingespart.
U2 – Variante B (vgl.
Tabelle 150und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 3.455,36 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 11,0 Tage signifikant (p=0,001) geringer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 313,71 €/d. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 313,71 € eingespart.

U4– Variante A (vgl. Tabelle 151 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.132,70 € nicht signifikant (p=0,080) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 9,1 Tage signifikant (p=0,001) geringer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 234,36. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 234,36 € eingespart.

U4– Variante B (vgl.

Tabelle 152 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 1.843,43 € nicht signifikant (p=0,172) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 23,9 Tage nicht signifikant (p=0,081) geringer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 77,28. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 77,28 € eingespart.

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

Tabelle 149: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	1.662,69 €		3541	5.781,35 €		3541	4.118,66 €	
	KG	1.872,23 €		3541	8.999,98 €		3541	7.127,76 €	
	Diff (IG - KG)	-209,54 €	0,147		-3.218,64 €	<0,001		-3.009,10 €	<0,001
KH-Tage	IG	3,7		3541	14,5		3541	10,8	
	KG	3,3		3541	21,2		3541	17,8	
	Diff (IG - KG)	0,4	0,522		-6,7	<0,001		-7,0	<0,001
ICER	427,47 €/d								

Tabelle 150: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	1.491,94 €		2448	5.262,12 €		2448	3.770,19 €	
	KG	1.352,32 €		2318	8.577,86 €		2318	7.225,54 €	
	Diff (IG - KG)	139,62 €	0,268		-3.315,74 €	<0,001		-3.455,36 €	<0,001
AU-Tage	IG	32,5		2448	75,0		2448	42,6	
	KG	33,3		2318	86,9		2318	53,6	
	Diff (IG - KG)	-0,9	0,396		-11,9	<0,001		-11,0	0,001
ICER	313,71 €/d								

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

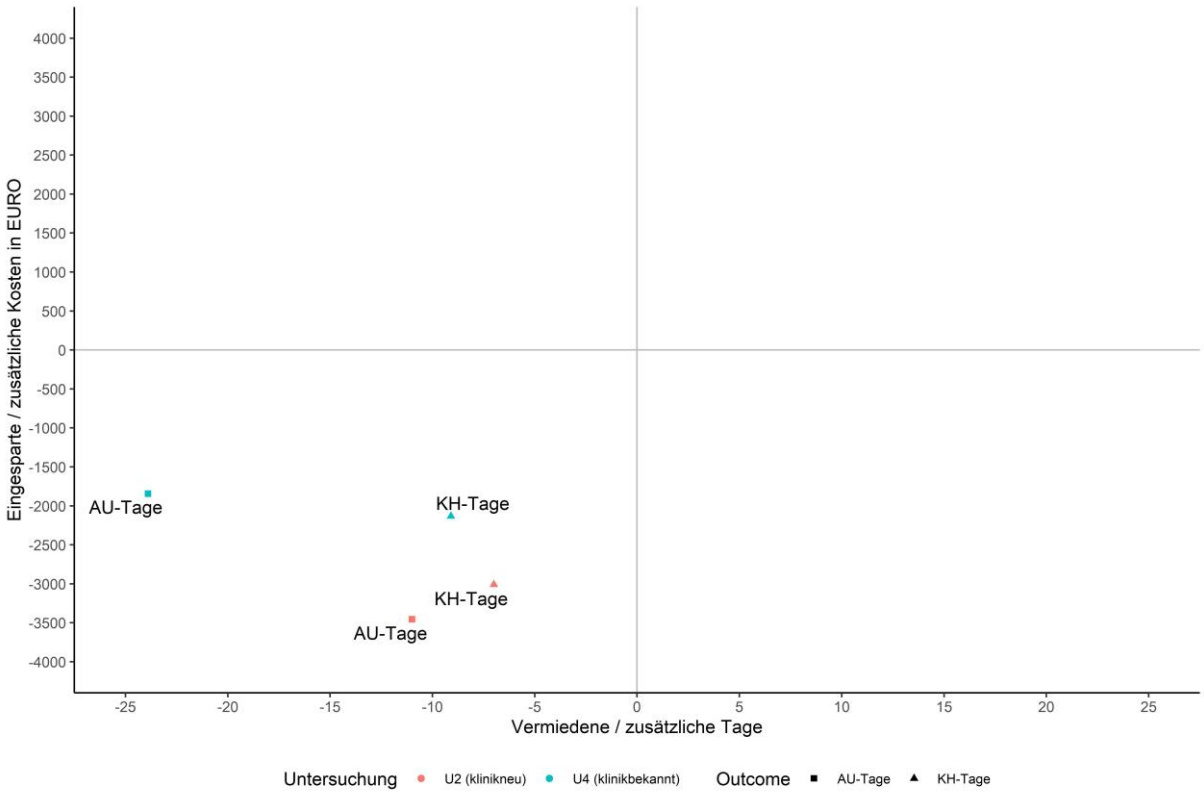
Tabelle 151: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	4.066,11 €		768	5.260,66 €		768	1.194,55 €	
	KG	12.821,29 €		762	16.148,54 €		762	3.327,25 €	
	Diff (IG - KG)	-8.755,18 €	<0,001		-10.887,88 €	<0,001		-2.132,70 €	0,080
KH-Tage	IG	7,6		768	11,8		768	4,2	
	KG	3,9		762	17,2		762	13,3	
	Diff (IG - KG)	3,7	0,010		-5,4	0,041		-9,1	0,001
ICER	234,36 €/d								

Tabelle 152: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	3.563,78 €		480	4.516,93 €		480	935,15 €	
	KG	12.132,57 €		417	14.929,07 €		417	2.796,50 €	
	Diff (IG - KG)	-8.568,80 €	<0,001		-10.412,14 €	<0,001		-1.843,43 €	0,172
AU-Tage	IG	42,7		480	46,8		480	4,1	
	KG	20,1		417	48,0		417	27,9	
	Diff (IG - KG)	22,7	<0,001		-1,2	0,895		-23,9	0,081
ICER	77,28 €/d								

Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik LWL-Universitätsklinikum Bochum 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 steht die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen[1] und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen[2]. 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, 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

[1] In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

[2] Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

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 geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant (U1: erstes Jahr; U3: erstes und zweites Jahr nach Referenzfall). Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Auch bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile in der IG stets geringer als in der KG. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall. Da das Modellvorhaben am LWL-Universitätsklinikum Bochum bereits einen Vorläufervertrag aufwies, d.h. modellähnliche Strukturen konnten bereits erprobt und eingebaut werden, waren mutmaßlich die hier untersuchten Anteile bereits im Jahr vor Referenzfall geringer. Diese geringeren Anteile in der IG vergrößerten sich jedoch weiter im Modellvorhaben, so dass der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall noch größer ausfiel. Der Anteil an Patienten mit vollstationärer Behandlung wurde somit im Modellvorhaben stetig verringert.

Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den klinikneuen Patienten des Modellvorhabens ab dem Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen geringer als in der Regelversorgung. Dabei waren die geringeren Anstiege der Anteile in U1 (erstes und drittes Jahr nach Referenzfall) und in U3 (beide Jahre nach Referenzfall) statistisch signifikant. Diese geringeren Anstiege des Anteils an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt waren auch bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Weiterhin wiesen die Patienten des Modellvorhabens stets geringere Anteile in allen untersuchten Jahren auf. Der Anteil an Patienten mit teilstationärer Behandlung wurde somit im Modellvorhaben konsequent verringert.

Der Anstieg der **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer Patienten im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Dies war in allen Untersuchungen ersichtlich. Dieser geringere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant, und in U1 auch für die Jahre 1-4 zusammen. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären

Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Auch in anderen Studien zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen 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. Wie oben bereits erwähnt, wies das vorliegende Modellvorhaben am LWL-Universitätsklinikum Bochum bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag auf, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Dieser bereits bestehende Unterschied an vollstationären Behandlungstagen vergrößerte sich jedoch weiterhin im Modellvorhaben. Der Fokus einer geringeren vollstationären Behandlung ist somit auch bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, sind vermutlich keine statistisch signifikanten Ergebnisse im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall erkennbar.

Analog zu vollstationären Tagen sank im Modellvorhaben auch die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten stärker als in der Regelversorgung. Dieses stärkere Absinken teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die verringerten vollstationären Behandlungstage nicht durch ein Mehr an teilstationären Tagen aufgefangen zu sein. Vielmehr wurden auch hier teilstationäre Behandlungstage verringert. Dies wirkt zunächst hypothesenkonträr, kann jedoch gut durch das Behandlungskonzept am Modellklinikum erklärt werden. Am LWL–Universitätsklinikum Bochum wurden somit sowohl voll- als auch teilstationäre Behandlungstage verringert (und alternativ das ambulante Behandlungsangebot am Klinikum (siehe unten) erweitert). Im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden hingegen 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 Modellklinik starteten im Jahr vor Referenzfall bereits auf einem höheren Niveau im Vergleich zur Regelversorgung. Auch hier war der Vorläufervertrag, der offensichtlich zu einer Stärkung teilstationärer Behandlungsangebote führte, ersichtlich. Im weiteren Verlauf verringerte sich dieser Unterschied an der Anzahl teilstationärer Tage. Generell war somit im Modellvorhaben eine Verringerung teilstationärer Tage besonders bei den klinikneuen Patienten ersichtlich. Bei den klinikbekannten Patienten hingegen, nahm dieser Unterschied über die patientenindividuelle Zeit ab.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass im Modellvorhaben die PIA bei den klinikneuen Patienten verstärkt in Anspruch genommen wurde. Dies wurde in allen Untersuchungen ersichtlich und in U1 und U3 jeweils für das erste Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit wurde die geringere Inanspruchnahme voll- und teilstationärer Behandlungstage klinikneuer Patienten (teilweise) durch erhöhte durchschnittliche PIA-Kontakte aufgefangen. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich jedoch ein anderes Bild. Während hier im Jahr vor Referenzfall die PIA in der Modellklinik noch stärker beansprucht wurde, sanken hier im Vergleich zur Regelversorgung die durchschnittlichen PIA-Kontakte stärker. Dieses stärkere Absinken im Modellvorhaben war in U1 für das zweite bis vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Obwohl auch die vollstationären Behandlungstage klinikbekannter Patienten absanken, wurden diese nicht, im Gegensatz zu den klinikneuen Patienten, durch eine erhöhte Inanspruchnahme in der PIA aufgefangen. Da sich bei den klinikbekannten Patienten der anfängliche Unterschied teilstationärer Behandlungstage über die Zeit verringerte, kann hier vermutet werden, dass klinikbekannte Patienten anstelle der PIA über den teilstationären Bereich vermehrt versorgt wurden. Zudem wurden „Psych-Vertragsärzte“ vermehrt in Anspruch genommen (siehe unten). Alternativ kann eine Erklärung sein, dass die Patienten der Modellklinik zeitiger genesen bzw. weniger behandlungsbedürftig mehr waren.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses im Sinne von Kontakten zu Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik in allen Untersuchungen stärker als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 jeweils in den ersten und zweiten Jahren nach Referenzfall statistisch signifikant. Neben den größeren Anstieg waren auch die Kontakte numerisch stets höher in der Modellklinik. Somit wurden „Psych-Vertragsärzte“ bei den klinikneuen Patienten neben einer verstärkten Nutzung der PIA vermehrt in Anspruch genommen und die Behandlung vom stationären in das ambulante Setting verlagert. Auch bei den klinikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme bei einem „Psych-Vertragsarzt“ im Modellvorhaben stets etwas größer als in der Regelversorgung. Diese verstärkte Inanspruchnahme vergrößerte sich teils leicht über den patientenindividuellen Verlauf, erreicht jedoch keine statistische Signifikanz. Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei dem vorliegenden Modellvorhaben auf das Krankenhaus. Daher sind keine expliziten finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Dennoch ist im Modellvorhaben am LWL – Universitätsklinikum Bochum eine Stärkung der Inanspruchnahme des Bereichs der „Psych-Vertragsärzte“ im Sinne einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung, besonders bei den klinikneuen Patienten, erkennbar.

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 sowohl die Anzahl und als auch die Dauer voll- und teilstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im Zuge des Modellvorhabens verringert werden konnte. Im Gegenzug wurden die Inanspruchnahme der PIA und von „Psych-Vertragsärzten“ erhöht. Damit konnten die Ziele einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten sowie einer Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich erreicht werden. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich auch eine Abnahme vollstationärer Behandlungsdauer und der PIA-Inanspruchnahme, welche über eine vermehrte Inanspruchnahme im teilstationären Bereich und der „Psych-Vertragsärzte“ vermutlich kompensiert wurde.

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 die klinikneuen Patienten im Modelvorhaben stets größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 waren diese Unterschiede vereinzelt statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war die Tendenz nicht so eindeutig. Während die Patienten in U1 noch zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbare Behandlungskontinuitäten aufwiesen, waren diese in U4 im Modellvorhaben mit einer Ausnahme stets größer.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange klinikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger

Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren in der Modellklinik für beide Nachbeobachtungszeiträume im Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass besonders im ersten Jahr nach Referenzfall eine Behandlung mit weniger Abbrüchen des Kontakts im Modellvorhaben sichergestellt werden konnte. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein wesentlicher 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. Sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch bei dem Kontaktabbruch konnten Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden. Dies trifft besonders auf das erste Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten zu. Dies bedeutet, dass es 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 für klinikneue Patienten gewährleistet werden konnte. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten

mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung.

Hypothese c) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern** somit **das Risiko für Arbeitsunfähigkeit**, **schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen**, für die Entwicklung von psychischen und somatischen **Komorbiditäten**, für **Erkrankungsprogression** und für eine erhöhte **Mortalität**."*

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** stieg bei den klinikneuen Patienten des LWL – Universitätsklinikums Bochum in den Untersuchungen U2-U4 etwas geringer als in der Regelversorgung an. Dieser geringere Anstieg war in U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war der Verlauf der AU-Episoden zwischen beiden Gruppen vergleichbar, während das Niveau der AU-Episoden im Modellvorhaben stets etwas niedriger als in der Regelversorgung war. Ein Trend hin zu weniger AU-Episoden lässt sich somit abzeichnen.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik in U2-U4 stets geringer als in der Regelversorgung, während bei den Patienten der Modellklinik in U1 stets mehr AU-Tage zu verzeichnen waren. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG gab es jedoch nicht. Eine Tendenz hin zu weniger AU-Tagen über den Modellverlauf lässt sich somit vermuten, kann aber mit den vorhandenen Daten (noch) nicht bestätigen werden. Bei den klinikbekannten Patienten starteten die Patienten der Modellklinik in U1 und in U4 auf einem höheren AU-Tage-Niveau im Jahr vor Referenzfall im Vergleich zur Regelversorgung. Danach sanken die AU-Tage in der Modellklinik unter das Niveau der Regelversorgung. Dieses stärkere Absinken der AU-Tage war in U1 im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall und für alle vier Jahre zusammen statistisch signifikant. Hier lässt sich somit ein Trend hin zu weniger AU-Tage über den patientenindividuellen Verlauf erkennen.

Ob Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung „Seelische Gesundheit Aachen" wurde für Depression eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (12). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen, herausgefunden werden (13). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§ 64b SGB V-ähnlichen) Modellvorhaben lag u.a. auf der Reduktion vollstationärer Tage, Veränderung ambulanter Inanspruchnahme, Lebensqualität, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Patienten, Mitarbeiter und Angehörigen und weitere Outcomes.

Die Rückführung von psychisch Erkrankten in den primären Arbeitsmarkt bzw. die Vermeidung von AU ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein

enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (14), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken konnte sichergestellt werden, dass diese vergleichbare Erkrankungsschweren aufweisen. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. „Supported Employment“ oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme war in der Modellklinik etwas höher, wenn auch nicht statistisch signifikant. Jedoch war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung 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 Patienten der Modellklinik mit Patienten 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 bei den klinikneuen Patienten vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war jedoch sowohl in U1 als auch in U4 eine geringere Zunahme des kumulierten Elixhauser-Scores vom Jahr vor Referenzfall zu Jahr danach erkennbar. Dieser Unterschied war in U1 statistisch signifikant.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten bzw. teilstationären Bereich keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach § 64b SGB V

können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen (wie hier) beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind. Im vorliegenden Modellvorhaben konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) war sowohl bei den klinikneuen als auch den klinikbekannten Patienten der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war zwischen Modellklinik und Regelversorgung sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten auf der einen Seite vergleichbar (U2). Auf der anderen Seite wies die Modellklinik in U3 statistisch signifikant weniger Entwicklungen hin zu einer Suchterkrankung auf. Auch war dieser Anteil bei den klinikneuen Patienten der Modellklinik in U1 und U4 (etwas) geringer als der Regelversorgung. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben positiv auf die Verhinderung einer schweren depressiven Störung ausgewirkt zu haben. Weiterhin sind Tendenzen hin zu einer Verhinderung der Entwicklung einer Suchterkrankung bei den klinikneuen Patienten zu erkennen. Hier sind die Ergebnisse jedoch nicht eindeutig.

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 Modellklinik als auch auf die Regelversorgung zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass ein Trend hin zu einer Verringerung des Risikos für Arbeitsunfähigkeit von klinikneuen und klinikbekannten Patienten erkennbar ist. Im Modellvorhaben am LWL – Universitätsklinikum Bochum wurden die Patienten schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung (hypothesenkonträr). Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung soweit vergleichbar, nahmen jedoch bei den klinikbekannten Patienten der Modellklinik weniger stark als in der Regelversorgung zu. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Das Risiko einer schweren depressiven Störung konnte im Modellvorhaben verringert werden.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor. Hier gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach § 64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) 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). Erste Ergebnisse dazu werden im Jahr 2022 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 beim Referenzfall und bei weiteren Jahren nach Referenzfall statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Bei den klinikbekannten Patienten wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben stets statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung, einschließlich im Jahr vor Referenzfall. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nicht nachgewiesen werden. Die aufsuchende Behandlung wurde seltener im Modellvorhaben eingesetzt. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß § 64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre, und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs.

weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung oder Verringerung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben weniger häufig in Anspruch genommen. Eine Stärkung der aufsuchenden Behandlung in der PIA ist nicht erkennbar.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] **stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte** aufgrund einer psychischen Erkrankung. **Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten** sind in der IG daher geringer als in der KG.“*

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationärer psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.845,46 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten vierjährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG ebenfalls signifikant günstiger (um 813,80 € je Patient) als die KG.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich für die IG kein signifikant von der KG verschieden hoher Anstieg gegenüber der KG. Zwar war der Anstieg mit 617,10 € geringer als in der KG, es ergab sich allerdings keine Signifikanz im statistischen Modell. Es ist aber zu erwähnen, dass die Kosten bei separater Betrachtung der einzelnen Beobachtungszeiträume in der IG stets um das 3- bis 4-fache unter denen der KG lagen. Hier ist der Vorläufervertrag ersichtlich, der dazu führte, dass die Kosten bereits analog den geringeren vollstationären Tagen in der IG bereits im Prä-Zeitraum niedriger waren.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.784,80 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten dreijährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG um 1.101,94 € signifikant günstiger als die KG.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonformes Ergebnis. Die IG entwickelte sich bei den klinikneuen Patienten stets günstiger als die KG bzw. war bei den klinikbekannten Patienten trotz gleicher Anstiege günstiger.

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**."*

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 2.615,92 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten vierjährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG ebenfalls signifikant günstiger (um 1.156,13 € je Patient) als die KG.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich für die IG kein signifikant von der KG verschieden hoher Anstieg gegenüber der KG. Zwar war der Anstieg mit 1.155,12 € geringer als in der KG, es ergab sich allerdings keine Signifikanz im statistischen Modell. Es ist aber zu erwähnen, dass die Kosten bei separater Betrachtung der einzelnen Beobachtungszeiträume in der IG stets um das 3- bis 4-fache unter denen der KG lagen. Auch hier führte der Vorläufervertrag zu geringeren Gesamtkosten im Prä-Zeitraum in der IG.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 7.081,20 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten dreijährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG um 1.736,70 € signifikant günstiger als die KG.

Zusammenfassend zeigt sich auch hier ein hypothesenkonformes Verhalten. Den aus einer geringeren Zahl voll- oder teilstationär versorgter Patienten resultierenden niedrigeren Kosten in diesen Settings stehen höhere Kosten der PIA gegenüber, da hier auch wesentlich mehr Personen versorgt wurden.

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. Seit Beginn des Modellvorhabens werden PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-

Systems als Abrechnungssystem, lässt sich festhalten, dass somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem ließe sich jedoch entgegnen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] führen zu einer* ***Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.“***

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr als auch zum gesamten Postzeitraum in allen Untersuchungsperspektiven signifikant teurer als die KG.

Bei den klinikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sowie zum gesamten Postzeitraum aufgrund des bereits bestehenden höheren Ausgangsniveaus nicht signifikant unterschiedlich zur KG, die Kosten lagen aber im ersten und zweiten Jahr über denen der KG.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 99,96 € signifikant teurer als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum entwickelte sich die IG um 84,43 € signifikant teurer als die KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kosten im haus- und fachärztlichen Bereich in der IG zwar höher sind, es sich aber nicht zwangsläufig um eine durch die Budgetbildung induzierte Verschiebung handelt, da der Anteil der Kosten in diesem Versorgungsbereich bereits vor Modellbeginn in der IG höher war.

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."*

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten der Psychopharmakaversorgung** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 83,70 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum gesamten vierjährigen Postzeitraum entwickelte sich die IG ebenfalls signifikant günstiger (um 89,78 € je Patient) als die KG.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich für die IG kein signifikant von der KG verschieden hoher Anstieg gegenüber der KG.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant anders als die KG. Hier ist aber festzuhalten, dass die Kosten in der IG in allen Beobachtungsperioden über denen der KG lagen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren Arzneimittelkosten verworfen werden kann.

Hypothese j) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung."*

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 427,47 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 427,47 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1" („Mitglied"; Variante B) mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante B) von 313,71 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 313,71 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 234,36 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden

234,36 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Bezogen auf die AU-Tage lag das Verhältnis bei 77,28 €/d, d.h. jeder vermiedene Au-Tag sparte zusätzlich 77,28 € ein.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V im Krankenhaus LWL-Universitätsklinikum Bochum wurden sowohl die Anzahl als auch die Dauer voll- und teilstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Im Gegenzug wurden die Inanspruchnahme der PIA und von „Psych-Vertragsärzten“ erhöht. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich auch eine Abnahme vollstationärer Behandlungsdauer und der PIA-Inanspruchnahme, welche vermutlich über eine vermehrte Inanspruchnahme im teilstationären Bereich und der „Psych-Vertragsärzte“ kompensiert wurde. Damit konnten die Ziele einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten sowie einer Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich erreicht werden. Die Verlagerung in den nicht-stationären Sektor hatte mutmaßlich positive Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität durch eine erhöhte Kontinuität zum psychiatrischen Sektor. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten zusätzliche hypothesenkonforme Ergebnisse. So ist ein Trend hin zu einer Verringerung des Risikos für Arbeitsunfähigkeit von klinikneuen und klinikbekannten Patienten im Modellvorhaben erkennbar. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung soweit vergleichbar, nahmen jedoch bei den klinikbekannten Patienten der Modellklinik weniger stark als in der Regelversorgung zu. Die Mortalität in der Modellklinik erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung, jedoch konnte das Risiko einer schweren depressiven Störung im Modellvorhaben verringert werden. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten nicht beobachtet werden. Lediglich hypothesenkonträr stellten sich die schnellere vollstationäre Wiederaufnahme im Modellvorhaben sowie die geringe Inanspruchnahme der aufsuchenden Behandlung in der PIA dar. Insgesamt zeigen sich eine Reihe positiver Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

Die oben aufgezeigten Effekte der Verlagerung in den ambulanten Bereich, ließen sich auch bei den Kosten beobachten. So ergaben sich geringere Kosten im voll- und teilstationären Bereich und höhere Kosten im Bereich der PIA sowie der vertragsärztlichen Behandlung. Die erwarteten Effekte sind somit eingetreten und es kann von einer ressourceneffektiven Mittelverwendung ausgegangen werden.

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

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen,* sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden

die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und 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. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich

die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen 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 153: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**3.541**	**3.541**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	67,9 %	69,3 %
• Zwei Diagnosen	26,2 %	25,0 %
• Drei Diagnosen	5,3 %	4,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F43 / KG: F32 & F41	107	74
2. IG: F33 & F50 / KG: F32 & F43	93	73
3. IG: F33 & F45 / KG: F33 & F43	74	65

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

Tabelle 154: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	2.403	2.455	3.541	3.541
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,9 %	2,9 %	2,4 %	2,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	5,5 %	5,4 %	8,2 %	7,7 %

• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,0 %	5,1 %	4,2 %	4,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,6 %	51,1 %	60,4 %	60,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,1 %	15,2 %	19,0 %	18,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,2 %	1,9 %	7,4 %	7,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	8,0 %	7,6 %	14,0 %	14,8 %
• F 50 (Essstörungen)	4,7 %	3,3 %	9,3 %	7,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,7 %	2,4 %	5,0 %	5,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,5 %	0,9 %	2,1 %	2,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,4 %	0,4 %	1,0 %	1,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,4 %	2,7 %	3,4 %	4,2 %
Alter[1]				
• Mittelwert	43,1	43,4	42,6	42,4
• Median	42	43	42	41
• (Interquartilsabstand)	(28 - 54)	(28 - 55)	(28 - 54)	(27 - 54)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,3 %	60,1 %	61,0 %	62,1 %
• Männer	42,7 %	39,9 %	39,0 %	37,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	11,9 %	38,3 %	12,1 %	43,1 %
• PIA	88,1 %	61,7 %	87,9 %	56,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,4 %	1,0 %	0,5 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,4 %	8,6 %	4,7 %	7,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,9 %	10,8 %	9,1 %	10,0 %
• Abitur/Fachabitur	19,7 %	9,5 %	18,3 %	9,9 %
• Abschluss unbekannt	12,2 %	11,4 %	11,6 %	11,5 %
• Fehlende Angabe	54,3 %	58,7 %	55,7 %	59,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,8 %	7,9 %	6,8 %	7,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,4 %	20,9 %	19,7 %	19,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %
• Bachelor	1,6 %	0,6 %	1,3 %	0,6 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	7,4 %	2,5 %	6,7 %	2,9 %
• Promotion	0,6 %	0,2 %	0,5 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	8,7 %	7,9 %	8,0 %	8,1 %
• Fehlende Angabe	54,3 %	58,7 %	55,7 %	59,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,9 %	7,6 %	6,6 %	8,0 %
• Nein	88,1 %	83,0 %	88,5 %	81,9 %
• Fehlende Angabe	5,0 %	9,4 %	4,9 %	10,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	26,9 %	31,0 %	28,9 %	32,8 %

• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	21,4 %	20,6 %	24,3 %	23,2 %
• Weder A noch B	51,7 %	48,4 %	46,8 %	44,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	68,6 %	65,8 %	69,1 %	65,5 %
• Familienversicherter	10,8 %	9,7 %	10,1 %	10,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	17,0 %	22,3 %	17,4 %	22,1 %
• Fehlende Angabe	3,7 %	2,2 %	3,3 %	2,1 %

[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 155: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**2.528**	**2.485**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	68,4 %	70,4 %
• Zwei Diagnosen	26,1 %	24,3 %
• Drei Diagnosen	5,0 %	4,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F43 / KG: F32 & F41	73	55
2. IG: F33 & F50 / KG: F32 & F43	72	49
3. IG: F33 & F45 / KG: F32 & F50	48	45

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

Tabelle 156: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	1.728	1.749	2.528	2.485
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,0 %	3,1 %	2,5 %	2,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	4,9 %	4,9 %	7,7 %	7,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,3 %	5,4 %	4,5 %	4,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,5 %	51,1 %	60,2 %	59,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,0 %	15,0 %	18,4 %	17,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,5 %	1,9 %	7,2 %	7,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	7,9 %	7,8 %	13,8 %	15,3 %

• F 50 (Essstörungen)	4,6 %	3,3 %	9,3 %	7,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,5 %	2,2 %	4,9 %	4,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,6 %	1,0 %	2,3 %	2,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,1 %	0,9 %	0,8 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,7 %	2,9 %	3,5 %	4,3 %
Alter[1]				
• Mittelwert	43,2	43,6	42,7	42,6
• Median	42	43	42	42
• (Interquartilsabstand)	(28 - 55)	(28 - 55)	(28 - 54)	(27 - 54)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,8 %	60,8 %	61,5 %	63,0 %
• Männer	42,2 %	39,2 %	38,5 %	37,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	13,1 %	38,8 %	13,3 %	42,9 %
• PIA	86,9 %	61,2 %	86,7 %	57,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,5 %	1,0 %	0,6 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,9 %	9,0 %	5,3 %	8,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,5 %	11,0 %	9,9 %	10,2 %
• Abitur/Fachabitur	20,3 %	10,1 %	19,1 %	10,1 %
• Abschluss unbekannt	13,9 %	11,4 %	13,1 %	11,6 %
• Fehlende Angabe	50,8 %	57,5 %	52,1 %	58,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,6 %	7,9 %	7,7 %	7,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,2 %	21,9 %	21,5 %	20,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	1,3 %	1,4 %	1,2 %
• Bachelor	1,7 %	0,7 %	1,4 %	0,6 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	7,7 %	2,8 %	6,9 %	2,9 %
• Promotion	0,6 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	9,4 %	7,8 %	8,6 %	7,9 %
• Fehlende Angabe	50,8 %	57,5 %	52,1 %	58,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,6 %	7,3 %	6,5 %	7,5 %
• Nein	93,4 %	84,0 %	93,5 %	82,7 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	8,7 %	0,0 %	9,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	26,6 %	31,7 %	28,8 %	33,8 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	22,2 %	20,2 %	24,7 %	22,5 %
• Weder A noch B	51,2 %	48,1 %	46,6 %	43,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	67,0 %	64,0 %	67,2 %	64,1 %

• Familienversicherter	10,8 %	9,7 %	10,0 %	9,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	17,8 %	24,0 %	18,6 %	23,7 %
• Fehlende Angabe	4,5 %	2,3 %	4,2 %	2,3 %

[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

Tabelle 157: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**1.591**	**1.543**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	67,6 %	70,2 %
• Zwei Diagnosen	26,9 %	24,5 %
• Drei Diagnosen	4,8 %	4,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	1,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F43 / KG: F32 & F43	52	34
2. IG: F33 & F50 / KG: F32 & F41	46	31
3. F33 & F45	33	28

[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)	**768**	**762**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	66,1 %	67,2 %
• Zwei Diagnosen	28,3 %	26,5 %
• Drei Diagnosen	5,2 %	5,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F90 / KG: F33 & F41	20	20
2. IG: F33 & F42 / KG: F10 & F33	19	14
3. IG: F33 & F41 / KG: F33 & F90	16	13

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

Tabelle 158: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	1.076	1.083	1.591	1.543
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,7 %	0,8 %	0,9 %	1,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,6 %	2,7 %	2,2 %	2,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	5,5 %	5,4 %	7,9 %	7,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	4,8 %	5,4 %	4,3 %	4,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,6 %	50,4 %	60,8 %	59,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	15,4 %	17,3 %	19,7 %	18,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,3 %	1,8 %	7,7 %	7,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	8,1 %	7,8 %	13,7 %	15,3 %
• F 50 (Essstörungen)	4,1 %	2,3 %	8,9 %	6,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,3 %	2,1 %	4,9 %	4,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,5 %	1,1 %	2,1 %	2,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,1 %	0,7 %	0,8 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,3 %	2,4 %	2,8 %	3,7 %
Alter[1]				
• Mittelwert	42,7	42,8	42,4	42,1
• Median	41	43	41	41
• (Interquartilsabstand)	(28 - 54)	(28 - 54)	(28 - 53)	(27 - 53)
Geschlecht (%)				
• Frauen	58,9 %	61,6 %	61,9 %	63,4 %
• Männer	41,1 %	38,4 %	38,1 %	36,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	14,4 %	39,4 %	14,3 %	44,0 %
• PIA	85,6 %	60,6 %	85,7 %	56,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,4 %	1,1 %	0,4 %	1,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,6 %	9,1 %	4,9 %	8,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,9 %	11,2 %	9,7 %	10,8 %
• Abitur/Fachabitur	19,7 %	10,5 %	19,0 %	10,2 %
• Abschluss unbekannt	12,9 %	10,6 %	12,3 %	11,3 %

• Fehlende Angabe	52,5 %	57,4 %	53,7 %	58,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,5 %	7,8 %	7,3 %	7,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	20,1 %	22,4 %	20,4 %	21,4 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,2 %	1,5 %	1,4 %	1,2 %
• Bachelor	1,3 %	0,6 %	1,1 %	0,6 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	7,7 %	2,9 %	7,2 %	3,1 %
• Promotion	0,6 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	9,1 %	7,2 %	8,5 %	7,6 %
• Fehlende Angabe	52,5 %	57,4 %	53,7 %	58,1 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,5 %	6,6 %	6,0 %	7,0 %
• Nein	93,5 %	84,5 %	94,0 %	82,9 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	8,9 %	0,0 %	10,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	27,5 %	30,7 %	28,7 %	33,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	22,1 %	19,7 %	26,0 %	22,2 %
• Weder A noch B	50,4 %	49,7 %	45,4 %	44,2 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	66,4 %	63,6 %	66,6 %	63,9 %
• Familienversicherter	11,2 %	10,4 %	10,1 %	10,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	16,8 %	23,5 %	18,2 %	23,4 %
• Fehlende Angabe	5,5 %	2,4 %	5,0 %	2,5 %

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	508	512	768	762
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %

• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,4 %	0,1 %	0,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,3 %	3,9 %	3,6 %	3,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	3,5 %	3,3 %	8,6 %	8,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	20,3 %	20,7 %	17,6 %	17,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	40,9 %	44,3 %	54,4 %	54,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,9 %	4,5 %	7,7 %	9,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,0 %	2,7 %	4,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	4,3 %	4,9 %	14,6 %	14,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,4 %	2,2 %	2,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	4,7 %	4,3 %	7,9 %	8,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,6 %	1,0 %	3,0 %	3,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,4 %	1,0 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	14,6 %	10,9 %	14,6 %	11,8 %
Alter[1]				
• Mittelwert	45,6	45,8	45,3	45,3
• Median	46	46	46	45
• (Interquartilsabstand)	(31 - 57)	(31 - 56)	(31 - 57)	(31 - 56)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,1 %	62,5 %	55,5 %	63,5 %
• Männer	45,9 %	37,5 %	44,5 %	36,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	12,8 %	24,0 %	13,8 %	25,1 %
• PIA	87,2 %	76,0 %	86,2 %	74,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,2 %	1,0 %	0,1 %	1,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,0 %	5,7 %	3,5 %	5,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,3 %	6,4 %	8,6 %	5,6 %
• Abitur/Fachabitur	16,3 %	6,4 %	14,8 %	6,4 %
• Abschluss unbekannt	9,4 %	11,1 %	9,0 %	11,3 %
• Fehlende Angabe	62,8 %	69,3 %	63,9 %	69,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,1 %	5,7 %	3,9 %	6,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	15,4 %	13,9 %	16,7 %	12,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,2 %	0,4 %	1,3 %	0,3 %
• Bachelor	1,6 %	1,0 %	1,3 %	1,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	7,1 %	2,1 %	6,1 %	2,0 %
• Promotion	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	7,3 %	7,6 %	6,4 %	8,4 %
• Fehlende Angabe	62,8 %	69,3 %	63,9 %	69,8 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	7,9 %	8,0 %	8,2 %	9,6 %
• Nein	92,1 %	85,5 %	91,8 %	82,4 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	6,4 %	0,0 %	8,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	25,4 %	25,6 %	27,5 %	24,9 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	44,7 %	47,5 %	48,3 %	52,4 %
• Weder A noch B	29,9 %	27,0 %	24,2 %	22,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	61,0 %	55,7 %	62,5 %	54,7 %
• Familienversicherter	7,9 %	7,4 %	7,0 %	7,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	28,5 %	34,6 %	28,4 %	35,7 %
• Fehlende Angabe	2,6 %	2,3 %	2,1 %	2,4 %

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

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 159: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	**539**	**539**	**528**	**521**	**519**	**546**	**546**	**535**	**532**	**517**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	2,4	14,8	3,3	4,0	4,1	2,2	22,0	6,4	4,2	4,6
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 44 Jahre; KG: < 43 Jahre)	2,1 (n=269)	13,4 (n=269)	3,6 (n=268)	3,7 (n=267)	3,8 (n=267)	2,8 (n=272)	17,5 (n=272)	4,4 (n=271)	4,0 (n=271)	4,6 (n=269)
Älter (IG: ≥ 44 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	2,7 (n=270)	16,2 (n=270)	3,0 (n=260)	4,2 (n=254)	4,4 (n=252)	1,5 (n=274)	26,5 (n=274)	8,5 (n=264)	4,5 (n=261)	4,7 (n=248)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	7,5 (n<10)	42,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n=14)	11,6 (n=14)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,4 (n=15)	12,8 (n=15)	0,7 (n=10)	1,3 (n=10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	3,5 (n=34)	22,4 (n=34)	5,7 (n=33)	3,0 (n=31)	4,8 (n=31)	10,1 (n=33)	14,8 (n=33)	9,4 (n=33)	4,6 (n=33)	1,3 (n=31)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	8,2 (n=31)	28,5 (n=31)	9,2 (n=29)	21,4 (n=29)	16,8 (n=29)	6,6 (n=35)	44,1 (n=35)	23,3 (n=35)	8,4 (n=34)	11,3 (n=31)
F 30-39 (Affektive Störungen)	2,2 (n=265)	18,6 (n=265)	3,8 (n=263)	4,0 (n=260)	4,5 (n=259)	1,4 (n=272)	30,6 (n=272)	7,3 (n=269)	5,6 (n=268)	6,3 (n=262)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,7 (n=92)	2,3 (n=92)	0,4 (n=92)	1,4 (n=91)	0,3 (n=91)	0,0 (n=99)	3,9 (n=99)	0,7 (n=96)	0,9 (n=96)	1,0 (n=96)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n=13)	0,9 (n=13)	0,0 (n=12)	0,0 (n=12)	3,6 (n=12)	0,7 (n<10)	10,7 (n<10)	1,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	3,0 (n=36)	9,1 (n=36)	0,0 (n=36)	0,0 (n=36)	0,0 (n=36)	0,2 (n=33)	12,3 (n=33)	2,0 (n=33)	0,0 (n=33)	0,0 (n=33)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n=22)	14,9 (n=22)	0,0 (n=22)	0,0 (n=22)	0,0 (n=22)	16,3 (n=13)	23,6 (n=13)	5,9 (n=13)	5,8 (n=13)	8,2 (n=13)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	10,1 (n=13)	19,3 (n=13)	15,7 (n=13)	12,8 (n=13)	17,7 (n=13)	0,6 (n=13)	3,9 (n=13)	6,1 (n=13)	3,7 (n=13)	5,7 (n=13)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	13,3 (n<10)	5,4 (n<10)	7,1 (n<10)	10,6 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n=10)	3,4 (n=10)	7,4 (n=10)	2,9 (n=10)	2,7 (n=10)	0,0 (n=13)	9,2 (n=13)	0,9 (n=13)	3,9 (n=13)	1,2 (n=13)

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)	**440**	**440**	**433**	**425**	**420**	**442**	**442**	**430**	**425**	**420**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	8,8	11,1	5,4	5,2	4,8	9,3	13,8	7,9	6,5	8,6
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG/KG: < 46 Jahre)	9,1 (n=210)	10,0 (n=210)	4,1 (n=208)	5,9 (n=207)	5,5 (n=206)	11,1 (n=213)	14,4 (n=213)	8,2 (n=213)	7,6 (n=213)	11,1 (n=213)
Älter (IG/KG: ≥ 46 Jahre)	8,4 (n=230)	12,1 (n=230)	6,6 (n=225)	4,6 (n=218)	4,2 (n=214)	7,7 (n=229)	13,1 (n=229)	7,7 (n=217)	5,5 (n=212)	6,1 (n=207)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,2 (n=20)	0,5 (n=20)	2,9 (n=17)	0,0 (n=15)	0,0 (n=14)	0,0 (n=18)	2,2 (n=18)	0,1 (n=13)	0,0 (n=10)	0,0 (n=10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,1 (n=14)	26,1 (n=14)	6,4 (n=14)	7,1 (n=14)	12,0 (n=14)	9,5 (n=15)	16,3 (n=15)	10,1 (n=15)	7,8 (n=15)	5,7 (n=15)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,0 (n=94)	22,4 (n=94)	14,1 (n=93)	14,5 (n=92)	9,2 (n=88)	12,5 (n=95)	16,1 (n=95)	10,2 (n=94)	13,2 (n=94)	13,4 (n=93)
F 30-39 (Affektive Störungen)	9,3 (n=184)	8,6 (n=184)	3,3 (n=181)	2,0 (n=176)	4,7 (n=176)	10,9 (n=195)	16,0 (n=195)	8,8 (n=190)	6,8 (n=188)	8,9 (n=184)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,2 (n=20)	9,7 (n=20)	0,0 (n=20)	2,9 (n=20)	0,0 (n=20)	0,9 (n=20)	7,7 (n=20)	0,3 (n=19)	0,1 (n=19)	0,1 (n=19)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,8 (n<10)	13,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	5,2 (n=19)	7,2 (n=19)	5,5 (n=19)	0,8 (n=19)	5,8 (n=19)	1,3 (n=21)	6,7 (n=21)	2,0 (n=21)	2,2 (n=21)	2,1 (n=21)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	26,1 (n=18)	27,1 (n=18)	10,2 (n=18)	19,9 (n=18)	6,2 (n=18)	11,4 (n=16)	16,9 (n=16)	8,0 (n=16)	0,6 (n=16)	23,9 (n=16)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	18,0 (n<10)	79,8 (n<10)	71,5 (n<10)	2,0 (n<10)	0,5 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	127,0 (n<10)	22,0 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,3 (n=67)	0,0 (n=67)	0,0 (n=67)	0,0 (n=67)	0,0 (n=67)	1,4 (n=50)	3,3 (n=50)	3,5 (n=50)	1,5 (n=50)	4,3 (n=50)

Tabelle 160: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	**539**	**539**	**528**	**521**	**519**	**546**	**546**	**535**	**532**	**517**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	25,8	65,9	24,9	17,7	18,1	26,6	68,9	20,1	12,0	14,4
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 44 Jahre; KG: < 43 Jahre)	20,9 (n<10)	59,0 (n=269)	20,5 (n=268)	19,5 (n=267)	19,2 (n=267)	22,7 (n=272)	61,3 (n=272)	18,6 (n=271)	11,9 (n=271)	16,9 (n=269)
Älter (IG: ≥ 44 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	30,7 (n<10)	72,8 (n=270)	29,5 (n=260)	15,9 (n=254)	16,8 (n=252)	30,4 (n=274)	76,3 (n=274)	21,6 (n=264)	12,1 (n=261)	11,7 (n=248)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	7,5 (n<10)	41,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	11,6 (n=14)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,4 (n=15)	12,8 (n=15)	0,7 (n=10)	1,3 (n=10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,6 (n<10)	78,1 (n=34)	38,7 (n=33)	4,9 (n=31)	9,5 (n=31)	15,0 (n=33)	16,7 (n=33)	9,7 (n=33)	11,7 (n=33)	1,3 (n=31)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,7 (n<10)	62,7 (n=31)	26,3 (n=29)	46,0 (n=29)	24,8 (n=29)	17,6 (n=35)	87,5 (n=35)	35,6 (n=35)	11,1 (n=34)	13,4 (n=31)
F 30-39 (Affektive Störungen)	35,6 (n<10)	85,2 (n=265)	26,5 (n=263)	20,1 (n=260)	16,4 (n=259)	38,8 (n=272)	99,0 (n=272)	24,0 (n=269)	14,9 (n=268)	16,9 (n=262)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,3 (n<10)	37,6 (n=92)	25,8 (n=92)	14,7 (n=91)	21,0 (n=91)	8,0 (n=99)	35,1 (n=99)	18,3 (n=96)	11,3 (n=96)	13,6 (n=96)
F 45 (Somatoforme Störungen)	25,4 (n<10)	42,5 (n=13)	16,9 (n=12)	11,5 (n=12)	49,6 (n=12)	36,2 (n<10)	47,4 (n<10)	26,6 (n<10)	3,1 (n<10)	3,6 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	18,4 (n<10)	64,3 (n=36)	14,9 (n=36)	8,7 (n=36)	3,2 (n=36)	36,5 (n=33)	61,3 (n=33)	12,7 (n=33)	1,3 (n=33)	17,2 (n=33)
F 50 (Essstörungen)	23,3 (n<10)	44,0 (n=22)	21,7 (n=22)	17,1 (n=22)	21,6 (n=22)	29,0 (n=13)	31,9 (n=13)	8,0 (n=13)	9,5 (n=13)	8,5 (n=13)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	13,1 (n<10)	40,5 (n=13)	19,2 (n=13)	12,8 (n=13)	47,4 (n=13)	2,8 (n=13)	13,6 (n=13)	9,7 (n=13)	10,2 (n=13)	5,7 (n=13)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	6,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,5 (n<10)	3,3 (n<10)	14,6 (n<10)	6,1 (n<10)	7,1 (n<10)	14,9 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	18,8 (n<10)	24,3 (n=10)	30,1 (n=10)	19,5 (n=10)	37,2 (n=10)	6,0 (n=13)	19,2 (n=13)	2,2 (n=13)	11,4 (n=13)	28,1 (n=13)

[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
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	**440**	**440**	**433**	**425**	**420**	**442**	**442**	**430**	**425**	**420**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	35,2	35,9	18,4	12,8	11,8	32,1	37,3	18,1	13,1	19,0
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG/KG: < 46 Jahre)	40,3 (n<10)	39,8 (n=210)	18,5 (n=208)	15,7 (n=207)	14,0 (n=206)	30,3 (n=213)	39,1 (n=213)	20,9 (n=213)	17,4 (n=213)	27,1 (n=213)
Älter (IG/KG: ≥ 46 Jahre)	30,5 (n<10)	32,3 (n=230)	18,3 (n=225)	10,0 (n=218)	9,6 (n=214)	33,7 (n=229)	35,7 (n=229)	15,3 (n=217)	8,9 (n=212)	10,7 (n=207)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,6 (n<10)	0,5 (n=20)	2,9 (n=17)	16,1 (n=15)	1,9 (n=14)	0,0 (n=18)	2,2 (n=18)	0,1 (n=13)	0,0 (n=10)	0,0 (n=10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,6 (n<10)	37,2 (n=14)	8,6 (n=14)	10,8 (n=14)	12,4 (n=14)	29,1 (n=15)	26,0 (n=15)	10,1 (n=15)	7,8 (n=15)	5,5 (n=15)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	24,9 (n<10)	29,4 (n=94)	20,0 (n=93)	18,3 (n=92)	15,2 (n=88)	27,3 (n=95)	34,8 (n=95)	23,2 (n=94)	22,0 (n=94)	26,7 (n=93)

F 30-39 (Affektive Störungen)	51,9 (n<10)	46,2 (n=184)	16,5 (n=181)	8,9 (n=176)	13,6 (n=176)	46,2 (n=195)	52,1 (n=195)	23,6 (n=190)	15,2 (n=188)	22,4 (n=184)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	43,5 (n<10)	38,3 (n=20)	6,6 (n=20)	18,4 (n=20)	11,5 (n=20)	3,3 (n=20)	24,6 (n=20)	0,3 (n=19)	6,2 (n=19)	15,6 (n=19)
F 45 (Somatoforme Störungen)	14,0 (n<10)	12,0 (n<10)	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,5 (n<10)	18,3 (n<10)	8,3 (n<10)	0,0 (n<10)	21,8 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	21,5 (n<10)	39,9 (n=19)	45,7 (n=19)	8,1 (n=19)	6,6 (n=19)	21,0 (n=21)	7,7 (n=21)	2,2 (n=21)	12,5 (n=21)	3,7 (n=21)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	36,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	3,5 (n<10)	15,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	77,1 (n<10)	107,2 (n=18)	76,6 (n=18)	54,7 (n=18)	30,6 (n=18)	25,9 (n=16)	45,4 (n=16)	14,6 (n=16)	1,7 (n=16)	26,5 (n=16)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	18,0 (n<10)	79,3 (n<10)	71,5 (n<10)	4,8 (n<10)	0,5 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	128,5 (n<10)	245,0 (n<10)	82,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	8,7 (n<10)	7,6 (n=67)	8,5 (n=67)	4,0 (n=67)	1,8 (n=67)	16,0 (n=50)	7,2 (n=50)	3,7 (n=50)	1,9 (n=50)	7,6 (n=50)

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

14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 161: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,40*** 0,26…0,60	0,35* 0,15…0,80	-8,36*** -11,38…-5,34	-6,39*** -8,00…-4,77
DID Jahr 2	0,78 0,49…1,24	0,62 0,24…1,57	-2,42 -5,43…0,60	-0,88 -2,50…0,73
DID Jahr 3	0,82 0,51…1,32	0,34* 0,12…0,94	-2,00 -5,02…1,01	-1,24 -2,85…0,38
DID Jahr 4	0,97 0,60…1,58	0,59 0,22…1,60	-0,72 -3,74…2,30	-0,66 -2,27…0,96
DID Jahr 1-4	—	—	-3,38** -5,84…-0,91	-2,29** -3,61…-0,97
Gruppe	1,57* 1,10…2,24	1,59 0,71…3,54	2,86* 0,70…5,03	0,14 -1,02…1,29
Jahr 1	17,32*** 12,89…23,29	27,07*** 14,14…51,81	20,83*** 18,68…22,99	11,37*** 10,21…12,52
Jahr 2	1,58** 1,14…2,18	3,67*** 1,80…7,49	3,50** 1,34…5,65	1,42* 0,26…2,57
Jahr 3	1,28 0,92…1,78	2,79** 1,34…5,82	2,56* 0,40…4,72	1,07 -0,09…2,22
Jahr 4	1,05 0,74…1,48	2,36* 1,11…5,00	2,36* 0,20…4,52	0,68 -0,47…1,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,89…1,19	2,23*** 1,75…2,84	1,62** 0,56…2,69	1,71*** 1,14…2,28
Indexgruppe 9 (F43)	0,74** 0,61…0,90	0,68* 0,50…0,92	-0,84 -2,12…0,46	-0,81* -1,50…-0,12
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,69** 0,56…0,86	1,25 0,94…1,66	-0,90 -2,39…0,59	0,97* 0,17…1,77
Psy A[1]	1,38*** 1,17…1,62	1,75*** 1,38…2,22	1,90** 0,74…3,06	1,26*** 0,65…1,88
Psy B[2]	1,53*** 1,28…1,82	1,04 0,81…1,34	4,55*** 3,20…5,91	-0,48 -1,20…0,25
Alter	0,83* 0,72…0,96	0,85 0,69…1,05	-1,30* -2,34…-0,25	-0,19 -0,75…0,37
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,85…1,12	1,01 0,83…1,24	0,77 -0,23…1,76	0,10 -0,43…0,64

Komorbidität[3]	1,06*** 1,03…1,09	0,98 0,93…1,02	0,33** 0,09…0,56	-0,06 -0,18…0,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,67…1,17	0,23*** 0,11…0,50	-2,09 -4,24…0,06	-1,70** -2,85…-0,55
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,41*** 1,23…1,61	1,62*** 1,32…1,99	1,96*** 0,98…2,94	1,24*** 0,72…1,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,26*** 0,22…0,30	0,94 0,75…1,18	-6,48*** -7,62…-5,34	0,62* 0,01…1,23

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 162: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,69 0,47…1,02	0,80 0,46…1,39	-0,52 -4,29…3,25	0,60 -1,09…2,29
DID Jahr 2	0,90 0,58…1,38	1,27 0,63…2,58	-1,11 -4,88…2,66	1,84* 0,15…3,53
DID Jahr 3	0,75 0,49…1,16	0,94 0,46…1,95	-1,33 -5,10…2,44	1,31 -0,38…3,00
DID Jahr 4	0,94 0,60…1,47	0,82 0,41…1,63	-1,07 -4,84…2,70	1,05 -0,64…2,74
DID Jahr 1-4	—	—	-1,01 -4,00…1,98	1,20 -0,14…2,54
Gruppe	1,04 0,78…1,38	1,04 0,69…1,59	-0,64 -3,32…2,04	-1,84** -3,04…-0,64
Jahr 1	1,61** 1,22…2,11	1,61* 1,09…2,37	3,62** 0,94…6,31	1,02 -0,18…2,23
Jahr 2	0,60** 0,44…0,80	0,43** 0,26…0,72	-1,52 -4,20…1,17	-2,37*** -3,57…-1,16
Jahr 3	0,61** 0,45…0,82	0,45** 0,27…0,74	-1,57 -4,25…1,12	-2,39*** -3,59…-1,18
Jahr 4	0,47*** 0,34…0,64	0,59* 0,37…0,94	-2,06 -4,75…0,63	-2,01** -3,21…-0,80
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,83*** 1,46…2,28	1,19 0,80…1,76	5,64*** 3,56…7,71	-0,57 -1,50…0,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,82…1,18	1,90*** 1,40…2,59	0,34 -1,23…1,92	1,38*** 0,68…2,09
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,39*** 0,28…0,54	0,57* 0,36…0,92	-1,59 -3,58…0,40	-0,52 -1,41…0,38
Psy A[1]	1,21 0,96…1,53	1,54* 1,07…2,21	0,18 -1,66…2,00	0,54 -0,28…1,36
Psy B[2]	1,45*** 1,22…1,73	1,10 0,85…1,41	3,61*** 2,06…5,15	0,25 -0,45…0,94
Alter	0,78** 0,67…0,90	0,78* 0,62…0,97	-1,18 -2,47…0,13	-0,06 -0,64…0,53
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,85…1,13	1,09 0,87…1,37	0,61 -0,64…1,86	-0,03 -0,59…0,53
Komorbidität[3]	1,03* 1,00…1,07	0,97 0,92…1,03	0,21 -0,09…0,50	-0,08 -0,22…0,05

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,98 0,77…1,26	0,51* 0,30…0,86	-1,10 -3,30…1,10	-1,16* -2,15…-0,17
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,90*** 2,49…3,38	2,71*** 2,12…3,47	7,13*** 5,85…8,41	1,85*** 1,27…2,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,23*** 0,20…0,27	0,54*** 0,42…0,69	-11,14*** -12,81…-9,48	-2,00*** -2,75…-1,26

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 163: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,95* 0,17…1,73	1,46* 0,22…2,69	0,35 -2,51…3,22
DID Jahr 2	0,39 -0,39…1,17	1,51* 0,27…2,74	0,38 -2,49…3,24
DID Jahr 3	0,49 -0,29…1,27	0,43 -0,81…1,66	0,99 -1,88…3,85
DID Jahr 4	0,27 -0,51…1,05	0,42 -0,82…1,65	1,59 -1,27…4,46
Gruppe	-0,11 -0,67…0,45	0,23 -0,66…1,12	-2,31* -4,36…-0,25
Jahr 1	2,35*** 1,80…2,91	1,79*** 0,91…2,67	0,95 -1,10…3,00
Jahr 2	1,33*** 0,77…1,88	0,66 -0,22…1,55	0,09 -1,96…2,13
Jahr 3	0,88** 0,33…1,44	-0,20 -1,08…0,69	-0,60 -2,64…1,45
Jahr 4	0,82** 0,26…1,38	-0,93* -1,81…-0,05	-1,13 -3,17…0,92
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,03 -0,30…0,25	1,76*** 1,33…2,20	-2,56*** -3,57…-1,56
Indexgruppe 9 (F43)	-0,41* -0,74…-0,07	0,20 -0,33…0,73	-2,43*** -3,66…-1,21
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,43* -0,82…-0,05	0,78* 0,17…1,39	-1,97** -3,39…-0,56
Psy A[1]	0,28 -0,02…0,58	1,85*** 1,38…2,33	1,26* 0,16…2,36
Psy B[2]	0,67*** 0,32…1,02	3,28*** 2,72…3,83	3,47*** 2,19…4,75
Alter	0,14 -0,13…0,41	-0,37 -0,80…0,06	-0,14 -1,13…0,85
Geschlecht (m vs. w)	-0,15 -0,41…0,11	0,89*** 0,49…1,30	1,80*** 0,85…2,74
Komorbidität[3]	-0,11*** -0,17…-0,05	-0,01 -0,11…0,08	0,65*** 0,43…0,87

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,22*** 0,66…1,77	-0,69 -1,57…0,19	2,46* 0,42…4,50
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,18 -0,07…0,43	1,07*** 0,67…1,47	2,33*** 1,40…3,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92*** 0,62…1,21	0,44 -0,03…0,90	-3,13*** -4,21…-2,05

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 164: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	-0,66 -2,07…0,76	0,57 -0,53…1,68	0,29 -1,82…2,40
DID Jahr 2	-1,45* -2,87…-0,03	0,10 -1,01…1,20	-0,19 -2,30…1,92
DID Jahr 3	-1,70* -3,12…-0,28	0,41 -0,70…1,52	-0,46 -2,57…1,65
DID Jahr 4	-1,97** -3,38…-0,55	-0,14 -1,25…0,96	0,12 -1,99…2,23
Gruppe	0,69 -0,32…1,70	1,03* 0,25…1,82	-1,52* -3,02…-0,03
Jahr 1	2,17*** 1,16…3,18	-0,18 -0,98…0,61	0,04 -1,47…1,54
Jahr 2	0,59 -0,42…1,60	-0,78 -1,57…0,01	0,19 -1,32…1,69
Jahr 3	0,28 -0,73…1,29	-1,27** -2,06…-0,48	-0,09 -1,59…1,42
Jahr 4	-0,36 -1,37…0,66	-1,28** -2,07…-0,49	-1,03 -2,54…0,47
Indexgruppe 7 (F20-F29)	4,81*** 4,03…5,59	-1,71*** -2,32…-1,10	-0,31 -1,47…0,86
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,01 -0,61…0,58	0,11 -0,35…0,58	-1,19** -2,07…-0,31
Indexgruppe 16 (F90-F98)	-0,45 -1,20…0,30	0,30 -0,28…0,89	-0,71 -1,82…0,40
Psy A[1]	-0,31 -1,00…0,38	1,02*** 0,48…1,56	0,18 -0,85…1,20
Psy B[2]	2,83*** 2,25…3,42	1,92*** 1,47…2,38	0,70 -0,16…1,57
Alter	0,30 -0,19…0,79	-0,47* -0,85…-0,09	0,62 -0,11…1,35
Geschlecht (m vs. w)	0,38 -0,09…0,85	1,10*** 0,73…1,47	1,46*** 0,76…2,16
Komorbidität[3]	-0,07 -0,18…0,04	-0,21*** -0,30…-0,12	1,28*** 1,11…1,44

Pflegestufe (nein vs. ja)	2,52*** 1,69…3,35	-1,23*** -1,88…-0,59	2,73*** 1,50…3,96
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,58* 0,10…1,06	1,96*** 1,59…2,34	0,84* 0,13…1,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,88*** 5,25…6,50	-2,20*** -2,69…-1,71	0,08 -0,86…1,01

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,23 0,94…1,60	1,39* 1,06…1,82	1,37 0,99…1,89
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,23 0,93…1,61	1,51** 1,15…1,98	1,24 0,90…1,71
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,57…1,30	0,92 0,61…1,37	0,59* 0,38…0,92
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,09 0,76…1,57	1,33 0,91…1,95	1,01 0,64…1,60
Psy A[1]	1,39* 1,02…1,88	1,46* 1,08…1,96	2,13*** 1,51…2,98
Psy B[2]	1,33 0,97…1,83	1,79** 1,28…2,52	2,07** 1,32…3,23
Alter	1,10 0,85…1,43	1,25 0,96…1,64	1,47* 1,07…2,02
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,73…1,23	0,96 0,74…1,24	0,95 0,70…1,28
Komorbidität[3]	0,97 0,91…1,02	0,90** 0,85…0,96	0,96 0,89…1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,65…1,77	1,04 0,63…1,73	1,35 0,73…2,46
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23 0,96…1,58	1,26 0,97…1,63	1,11 0,82…1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,23 0,94…1,60	1,68*** 1,28…2,20	1,77*** 1,28…2,43

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,03 0,58…1,81	1,09 0,59…2,03	0,88 0,41…1,88
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,17 0,68…2,00	0,93 0,52…1,68	1,50 0,73…3,06
Indexgruppe 9 (F43)	1,10 0,52…2,35	0,96 0,42…2,21	0,65 0,23…1,83
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,45 0,70…3,00	1,19 0,52…2,70	0,72 0,27…1,88
Psy A[1]	2,53** 1,31…4,85	2,87** 1,45…5,66	4,33*** 1,94…9,65
Psy B[2]	0,91 0,50…1,65	1,34 0,67…2,66	1,93 0,75…4,96
Alter	0,65 0,39…1,07	0,63 0,36…1,08	0,69 0,35…1,38
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,59…1,62	0,93 0,54…1,60	1,42 0,72…2,77
Komorbidität[3]	0,95 0,86…1,06	0,96 0,86…1,08	0,96 0,82…1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,89 0,33…2,34	1,75 0,60…5,10	10,03* 1,14…88,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,71…1,92	1,08 0,63…1,87	1,77 0,88…3,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,21 0,69…2,12	0,92 0,50…1,70	1,34 0,63…2,86

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,34* 1,18…4,64	1,66 0,86…3,19	1,07 0,47…2,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,74 0,39…1,39	0,79 0,42…1,49	1,07 0,48…2,41
Indexgruppe 9 (F43)	1,41 0,64…3,13	1,52 0,66…3,53	4,02* 1,05…15,40
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,03 0,40…2,64	1,00 0,38…2,66	1,30 0,34…5,04
Psy A[1]	0,82 0,38…1,76	0,41* 0,19…0,88	0,74 0,30…1,82
Psy B[2]	1,00 0,46…2,15	1,78 0,82…3,88	2,21 0,75…6,51
Alter	0,88 0,49…1,60	1,25 0,69…2,29	1,97 0,89…4,37
Geschlecht (m vs. w)	1,99* 1,01…3,91	2,58** 1,33…5,02	2,27* 1,02…5,06
Komorbidität[3]	1,03 0,91…1,16	0,97 0,85…1,10	1,01 0,84…1,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,67 0,82…8,67	5,55* 1,11…27,74	5,56 0,62…49,89
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,43 0,77…2,64	1,71 0,92…3,17	1,31 0,60…2,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,74 0,37…1,47	0,88 0,46…1,68	0,69 0,31…1,51

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,48 0,75…2,92	1,22 0,60…2,47	0,78 0,31…1,95
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,59…1,96	1,16 0,61…2,21	1,02 0,43…2,44
Indexgruppe 9 (F43)	0,88 0,39…1,97	1,04 0,43…2,52	0,69 0,20…2,32
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,86 0,36…2,03	1,70 0,68…4,27	4,51 0,84…24,11
Psy A[1]	1,13 0,54…2,37	1,54 0,72…3,30	1,66 0,61…4,47
Psy B[2]	1,61 0,78…3,32	1,76 0,78…3,96	2,65 0,83…8,52
Alter	1,03 0,58…1,85	1,43 0,75…2,71	2,69* 1,08…6,67
Geschlecht (m vs. w)	1,37 0,74…2,52	1,07 0,56…2,06	1,35 0,56…3,23
Komorbidität[3]	0,97 0,84…1,11	0,87 0,75…1,01	0,80* 0,66…0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,25…3,41	6,05* 1,13…32,34	6,51 0,67…63,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,47 0,81…2,65	2,71** 1,42…5,18	6,39*** 2,49…16,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,43…1,61	1,05 0,53…2,10	0,84 0,33…2,13

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,81 0,57…1,15	0,87 0,60…1,25	0,96 0,58…1,58
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,14** 1,23…3,72	2,06* 1,16…3,68	1,89 0,81…4,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,57 0,97…2,54	1,30 0,83…2,04	1,43 0,81…2,52
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,99 0,39…2,56	0,93 0,38…2,24	1,12 0,36…3,50
Psy A[1]	1,06 0,58…1,92	1,24 0,72…2,13	1,32 0,72…2,44
Psy B[2]	1,78** 1,18…2,69	2,09** 1,38…3,17	4,96*** 2,66…9,23
Alter	1,11 0,77…1,60	1,42 0,97…2,09	1,14 0,67…1,92
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,73…1,47	1,02 0,71…1,47	1,16 0,71…1,90
Komorbidität[3]	0,98 0,90…1,06	0,95 0,87…1,04	0,93 0,82…1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,59 0,32…1,10	0,72 0,39…1,34	1,03 0,43…2,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26 0,87…1,81	1,41 0,96…2,06	1,46 0,87…2,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,33 0,94…1,89	1,59* 1,10…2,31	1,23 0,74…2,06

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 170: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,79 0,48…1,31	0,85 0,47…1,54	0,75 0,30…1,87
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,19 0,56…2,53	2,20 0,93…5,24	5,77* 1,25…26,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,51…1,91	1,79 0,88…3,66	1,24 0,48…3,21
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,20 0,27…5,39	0,76 0,13…4,34	0,08* 0,01…0,71
Psy A[1]	2,73 0,99…7,56	2,15 0,82…5,66	1,13 0,35…3,59
Psy B[2]	1,17 0,59…2,32	2,17* 1,01…4,67	5,10** 1,78…14,60
Alter	1,17 0,71…1,94	1,15 0,63…2,07	1,92 0,81…4,56
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,63…1,79	1,48 0,83…2,63	1,42 0,62…3,27
Komorbidität[3]	0,93 0,83…1,03	0,86* 0,76…0,97	0,79** 0,67…0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24 0,52…2,96	1,37 0,48…3,92	3,29 0,55…19,60
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,78…2,12	1,45 0,81…2,60	2,40* 1,01…5,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,73* 1,03…2,88	2,11* 1,18…3,78	3,49** 1,47…8,30

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 171: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,82 0,49…1,40	1,10 0,60…2,00	1,11 0,49…2,52
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,58 0,71…3,52	2,97* 1,19…7,41	2,23 0,56…8,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,82 0,39…1,69	1,80 0,83…3,93	1,21 0,43…3,41
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,09 0,31…3,85	0,74 0,18…2,96	0,99 0,19…5,21
Psy A[1]	3,37* 1,06…10,72	1,69 0,64…4,49	1,95 0,59…6,42
Psy B[2]	1,06 0,54…2,11	1,97 0,93…4,15	1,72 0,59…5,01
Alter	2,25** 1,28…3,96	1,46 0,77…2,77	1,14 0,48…2,73
Geschlecht (m vs. w)	1,57 0,93…2,64	1,56 0,86…2,85	2,08 0,93…4,68
Komorbidität[3]	0,98 0,88…1,09	0,93 0,82…1,06	0,95 0,80…1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,43 0,17…1,08	0,43 0,18…1,07	3,10 0,36…26,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,23** 1,31…3,80	2,59** 1,38…4,87	2,51* 1,04…6,06
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,36 0,79…2,31	2,19* 1,16…4,15	2,08 0,87…4,97

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 172: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,81 0,47…1,40	0,60 0,33…1,08	0,95 0,41…2,18
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,07 0,82…5,22	1,64 0,65…4,11	1,02 0,29…3,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,13* 1,28…7,66	2,67* 1,15…6,20	1,88 0,65…5,42
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,13 0,02…1,03	0,36 0,10…1,24	0,40 0,10…1,62
Psy A[1]	0,93 0,33…2,58	1,44 0,55…3,83	2,45 0,80…7,55
Psy B[2]	1,96 0,91…4,20	2,66* 1,22…5,80	3,95* 1,37…11,40
Alter	1,20 0,67…2,14	0,90 0,49…1,68	0,53 0,22…1,26
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,53…1,56	0,92 0,50…1,66	0,71 0,30…1,71
Komorbidität[3]	0,82** 0,72…0,94	0,88 0,77…1,01	0,93 0,77…1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00 0,34…2,91	2,98 0,78…11,46	3,57 0,39…32,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,62 0,92…2,85	0,90 0,49…1,63	0,95 0,40…2,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,66…2,09	1,20 0,64…2,23	1,68 0,70…4,02

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 173: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 174: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 175: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1)

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)
DID Jahr 1	0,01 -0,02…0,04
DID Jahr 2	-0,02 -0,05…0,01
DID Jahr 3	0,00 -0,03…0,03
DID Jahr 4	0,00 -0,03…0,04
Gruppe	0,02 -0,01…0,04
Jahr 1	0,03* 0,01…0,05
Jahr 2	0,00 -0,02…0,03
Jahr 3	-0,01 -0,03…0,02
Jahr 4	-0,01 -0,03…0,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,01 0,00…0,02
Indexgruppe 9 (F43)	0,01 0,00…0,03
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,00 -0,02…0,01
Psy A[1]	0,02** 0,00…0,03
Psy B[2]	0,03*** 0,01…0,04
Alter	-0,01 -0,02…0,00
Geschlecht (m vs. w)	0,01 -0,01…0,02
Komorbidität[3]	0,00 0,00…0,00

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,01 -0,01…0,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,01* 0,00…0,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,00 -0,02…0,01

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1)

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)
DID Jahr 1	0,01 -0,02…0,04
DID Jahr 2	-0,01 -0,04…0,02
DID Jahr 3	-0,01 -0,04…0,02
DID Jahr 4	-0,02 -0,04…0,01
Gruppe	0,02* 0,00…0,04
Jahr 1	0,01 -0,01…0,03
Jahr 2	0,00 -0,02…0,02
Jahr 3	0,00 -0,02…0,02
Jahr 4	0,00 -0,02…0,02
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,01 -0,01…0,02
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,00 -0,01…0,01
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,00 -0,01…0,02
Psy A[1]	0,02** 0,01…0,03
Psy B[2]	0,00 -0,01…0,01
Alter	-0,01* -0,02…0,00
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,02…0,00
Komorbidität[3]	0,00 0,00…0,00

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,01 -0,01…0,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,02*** 0,01…0,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,02* -0,03…0,00

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 177: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,07 -0,22…0,09	-0,85 -13,48…11,79
DID Jahr 2	0,10 -0,06…0,25	5,47 -7,17…18,10
DID Jahr 3	0,07 -0,09…0,23	-0,68 -13,31…11,95
DID Jahr 4	0,13 -0,03…0,28	-2,08 -14,71…10,56
DID Jahr 1-4	—	0,47 -10,03…10,96
Gruppe	-0,02 -0,14…0,09	4,32 -4,76…13,40
Jahr 1	0,38*** 0,27…0,49	51,23*** 42,06…60,40
Jahr 2	-0,22*** -0,34…-0,11	-5,56 -14,73…3,61
Jahr 3	-0,26*** -0,37…-0,14	-13,38** -22,56…-4,21
Jahr 4	-0,34*** -0,45…-0,22	-12,82** -21,99…-3,65
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,07* 0,01…0,12	14,58*** 10,06…19,11
Indexgruppe 9 (F43)	-0,06 -0,12…0,01	3,75 -1,49…8,98
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,02 -0,10…0,05	-1,16 -7,39…5,06
Psy A[1]	0,13*** 0,08…0,19	16,50*** 11,79…21,20
Psy B[2]	0,06 -0,01…0,13	1,78 -4,13…7,68
Alter	-0,04 -0,09…0,01	6,42** 2,20…10,64
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,08…0,03	5,72** 1,62…9,82
Komorbidität[3]	0,01 -0,01…0,02	-1,44* -2,65…-0,24

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,07 -0,09…0,23	-3,06 -15,88…9,75
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,17*** -0,23…-0,11	-1,99 -6,83…2,85

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 178: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,02 -0,29…0,26	-6,23 -18,57…6,10
DID Jahr 2	0,01 -0,26…0,28	-6,00 -18,33…6,33
DID Jahr 3	-0,03 -0,31…0,24	-13,96* -26,29…-1,63
DID Jahr 4	0,10 -0,18…0,37	-19,11** -31,44…-6,77
DID Jahr 1-4	—	-11,32* -21,17…-1,48
Gruppe	-0,11 -0,30…0,08	13,87** 5,10…22,64
Jahr 1	0,02 -0,18…0,22	5,75 -3,37…14,86
Jahr 2	-0,23* -0,43…-0,03	-13,56** -22,68…-4,45
Jahr 3	-0,26* -0,46…-0,06	-14,02** -23,13…-4,90
Jahr 4	-0,33** -0,54…-0,13	-10,26* -19,38…-1,15
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,53*** 0,38…0,68	2,87 -3,94…9,69
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,04 -0,15…0,07	7,46** 2,50…12,43
Indexgruppe 16 (F90-F98)	-0,04 -0,17…0,09	-4,78 -10,63…1,06
Psy A[1]	-0,03 -0,15…0,10	6,95* 1,21…12,70
Psy B[2]	0,23*** 0,12…0,34	-1,51 -6,57…3,55
Alter	-0,21*** -0,30…-0,12	2,00 -1,98…5,98
Geschlecht (m vs. w)	0,01 -0,08…0,09	3,95 -0,09…8,00
Komorbidität[3]	0,03* 0,01…0,06	-1,18 -2,36…0,00

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,22 -0,45…0,01	-0,72 -11,16…9,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,26*** -0,38…-0,14	-13,09*** -18,68…-7,51

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 180: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,06 -0,37…0,25
DID Jahr 2	-0,12 -0,43…0,19
DID Jahr 3	-0,08 -0,39…0,23
DID Jahr 4	0,08 -0,23…0,38
Gruppe	0,06 -0,16…0,28
Jahr 1	0,62*** 0,40…0,83
Jahr 2	0,24* 0,03…0,46
Jahr 3	0,28* 0,06…0,50
Jahr 4	0,10 -0,12…0,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,20*** 0,10…0,31
Indexgruppe 9 (F43)	0,06 -0,07…0,19
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,05 -0,20…0,10
Psy A[1]	0,27*** 0,16…0,39
Psy B[2]	0,79*** 0,65…0,93
Alter	1,50*** 1,40…1,60
Geschlecht (m vs. w)	0,31*** 0,21…0,41
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05*** 0,83…1,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,19*** 0,09…0,29

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,08 -0,20…0,04

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,40* -0,74…-0,05
DID Jahr 2	-0,33 -0,67…0,02
DID Jahr 3	-0,31 -0,66…0,04
DID Jahr 4	-0,31 -0,66…0,03
Gruppe	0,27* 0,02…0,51
Jahr 1	0,43** 0,19…0,68
Jahr 2	0,32* 0,07…0,56
Jahr 3	0,33* 0,08…0,57
Jahr 4	0,28* 0,04…0,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,02 -0,17…0,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,38*** 0,24…0,53
Indexgruppe 16 (F90-F98)	-0,33*** -0,51…-0,15
Psy A[1]	0,36*** 0,19…0,52
Psy B[2]	0,63*** 0,49…0,77
Alter	1,13*** 1,01…1,24
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,12…0,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,48*** 1,29…1,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,34*** 0,22…0,45

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,33*** -0,48…-0,17

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,80 0,49…1,30
Psy A[1]	1,01 0,59…1,73
Psy B[2]	0,93 0,51…1,69
Alter	7,35*** 3,32…16,30
Geschlecht (m vs. w)	0,70 0,45…1,10
Komorbidität[3]	1,10** 1,02…1,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,96*** 2,27…6,90
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,32 0,82…2,12
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,76 0,46…1,27

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 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,90 0,57…1,43
Psy A[1]	0,54 0,27…1,07
Psy B[2]	1,00 0,55…1,81
Alter	5,61*** 2,38…13,19
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,56…1,39
Komorbidität[3]	1,25*** 1,16…1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,03** 1,21…3,43
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,78 0,48…1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,99 0,56…1,77

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 185: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,68* 0,50…0,94	1,00 0,62…1,62	1,02 0,80…1,31
Psy A[1]	1,28 0,90…1,81	1,22 0,70…2,12	0,87 0,66…1,14
Psy B[2]	0,90 0,59…1,38	1,77* 1,01…3,13	1,10 0,79…1,54
Alter	1,13 0,82…1,56	1,38 0,85…2,24	0,99 0,78…1,26
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,62…1,15	1,04 0,65…1,66	0,61*** 0,49…0,77
Komorbidität[3]	1,03 0,96…1,10	1,03 0,93…1,14	0,99 0,93…1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,57 0,18…1,79	0,51 0,12…2,13	0,66 0,36…1,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,03 0,76…1,41	0,82 0,52…1,29	1,04 0,83…1,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,61…1,24	0,78 0,46…1,30	0,75* 0,57…0,99

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 186: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,46** 0,30…0,73	0,82 0,47…1,44	0,99 0,71…1,38
Psy A[1]	1,04 0,59…1,83	1,62 0,72…3,61	0,86 0,54…1,39
Psy B[2]	1,00 0,58…1,73	0,90 0,49…1,66	1,17 0,78…1,76
Alter	1,16 0,73…1,86	0,88 0,50…1,56	1,17 0,83…1,65
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,63…1,61	1,06 0,59…1,89	1,01 0,72…1,42
Komorbidität[3]	1,06 0,94…1,19	0,94 0,80…1,10	0,99 0,91…1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,29 0,07…1,27	0,00 0,00…INF	0,64 0,32…1,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,73* 1,09…2,74	1,82 0,99…3,32	1,45* 1,03…2,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,85 0,47…1,56	0,58 0,30…1,13	0,80 0,50…1,26

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 187: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

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

Tabelle 188: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	**>90 Tage**		**> 180 Tage**	
	Anzahl Kontaktabbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontaktabbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
Gruppe	-0,13*** -0,16…-0,10	-38,70*** -47,69…-29,71	-0,11*** -0,13…-0,08	-35,26*** -43,85…-26,66
Psy B[2]	-0,05** -0,09…-0,02	-20,40*** -29,66…-11,14	-0,06*** -0,08…-0,03	-20,64*** -29,49…-11,79
Alter	-0,01 -0,04…0,03	-0,52 -10,18…9,13	0,00 -0,03…0,02	-0,17 -9,40…9,06
Geschlecht (m vs. w)	-0,05** -0,08…-0,02	-13,94** -23,52…-4,37	-0,04** -0,07…-0,01	-12,61** -21,76…-3,46
Komorbidität[3]	0,00 -0,01…0,01	0,81 -1,34…2,96	0,00 -0,01…0,01	0,59 -1,46…2,65
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,06 -0,01…0,13	18,72 -0,13…37,58	0,06* 0,00…0,11	18,52* 0,49…36,54

Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,17 0,98…1,40	-15,82* -30,71…-0,94
Psy A[1]	1,51*** 1,25…1,84	-1,74 -18,69…15,21
Psy B[2]	1,03 0,84…1,26	-0,12 -17,14…16,91
Alter	0,77** 0,65…0,92	15,69* 1,25…30,12
Geschlecht (m vs. w)	0,85* 0,72…1,00	-5,57 -19,78…8,63
Komorbidität[3]	1,04 1,00…1,08	0,91 -2,35…4,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04 0,78…1,39	-4,10 -28,23…20,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,05 0,89…1,24	-14,50* -28,91…-0,09
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,74…1,05	-18,14* -32,92…-3,37

Tabelle 190: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,86 0,42…1,77	0,95 0,81…1,11	1,15 0,91…1,46	1,56 0,81…2,99	1,12 0,35…3,55	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,74 0,12…4,64	1,36*** 1,17…1,58	0,87 0,69…1,09	0,77 0,40…1,49	0,97 0,28…3,32	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,43* 0,20…0,93	1,12 0,96…1,29	1,30* 1,02…1,65	1,38 0,73…2,62	1,10 0,33…3,70	kf
Komorbidität³	kf	kf	kf	kf	1,00 0,87…1,14	1,05** 1,02…1,09	0,99 0,94…1,04	0,93 0,81…1,06	1,06 0,77…1,46	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,63 0,29…1,36	1,04 0,73…1,49	0,79 0,43…1,43	1,68 0,59…4,78	0,97 0,18…5,25	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	1,13 0,52…2,48	1,11 0,97…1,28	1,24 0,99…1,55	1,16 0,60…2,23	1,07 0,32…3,59	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	4,01*** 1,88…8,54	0,71*** 0,60…0,85	1,08 0,82…1,42	0,47* 0,24…0,92	0,63 0,17…2,39	kf

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

Tabelle 191: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,36*** 0,28…0,45	0,33*** 0,21…0,53	-7,34*** -9,17…-5,51	-6,91*** -8,00…-5,81
DID Jahr 2	0,68** 0,52…0,89	0,49** 0,29…0,82	-1,48 -3,31…0,35	-0,92 -2,01…0,17
Gruppe	1,89*** 1,54…2,31	1,56 1,00…2,44	3,40*** 2,08…4,73	0,21 -0,58…1,00
Jahr 1	16,77*** 14,15…19,89	24,96*** 17,45…35,70	18,73*** 17,43…20,04	11,33*** 10,56…12,11
Jahr 2	1,47*** 1,23…1,77	3,75*** 2,54…5,55	2,30** 1,00…3,60	1,56*** 0,79…2,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,46*** 1,18…1,80	2,02*** 1,46…2,80	6,35*** 4,41…8,29	1,14 -0,02…2,29
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,95…1,18	2,65*** 2,24…3,13	2,40*** 1,54…3,25	2,51*** 2,00…3,02
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,77*** 0,67…0,89	0,93 0,77…1,13	-0,57 -1,61…0,48	-0,22 -0,84…0,41
Psy A[1]	1,54*** 1,38…1,72	1,71*** 1,47…1,99	3,17*** 2,27…4,07	1,84*** 1,31…2,38
Psy B[2]	1,26*** 1,12…1,42	1,01 0,86…1,18	3,15*** 2,11…4,20	-0,60 -1,22…0,02
Alter	0,83*** 0,75…0,92	0,87* 0,76…0,99	-1,66*** -2,48…-0,85	0,06 -0,42…0,55
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,94…1,14	1,03 0,90…1,18	1,51*** 0,73…2,30	0,25 -0,22…0,71
Komorbidität[3]	1,03** 1,01…1,06	0,95** 0,92…0,98	0,02 -0,16…0,20	-0,17** -0,27…-0,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,21* 1,01…1,44	0,38*** 0,26…0,56	0,96 -0,58…2,49	-1,94*** -2,86…-1,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,59*** 1,45…1,75	1,69*** 1,48…1,92	3,55*** 2,77…4,32	1,74*** 1,28…2,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,15*** 0,14…0,17	0,96 0,83…1,11	-10,45*** -11,36…-9,54	0,33 -0,22…0,87

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 192: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,48*** 1,08…1,88	1,44*** 0,72…2,16	0,55 -0,87…1,96
DID Jahr 2	0,38 -0,02…0,78	1,21** 0,49…1,93	0,51 -0,91…1,93
Gruppe	-0,33* -0,61…-0,04	-0,47 -0,99…0,05	-1,47** -2,49…-0,44
Jahr 1	2,79*** 2,51…3,07	1,42*** 0,91…1,94	0,60 -0,41…1,61
Jahr 2	1,38*** 1,10…1,66	0,48 -0,03…0,99	-0,55 -1,55…0,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,56*** 1,14…1,98	-0,43 -1,19…0,34	-1,00 -2,50…0,50
Indexgruppe 9 (F43)	0,24* 0,05…0,43	1,84*** 1,50…2,18	-1,00** -1,66…-0,33
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,21 -0,44…0,02	-0,09 -0,50…0,32	-1,24** -2,05…-0,43
Psy A[1]	0,03 -0,16…0,23	2,82*** 2,46…3,17	1,66*** 0,97…2,35
Psy B[2]	0,44*** 0,21…0,66	2,89*** 2,48…3,30	3,43*** 2,62…4,24
Alter	-0,14 -0,32…0,03	-0,17 -0,49…0,16	0,63 0,00…1,26
Geschlecht (m vs. w)	0,18* 0,01…0,35	1,14*** 0,83…1,45	1,15*** 0,54…1,75
Komorbidität[3]	-0,08*** -0,12…-0,04	-0,16*** -0,23…-0,09	0,67*** 0,53…0,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28*** 0,95…1,61	-1,17*** -1,78…-0,57	7,50*** 6,32…8,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,36*** 0,19…0,53	1,33*** 1,03…1,64	1,57*** 0,97…2,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,18*** 0,98…1,38	-0,02 -0,38…0,34	-1,99*** -2,70…-1,28

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 193: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,12 0,96…1,30	1,19* 1,01…1,39	1,34** 1,10…1,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,83*** 1,35…2,50	1,64** 1,18…2,26	2,13*** 1,39…3,26
Indexgruppe 9 (F43)	1,52*** 1,28…1,82	1,49*** 1,25…1,77	1,57*** 1,28…1,92
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,93 0,74…1,17	0,90 0,72…1,13	0,78 0,60…1,01
Psy A[1]	1,34** 1,12…1,59	1,43*** 1,20…1,70	1,71*** 1,41…2,08
Psy B[2]	1,13 0,95…1,35	1,34** 1,11…1,62	2,01*** 1,57…2,58
Alter	1,06 0,91…1,23	1,15 0,98…1,34	1,12 0,93…1,35
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,98…1,32	1,21* 1,04…1,41	1,22* 1,02…1,46
Komorbidität[3]	0,96* 0,93…1,00	0,95** 0,92…0,98	0,97 0,93…1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,03 0,77…1,36	0,92 0,70…1,22	1,22 0,87…1,72
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,31*** 1,14…1,52	1,27** 1,09…1,48	1,31** 1,10…1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,35*** 1,16…1,57	1,53*** 1,31…1,79	1,80*** 1,49…2,17

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,04 0,78…1,40	1,08 0,78…1,49	1,11 0,73…1,69
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,68…1,97	3,00** 1,57…5,73	3,07* 1,24…7,63
Indexgruppe 9 (F43)	1,57** 1,14…2,17	1,59** 1,14…2,21	1,72* 1,13…2,62
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,16 0,79…1,70	0,99 0,64…1,52	0,76 0,44…1,31
Psy A[1]	1,31 0,93…1,85	1,57* 1,10…2,26	2,74*** 1,75…4,29
Psy B[2]	1,12 0,81…1,55	1,37 0,95…1,97	1,40 0,83…2,37
Alter	0,83 0,62…1,10	0,94 0,69…1,29	0,99 0,66…1,49
Geschlecht (m vs. w)	1,36* 1,02…1,82	1,50* 1,10…2,04	1,71** 1,16…2,54
Komorbidität[3]	0,97 0,91…1,04	0,98 0,91…1,05	0,95 0,87…1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,83 0,53…1,31	1,02 0,62…1,67	1,74 0,85…3,54
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,05 0,80…1,39	1,05 0,77…1,44	1,18 0,79…1,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,19 0,89…1,59	1,09 0,79…1,51	1,40 0,92…2,12

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 195: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 196: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3)

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 197: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,19*** -0,28…-0,10	-7,36 -15,18…0,47
DID Jahr 2	-0,01 -0,10…0,08	4,78 -3,05…12,60
Gruppe	0,03 -0,03…0,10	2,09 -3,57…7,76
Jahr 1	0,38*** 0,31…0,45	54,48*** 48,86…60,10
Jahr 2	-0,19*** -0,25…-0,12	-6,89* -12,52…-1,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,16** 0,05…0,26	11,22* 2,29…20,16
Indexgruppe 9 (F43)	0,10*** 0,06…0,14	21,95*** 18,25…25,65
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,06* -0,11…-0,01	0,15 -4,24…4,54
Psy A[1]	0,15*** 0,11…0,20	15,10*** 11,37…18,84
Psy B[2]	0,08** 0,03…0,14	-1,81 -6,45…2,83
Alter	-0,04* -0,08…0,00	11,11*** 7,73…14,49
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,06…0,02	3,94* 0,63…7,24
Komorbidität[3]	0,00 -0,01…0,01	-1,49** -2,40…-0,57
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,08 -0,19…0,04	-15,60** -25,57…-5,63
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,28*** -0,32…-0,23	-6,29** -10,33…-2,25

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 199: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,01 -0,17…0,16
DID Jahr 2	0,04 -0,13…0,20
Gruppe	0,06 -0,06…0,18
Jahr 1	0,50*** 0,38…0,62
Jahr 2	0,05 -0,07…0,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,16 -0,01…0,34
Indexgruppe 9 (F43)	0,02 -0,06…0,09
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,08 -0,18…0,01
Psy A[1]	0,37*** 0,29…0,45
Psy B[2]	0,54*** 0,45…0,64
Alter	1,45*** 1,38…1,52
Geschlecht (m vs. w)	0,29*** 0,22…0,37
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,52*** 1,38…1,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,48*** 0,41…0,55
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,06 -0,15…0,02

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 200: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,12 0,80…1,57
Psy A[1]	0,57** 0,39…0,84
Psy B[2]	1,02 0,66…1,58
Alter	6,33*** 3,53…11,36
Geschlecht (m vs. w)	0,69* 0,50…0,95
Komorbidität[3]	1,25*** 1,20…1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,48 0,99…2,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,77…1,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44*** 0,31…0,62

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 201: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,47*** 0,39…0,57	0,89 0,64…1,23	1,30** 1,10…1,53
Psy A[1]	1,15 0,94…1,41	1,47* 1,03…2,10	0,78** 0,65…0,93
Psy B[2]	0,92 0,72…1,19	1,03 0,70…1,53	1,02 0,81…1,28
Alter	1,12 0,92…1,36	1,01 0,73…1,40	1,15 0,98…1,35
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,81…1,18	0,93 0,68…1,28	0,82* 0,70…0,95
Komorbidität[3]	0,99 0,94…1,03	1,02 0,94…1,10	0,94** 0,90…0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,50* 0,27…0,91	1,00 0,48…2,09	1,15 0,78…1,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17 0,97…1,40	0,85 0,62…1,16	0,95 0,81…1,12
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,67*** 0,55…0,83	1,10 0,76…1,60	0,81* 0,67…0,96

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 202: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1)Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 203: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	793	793	762	757	750	745	755	743	727	707
Mittelwert	**2.602,26 €**	**3.048,81 €**	**2.449,48 €**	**2.934,94 €**	**2.931,03 €**	**2.632,98 €**	**2.483,88 €**	**2.485,40 €**	**2.613,87 €**	**2.296,01 €**
Standardabweichung	6.359,81 €	8.298,18 €	5.448,83 €	8.362,61 €	7.426,10 €	6.273,40 €	5.889,05 €	5.896,75 €	7.657,41 €	6.004,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	299,10 €	279,40 €	264,22 €	278,03 €	285,66 €	277,43 €	248,66 €	262,68 €	267,24 €	235,53 €
Median	776,92 €	787,87 €	736,22 €	807,00 €	782,46 €	833,89 €	663,84 €	683,57 €	670,77 €	641,16 €
75%-Perzentil	2.625,79 €	2.786,69 €	2.198,80 €	2.597,88 €	2.831,86 €	2.691,15 €	1.989,19 €	2.254,53 €	2.167,23 €	1.838,77 €
Maximum	107.303 €	122.407 €	81.854 €	116.274 €	120.016 €	100.296 €	68.264 €	65.000 €	119.534 €	62.680 €

Tabelle 204: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	674	665	653	642	635	624	647	625	618	611
Mittelwert	**2.215 €**	**2.583 €**	**2.743 €**	**3.135 €**	**3.286 €**	**6.437 €**	**6.501 €**	**7.651 €**	**10.865 €**	**10.625 €**
Standardabweichung	5.351 €	6.358 €	7.528 €	9.438 €	8.173 €	15.390 €	18.513 €	22.787 €	33.842 €	34.505 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	296,08 €	267,67 €	297,28 €	299,69 €	299,09 €	202,67 €	266,56 €	250,56 €	304,10 €	270,55 €
Median	743,18 €	681,28 €	702,70 €	754,20 €	860,58 €	701,99 €	726,45 €	714,94 €	956,06 €	698,27 €
75%-Perzentil	2.174,42 €	1.954,47 €	2.210,70 €	2.336,20 €	2.682,16 €	5.710,62 €	4.869,43 €	5.557,82 €	8.336,62 €	5.794,41 €
Maximum	77.139 €	74.208 €	101.758 €	126.802 €	91.613 €	185.195 €	244.725 €	233.264 €	552.947 €	341.516 €

Tabelle 205: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	212	204	169	166	181	246	185	172	170	135
Mittelwert	**1.316,56 €**	**1.696,11 €**	**1.123,28 €**	**1.310,72 €**	**1.290,95 €**	**1.513,92 €**	**1.441,11 €**	**1.440,56 €**	**1.406,71 €**	**1.219,32 €**
Standardabweichung	4.346,41 €	6.077,01 €	3.605,40 €	5.825,56 €	5.234,11 €	4.960,29 €	4.878,39 €	5.012,05 €	5.972,76 €	5.101,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	714,72 €	705,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.575,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	80.650 €	99.494 €	42.391 €	107.269 €	119.644 €	99.371 €	56.727 €	65.000 €	116.443 €	58.980 €

Tabelle 206: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	161	144	145	139	149	154	152	137	170	134
Mittelwert	**1.041,50 €**	**1.190,35 €**	**1.430,81 €**	**1.825,54 €**	**1.727,75 €**	**2.953,10 €**	**2.835,17 €**	**3.096,39 €**	**4.993,64 €**	**3.758,25 €**
Standardabweichung	3.987 €	3.411 €	5.566 €	8.610 €	6.410 €	9.873 €	12.061 €	12.755 €	25.070 €	16.362 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.929,26 €	0,00 €
Maximum	76.772 €	29.758 €	76.322 €	125.433 €	84.996 €	102.777 €	228.465 €	193.471 €	546.102 €	266.861 €

Tabelle 207: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**3,57 €**	**1,67 €**	**0,00 €**	**0,53 €**	**5,16 €**	**3,83 €**	**1,47 €**	**6,78 €**	**5,92 €**	**2,90 €**
Standardabweichung	72,90 €	47,23 €	0,00 €	14,88 €	143,76 €	83,52 €	29,63 €	174,24 €	100,28 €	78,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.985,90 €	1.338,38 €	0,00 €	415,99 €	4.007,32 €	2.265,98 €	699,00 €	4.778,51 €	2.222,86 €	2.123,58 €

Tabelle 208: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,00 €**	**0,00 €**	**3,20 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**15,67 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**21,45 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	82,77 €	0,00 €	0,00 €	401,23 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	403,59 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	2.141 €	0 €	0 €	10.276 €	0 €	0 €	0 €	9.547 €

Tabelle 209: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	69	83	83	91	98	41	38	48	43	41
Mittelwert	**27,06 €**	**39,14 €**	**47,84 €**	**100,87 €**	**96,12 €**	**13,28 €**	**19,00 €**	**24,45 €**	**20,18 €**	**20,56 €**
Standardabweichung	192,62 €	223,65 €	277,32 €	458,01 €	417,35 €	72,83 €	152,02 €	183,97 €	126,61 €	114,52 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Gruppe	IG					KG				
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.359,27 €	3.070,80 €	3.197,50 €	4.661,00 €	3.941,99 €	903,79 €	2.852,60 €	3.013,48 €	1.769,04 €	1.774,78 €

Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	68	69	68	80	74	23	20	31	25	31
Mittelwert	**49,38 €**	**42,46 €**	**79,77 €**	**91,86 €**	**98,34 €**	**68,03 €**	**52,90 €**	**77,19 €**	**49,62 €**	**98,37 €**
Standardabweichung	310,01 €	231,62 €	449,38 €	472,48 €	489,77 €	628,05 €	584,65 €	506,68 €	450,93 €	766,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.163 €	2.836 €	5.457 €	5.086 €	5.534 €	12.058 €	13.515 €	6.401 €	9.878 €	15.951 €

Tabelle 211: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	790	786	757	750	743	741	749	736	725	704
Mittelwert	**540,31 €**	**500,98 €**	**500,41 €**	**533,01 €**	**547,85 €**	**519,81 €**	**483,99 €**	**480,47 €**	**470,30 €**	**503,21 €**
Standardabweichung	509,46 €	463,66 €	498,99 €	524,32 €	593,22 €	525,05 €	572,23 €	491,59 €	458,58 €	835,78 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	203,33 €	172,18 €	166,99 €	176,99 €	167,95 €	179,37 €	172,36 €	177,56 €	166,29 €	159,72 €
Median	399,80 €	368,60 €	347,32 €	380,68 €	356,02 €	381,61 €	355,26 €	341,47 €	352,01 €	354,80 €
75%-Perzentil	709,99 €	697,09 €	703,66 €	730,18 €	714,97 €	692,14 €	646,66 €	609,23 €	644,49 €	676,42 €
Maximum	4.369 €	4.281 €	4.734 €	3.838 €	5.312 €	5.053 €	10.400 €	5.208 €	3.460 €	19.251 €

Tabelle 212: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	671	661	648	632	630	617	643	619	612	608
Mittelwert	**508,29 €**	**516,08 €**	**514,24 €**	**519,76 €**	**575,45 €**	**457,91 €**	**475,20 €**	**504,50 €**	**535,05 €**	**505,50 €**
Standardabweichung	570,94 €	689,80 €	622,18 €	531,53 €	908,43 €	528,68 €	460,01 €	570,83 €	577,75 €	571,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	186,07 €	175,05 €	184,93 €	154,99 €	189,73 €	132,10 €	166,44 €	173,97 €	195,35 €	161,74 €
Median	370,62 €	340,79 €	355,57 €	353,97 €	394,42 €	300,56 €	349,89 €	352,53 €	373,00 €	343,12 €
75%-Perzentil	656,02 €	666,14 €	658,15 €	752,23 €	765,84 €	622,37 €	646,24 €	634,77 €	675,10 €	644,84 €
Maximum	8.933 €	12.706 €	9.921 €	5.214 €	18.557 €	5.923 €	5.059 €	5.982 €	5.569 €	6.621 €

Tabelle 213: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	686	678	664	656	656	627	665	637	638	633
Mittelwert	**626,25 €**	**723,68 €**	**676,91 €**	**852,55 €**	**830,36 €**	**497,80 €**	**440,80 €**	**453,62 €**	**596,99 €**	**375,57 €**

Gruppe	IG					KG				
Standardabweichung	3.956,30 €	4.743,26 €	3.430,05 €	5.010,36 €	4.251,65 €	3.217,48 €	1.846,13 €	1.506,41 €	3.839,07 €	977,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	26,76 €	26,12 €	25,67 €	24,58 €	26,19 €	21,32 €	23,21 €	28,56 €	27,14 €	29,28 €
Median	111,69 €	116,07 €	114,33 €	115,24 €	107,32 €	91,11 €	93,62 €	98,90 €	111,81 €	101,36 €
75%-Perzentil	344,93 €	372,72 €	365,37 €	360,11 €	424,40 €	272,09 €	311,06 €	299,22 €	303,90 €	309,14 €
Maximum	96.374 €	98.897 €	71.347 €	105.815 €	79.360 €	72.826 €	40.345 €	24.790 €	73.209 €	15.254 €

Tabelle 214: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	590	586	581	558	568	525	546	556	554	538
Mittelwert	**538,22 €**	**751,70 €**	**619,82 €**	**566,54 €**	**710,00 €**	**555,48 €**	**613,81 €**	**758,63 €**	**842,81 €**	**818,03 €**
Standardabweichung	2.509,41 €	4.308,78 €	2.609,71 €	2.010,76 €	3.040,33 €	2.445,01 €	3.341,18 €	3.112,79 €	3.858,24 €	4.362,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	27,47 €	29,66 €	31,78 €	29,92 €	33,08 €	14,52 €	21,94 €	30,02 €	33,76 €	31,83 €
Median	106,30 €	102,45 €	114,72 €	118,87 €	126,24 €	96,84 €	97,02 €	116,54 €	135,36 €	126,83 €
75%-Perzentil	337,87 €	349,55 €	343,29 €	347,28 €	392,25 €	332,20 €	377,70 €	390,27 €	414,54 €	427,22 €
Maximum	43.196 €	66.936 €	44.231 €	34.715 €	44.275 €	40.958 €	69.194 €	48.718 €	58.094 €	93.667 €

Tabelle 215: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	803	803	791	782	777	769	769	756	749	732
N mit Fall	159	193	180	174	181	158	140	152	157	160
Mittelwert	**88,50 €**	**87,24 €**	**101,04 €**	**137,25 €**	**160,59 €**	**84,34 €**	**97,51 €**	**79,52 €**	**113,75 €**	**174,45 €**
Standardabweichung	344,53 €	302,86 €	413,02 €	503,81 €	642,82 €	350,01 €	825,73 €	300,49 €	498,20 €	1.449,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.517 €	3.894 €	7.263 €	6.622 €	8.860 €	4.444 €	21.357 €	4.642 €	8.384 €	36.918 €

Tabelle 216: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	678	678	669	659	652	656	656	641	632	625
N mit Fall	126	120	142	148	147	126	123	120	130	125
Mittelwert	**77,35 €**	**82,68 €**	**94,73 €**	**131,45 €**	**174,96 €**	**2.386,96 €**	**2.523,56 €**	**3.214,47 €**	**4.444,15 €**	**5.423,06 €**
Standardabweichung	320 €	300 €	349 €	497 €	619 €	10.087 €	11.871 €	15.430 €	20.166 €	25.390 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.983 €	3.097 €	4.497 €	5.627 €	5.094 €	180.728 €	222.892 €	228.835 €	291.730 €	339.432 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 217: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	3.466	3.480	3.462	3.486
Mittelwert	**2.714,65 €**	**3.069,06 €**	**2.913,03 €**	**2.764,61 €**
Standardabweichung	6.975,07 €	7.353,49 €	7.283,50 €	7.718,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	302,54 €	293,29 €	304,55 €	248,92 €
Median	836,17 €	829,38 €	814,38 €	671,53 €
75%-Perzentil	2.785,01 €	3.127,21 €	2.757,33 €	2.321,25 €
Maximum	224.405 €	195.924 €	141.331 €	138.889 €

Tabelle 218: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	959	926	1.051	851
Mittelwert	**1.336,56 €**	**1.654,33 €**	**1.596,48 €**	**1.463,45 €**
Standardabweichung	4.498,36 €	5.801,15 €	5.162,04 €	5.295,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	815,67 €	803,08 €	1.514,87 €	0,00 €
Maximum	151.919 €	191.847 €	106.526 €	122.052 €

Tabelle 219: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	< 10	< 10	13	< 10
Mittelwert	**2,43 €**	**1,80 €**	**18,12 €**	**8,41 €**
Standardabweichung	71,34 €	57,35 €	798,73 €	333,91 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.703 €	2.646 €	47.143 €	18.467 €

Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	358	441	190	214
Mittelwert	**33,35 €**	**77,27 €**	**19,46 €**	**27,20 €**
Standardabweichung	202,17 €	359,31 €	216,80 €	194,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €

Gruppe	IG		KG	
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.552 €	4.470 €	11.391 €	6.114 €

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	3.447	3.460	3.446	3.454
Mittelwert	**558,04 €**	**532,65 €**	**536,19 €**	**478,53 €**
Standardabweichung	551,87 €	537,69 €	533,41 €	501,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	196,36 €	176,99 €	201,20 €	161,13 €
Median	402,01 €	375,69 €	393,66 €	347,00 €
75%-Perzentil	734,39 €	712,46 €	716,06 €	649,49 €
Maximum	4.807 €	5.547 €	10.277 €	10.400 €

Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	2.984	2.988	3.009	2.993
Mittelwert	**672,02 €**	**681,68 €**	**548,08 €**	**540,44 €**
Standardabweichung	4.709,13 €	3.680,55 €	3.258,98 €	2.872,56 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,64 €	25,35 €	27,71 €	23,80 €
Median	107,81 €	112,77 €	97,89 €	95,85 €
75%-Perzentil	367,05 €	373,01 €	307,76 €	312,18 €
Maximum	222.195 €	99.293 €	91.575 €	97.694 €

Tabelle 223: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	3.541	3.541	3.541	3.541
N mit Fall	801	820	749	712
Mittelwert	**112,25 €**	**121,32 €**	**194,72 €**	**246,58 €**
Standardabweichung	435,81 €	469,54 €	2.661,40 €	2.810,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.788 €	8.394 €	140.403 €	93.699 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 224: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	2.472	2.488	2.396	2.431	2.447	2.353
Mittelwert	**2.746,21 €**	**3.104,07 €**	**2.795,22 €**	**2.829,43 €**	**2.781,55 €**	**2.595,44 €**
Standardabweichung	7.595,61 €	7.905,24 €	7.287,24 €	6.801,45 €	7.770,54 €	6.839,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	295,48 €	284,35 €	278,56 €	309,73 €	248,92 €	247,02 €
Median	823,75 €	812,51 €	775,74 €	833,58 €	709,57 €	703,85 €
75%-Perzentil	2.768,61 €	3.046,47 €	2.645,05 €	2.748,84 €	2.338,75 €	2.385,78 €
Maximum	224.405 €	195.924 €	200.524 €	106.991 €	137.721 €	125.279 €

Tabelle 225: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	682	671	555	747	610	565
Mittelwert	**1.394,13 €**	**1.718,62 €**	**1.289,43 €**	**1.558,43 €**	**1.501,74 €**	**1.359,00 €**
Standardabweichung	4.943,36 €	6.401,23 €	4.612,07 €	4.894,75 €	5.585,37 €	4.883,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	779,37 €	808,13 €	0,00 €	1.520,76 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	151.919 €	191.847 €	80.391 €	99.371 €	122.052 €	89.236 €

Tabelle 226: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	10	< 10	< 10
Mittelwert	**1,13 €**	**1,70 €**	**0,00 €**	**6,49 €**	**0,64 €**	**8,17 €**
Standardabweichung	41,10 €	59,30 €	0,00 €	121,28 €	18,85 €	184,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.985,90 €	2.646,14 €	0,00 €	3.229,01 €	699,00 €	5.307,60 €

Tabelle 227: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	236	303	312	123	146	156
Mittelwert	**28,64 €**	**66,32 €**	**98,72 €**	**13,89 €**	**25,97 €**	**33,77 €**
Standardabweichung	185,80 €	327,94 €	435,88 €	90,68 €	202,52 €	219,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Gruppe	IG			KG		
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.552,29 €	4.469,64 €	4.239,63 €	2.249,82 €	6.113,69 €	3.525,06 €

Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	2.455	2.473	2.375	2.420	2.424	2.333
Mittelwert	**553,41 €**	**526,11 €**	**516,88 €**	**545,26 €**	**484,95 €**	**483,00 €**
Standardabweichung	548,23 €	527,26 €	544,94 €	550,75 €	521,18 €	486,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	194,30 €	173,60 €	167,67 €	201,37 €	163,85 €	165,75 €
Median	399,75 €	368,77 €	348,17 €	400,03 €	350,57 €	343,79 €
75%-Perzentil	730,56 €	702,92 €	706,41 €	730,35 €	658,07 €	645,43 €
Maximum	4.807 €	5.547 €	6.743 €	10.277 €	10.400 €	5.208 €

Tabelle 229: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	2.120	2.128	2.070	2.100	2.095	2.004
Mittelwert	**664,43 €**	**672,66 €**	**749,33 €**	**553,35 €**	**558,81 €**	**553,56 €**
Standardabweichung	5.197,88 €	3.806,21 €	4.931,31 €	3.591,70 €	3.223,91 €	3.211,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24,42 €	24,30 €	23,65 €	27,42 €	21,30 €	24,67 €
Median	108,07 €	111,25 €	108,24 €	100,71 €	97,24 €	103,76 €
75%-Perzentil	363,89 €	378,39 €	377,11 €	314,26 €	324,56 €	314,89 €
Maximum	222.195 €	99.293 €	199.310 €	91.575 €	97.694 €	98.136 €

Tabelle 230: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	2.528	2.528	2.485	2.485	2.485	2.424
N mit Fall	563	594	574	538	503	504
Mittelwert	**104,47 €**	**118,65 €**	**140,85 €**	**152,01 €**	**209,44 €**	**157,93 €**
Standardabweichung	414,99 €	468,75 €	586,72 €	1.249,31 €	2.439,50 €	1.359,99 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.788 €	8.394 €	10.504 €	30.884 €	93.699 €	47.072 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4)Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 231: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	1.560	1.566	1.500	1.495	1.506	1.517	1.472	1.451
Mittelwert	**2.556,98 €**	**3.172,46 €**	**2.674,28 €**	**2.825,09 €**	**2.634,91 €**	**2.638,89 €**	**2.624,10 €**	**2.721,09 €**
Standardabweichung	5.652,57 €	8.748,48 €	6.260,09 €	6.908,81 €	6.281,78 €	7.781,95 €	7.239,86 €	8.583,14 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	294,34 €	276,33 €	265,66 €	276,69 €	301,79 €	250,30 €	265,41 €	257,22 €
Median	797,02 €	793,91 €	738,72 €	805,58 €	814,38 €	690,49 €	705,38 €	686,69 €
75%-Perzentil	2.720,55 €	2.936,28 €	2.467,39 €	2.724,70 €	2.697,26 €	2.157,43 €	2.298,90 €	2.101,79 €
Maximum	107.303 €	195.924 €	92.711 €	116.274 €	100.296 €	137.721 €	125.279 €	161.555 €

Tabelle 232: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	762	752	735	722	729	751	722	712
Mittelwert	**2.328 €**	**2.633 €**	**2.718 €**	**3.102 €**	**6.388 €**	**6.242 €**	**7.393 €**	**10.352 €**
Standardabweichung	5.796 €	6.310 €	7.225 €	9.031 €	15.413 €	17.691 €	21.732 €	32.177 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	282,94 €	260,30 €	269,73 €	262,76 €	216,89 €	267,29 €	246,38 €	301,62 €
Median	720,35 €	676,43 €	702,70 €	723,45 €	716,22 €	745,95 €	713,39 €	934,59 €
75%-Perzentil	2.106,74 €	1.948,07 €	2.376,90 €	2.380,52 €	5.395,70 €	4.808,79 €	5.568,15 €	8.077,93 €
Maximum	77.139 €	74.208 €	101.758 €	126.802 €	185.195 €	244.725 €	233.264 €	552.947 €

Tabelle 233: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	424	425	327	325	469	379	356	326
Mittelwert	**1.282,94 €**	**1.821,98 €**	**1.251,53 €**	**1.216,12 €**	**1.388,20 €**	**1.413,53 €**	**1.382,61 €**	**1.276,79 €**
Standardabweichung	3.941,36 €	7.336,20 €	4.730,67 €	4.706,27 €	4.245,70 €	5.734,43 €	5.137,87 €	5.454,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	742,93 €	823,65 €	0,00 €	0,00 €	1.495,72 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	80.650 €	191.847 €	80.391 €	107.269 €	99.371 €	122.052 €	89.236 €	116.443 €

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	179	168	169	158	180	178	158	194
Mittelwert	**1.098,94 €**	**1.229,57 €**	**1.376,93 €**	**1.770,80 €**	**2.866,39 €**	**2.675,12 €**	**2.969,54 €**	**4.757,87 €**
Standardabweichung	4.102 €	3.474 €	5.278 €	8.203 €	9.812 €	11.304 €	12.077 €	23.533 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.545,98 €
Maximum	76.772 €	29.758 €	76.322 €	125.433 €	102.777 €	228.465 €	193.471 €	546.102 €

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**1,80 €**	**2,50 €**	**0,00 €**	**5,33 €**	**6,23 €**	**0,73 €**	**9,33 €**	**24,20 €**
Standardabweichung	51,81 €	74,32 €	0,00 €	120,78 €	112,09 €	20,92 €	206,54 €	825,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.986 €	2.646 €	0 €	3.891 €	2.966 €	699 €	5.308 €	31.819 €

Tabelle 236: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,00 €**	**0,00 €**	**2,82 €**	**0,00 €**	**13,49 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	77,71 €	0,00 €	372,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	2.141 €	0 €	10.276 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 237: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	140	176	192	195	85	83	99	99
Mittelwert	**26,57 €**	**49,26 €**	**87,69 €**	**98,48 €**	**15,36 €**	**18,95 €**	**30,81 €**	**31,32 €**
Standardabweichung	187,25 €	264,76 €	411,36 €	434,12 €	87,52 €	140,81 €	203,40 €	190,73 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.552,29 €	4.469,64 €	4.239,63 €	4.661,00 €	1.788,08 €	2.852,60 €	3.013,48 €	3.600,62 €

Tabelle 238: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	85	82	82	93	29	24	36	31
Mittelwert	**50,93 €**	**41,78 €**	**82,66 €**	**98,04 €**	**72,01 €**	**47,23 €**	**73,60 €**	**52,32 €**
Standardabweichung	305,71 €	222,11 €	443,15 €	481,64 €	616,48 €	543,81 €	484,78 €	443,40 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.163 €	2.836 €	5.457 €	5.086 €	12.058 €	13.515 €	6.401 €	9.878 €

Tabelle 239: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	1.553	1.555	1.485	1.482	1.497	1.503	1.461	1.444
Mittelwert	**560,34 €**	**520,79 €**	**502,36 €**	**526,23 €**	**541,63 €**	**481,94 €**	**484,87 €**	**488,26 €**
Standardabweichung	547,18 €	517,52 €	532,77 €	526,87 €	536,08 €	551,47 €	477,35 €	490,14 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	197,46 €	173,44 €	162,46 €	168,89 €	195,30 €	165,52 €	175,11 €	167,85 €
Median	404,31 €	371,65 €	341,34 €	380,53 €	394,34 €	348,24 €	344,96 €	343,90 €
75%-Perzentil	739,42 €	699,25 €	688,51 €	730,58 €	729,92 €	639,30 €	651,33 €	675,91 €
Maximum	4.378 €	5.547 €	6.743 €	4.603 €	5.225 €	10.400 €	5.208 €	3.766 €

Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	759	748	730	711	721	747	716	706
Mittelwert	**508,45 €**	**514,35 €**	**504,32 €**	**516,51 €**	**461,70 €**	**475,98 €**	**502,75 €**	**527,74 €**
Standardabweichung	575,61 €	673,64 €	606,04 €	540,64 €	512,00 €	451,97 €	557,77 €	563,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	183,06 €	172,99 €	176,16 €	147,19 €	144,06 €	166,67 €	172,42 €	186,27 €
Median	364,31 €	343,82 €	350,89 €	349,43 €	311,50 €	357,60 €	354,10 €	370,86 €
75%-Perzentil	654,95 €	660,03 €	651,50 €	739,65 €	634,44 €	648,41 €	642,33 €	674,69 €
Maximum	8.933 €	12.706 €	9.921 €	5.214 €	5.923 €	5.059 €	5.982 €	5.569 €

Tabelle 241: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	1.356	1.328	1.303	1.268	1.289	1.303	1.270	1.262
Mittelwert	**586,69 €**	**678,75 €**	**705,03 €**	**821,73 €**	**566,74 €**	**613,31 €**	**589,97 €**	**671,90 €**
Standardabweichung	3.091,66 €	3.767,79 €	3.219,95 €	4.160,71 €	3.825,00 €	3.920,89 €	3.778,92 €	4.655,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24,99 €	23,06 €	22,24 €	19,92 €	25,53 €	20,13 €	27,14 €	25,40 €
Median	109,04 €	105,34 €	109,53 €	105,76 €	94,91 €	94,91 €	105,14 €	103,62 €
75%-Perzentil	339,06 €	360,96 €	366,10 €	361,27 €	286,12 €	308,54 €	305,79 €	314,30 €
Maximum	96.374 €	98.897 €	71.347 €	105.815 €	85.192 €	97.694 €	98.136 €	108.783 €

Tabelle 242: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	659	654	646	623	612	630	639	635
Mittelwert	**591,83 €**	**758,26 €**	**639,33 €**	**571,25 €**	**580,21 €**	**574,68 €**	**775,48 €**	**789,65 €**
Standardabweichung	2.876,60 €	4.167,33 €	2.635,73 €	2.006,01 €	2.836,72 €	3.109,18 €	3.461,96 €	3.601,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	24,86 €	27,27 €	28,33 €	27,10 €	14,56 €	19,17 €	29,49 €	31,28 €
Median	100,59 €	99,97 €	110,51 €	112,60 €	98,86 €	97,47 €	110,94 €	132,56 €
75%-Perzentil	324,53 €	347,38 €	350,53 €	341,84 €	335,74 €	378,13 €	384,61 €	411,66 €
Maximum	43.196 €	66.936 €	44.231 €	34.715 €	47.226 €	69.194 €	52.086 €	58.094 €

Tabelle 243: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.591	1.591	1.565	1.548	1.543	1.543	1.510	1.498
N mit Fall	356	373	358	362	319	290	313	316
Mittelwert	**98,64 €**	**99,18 €**	**127,67 €**	**157,20 €**	**116,75 €**	**110,42 €**	**126,50 €**	**228,62 €**
Standardabweichung	380,13 €	379,88 €	530,20 €	574,52 €	877,67 €	991,48 €	838,34 €	2.512,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.610 €	7.552 €	10.504 €	8.532 €	23.666 €	30.126 €	21.711 €	73.299 €

Tabelle 244: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patientenmit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	768	768	759	747	762	761	743	732
N mit Fall	138	140	157	165	146	140	141	150
Mittelwert	**77,57 €**	**88,61 €**	**111,84 €**	**145,21 €**	**2.394,45 €**	**2.469,17 €**	**3.071,62 €**	**4.224,13 €**
Standardabweichung	327 €	347 €	591 €	646 €	10.135 €	11.542 €	14.663 €	19.418 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.983 €	4.211 €	12.335 €	10.075 €	180.728 €	222.892 €	228.835 €	291.730 €

14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 245: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
Behandlungs-setting	**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	19	356	0,994	40	642	0,018	57	603	0,037	51	549	0,237	51	516	0,560	75	503	0,001
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	192	0,915	<10	488	0,003	15	422	0,046	20	389	0,423	13	356	0,014	11	365	<0,001
vs+PIA	113	2.683	0,994	194	4.493	0,402	272	4.787	0,045	279	4.361	0,401	299	4.176	0,019	385	4.051	0,805
vs+HT																		
TK+PIA	12	378	0,994	35	1.040	0,402	85	1.205	0,538	85	1.240	0,908	96	1.094	0,674	98	1.111	0,805
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	47	2.911	<0,001	76	7.591	<0,001	185	7.541	<0,001	173	7.418	<0,001	156	7.609	<0,001	138	7.097	<0,001
TK	<10	183	0,717	<10	739	<0,001	25	754	0,004	25	625	0,033	12	783	<0,001	10	775	<0,001
PIA	523	10.763	<0,001	853	15.522	<0,001	1.552	18.146	<0,001	1.633	17.853	<0,001	2.066	17.720	<0,001	2.321	17.513	<0,001
HT																		
Gesamtergebnis	**721**	**17.466**	**<0,001**	**1.205**	**30.515**	**<0,001**	**2.191**	**33.458**	**<0,001**	**2.266**	**32.435**	**<0,001**	**2.693**	**32.254**	**<0,001**	**3.038**	**31.415**	**<0,001**

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

14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

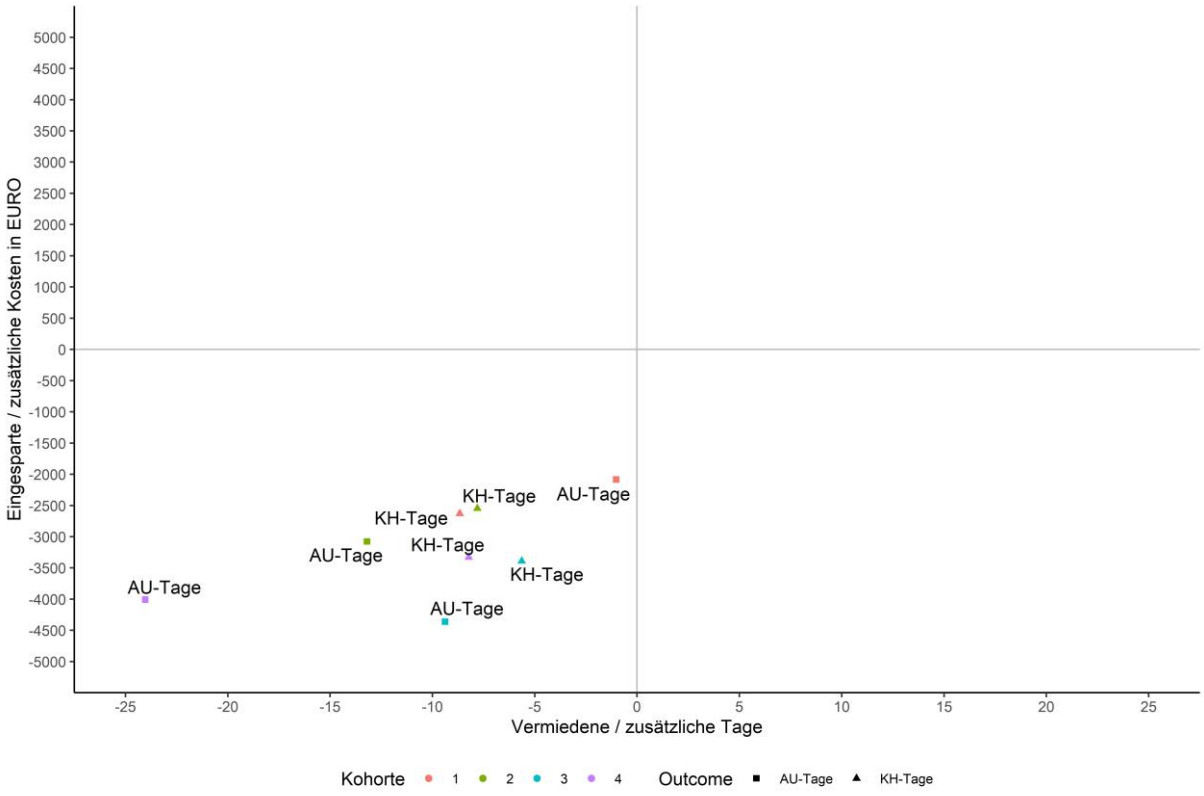



Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)