

Abschlussbericht

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 31.05.2023

Aktualisiert am 07.07.2023

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, Prof. Dr. rer. biol.
hum. Enno **Swart**³, Prof. Dr. Dennis **Häckl**², Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**,
M.Sc.⁴, Prof. Dr. med. Jochen **Schmitt**, M.P.H.¹

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold¹, Dr. Franziska Claus², Dipl.-Math. Nils Kossack², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.¹, Prof. Dr. Stefanie March^{3,4}, Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, Dr. rer. nat. Olaf Schoffer¹, Christopher Schrey, M.Sc.², Dr. Ines Weinhold², Dr. med. Jessika Weiß⁵.

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	30
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	30
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	30
5. Methoden	32
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	33
6.1 Patientenmatching	35
7. Darstellung Modellvorhaben Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH	39
8. Ergebnisse: Effektivität	40
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	41
8.2 Ergebnisse Outcomes.....	48
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	49
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	49
U1.....	53
U2.....	65
U3.....	70
U4.....	77
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	88
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	88
U1.....	90
U2.....	100
U3.....	104
U4.....	110
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	119
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	119
U1.....	121
U2.....	141
U3.....	148
U4.....	156
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	175
Beschreibung Ergebnisse (U2)	175

U2.....	176
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping.....	183
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	183
U1.....	184
U2.....	188
U3.....	190
U4.....	193
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit.....	196
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	196
U1.....	199
U2.....	206
U3.....	209
U4.....	213
8.2.7 Wiederaufnahmeraten.....	219
Beschreibung Ergebnisse (U2).....	219
U2.....	220
8.2.8 Komorbidität	223
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	223
U1.....	225
U2.....	228
U3.....	229
U4.....	231
8.2.9 Mortalität	233
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	233
U1.....	234
U2.....	238
U3.....	240
U4.....	243
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung.....	246
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	246
U1.....	248
U2.....	257
U3.....	261

U4.....	266
8.2.11 Leitlinienadhärenz.....	274
Beschreibung Ergebnisse (U2).....	274
U2.....	275
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung.....	285
9.1 Patientenmix.....	285
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	285
U1.....	287
U2.....	289
U3.....	291
U4.....	292
9.2 Leistungserbringung.....	294
Beschreibung Ergebnisse (U1).....	294
U1.....	294
10. Ergebnisse: Kosten.....	298
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	298
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	298
U1.....	300
U2.....	304
U3.....	305
U4.....	307
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	309
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	309
U1.....	311
U2.....	315
U3.....	316
U4.....	318
10.3 Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen.....	320
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	320
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen.....	321
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	321
U1.....	323
U2.....	327

U3.....	328
U4.....	330
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	332
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	332
U1.....	334
U2.....	338
U3.....	339
U4.....	341
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 343	
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	343
U1.....	345
U2.....	349
U3.....	350
U4.....	352
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	354
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	354
U1.....	356
U2.....	360
U3.....	361
U4.....	363
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	365
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	365
U1.....	367
U2.....	371
U3.....	372
U4.....	374
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung	376
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	376
U1.....	378
U2.....	382
U3.....	383
U4.....	385

11. Ergebnisse: Effizienz	387
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4)	387
U2.....	388
U4.....	389
12. Diskussion	391
12.1 Hauptergebnisse	391
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	407
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	410
13. Literatur	412
14. Anhang.....	415
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	415
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose.....	426
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität	434
14.4 Ergebnisse Kosten	485
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1)	486
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung	489
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3)	492
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4)	494
14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix.....	498

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 Patienten¹ der Routineversorgung verglichen. Als zusätzliches Effektivitätsmaß werden die Arbeitsunfähigkeitstage von erwerbstätigen Patienten der Interventions- mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Effektivität als Verhältnis von erreichtem zu definiertem Ziel ist dabei unabhängig vom hierfür betriebenen Aufwand.

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

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

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

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Zeithaupteffekt Aussagen über Unterschiede zwischen dem Präzeitraum und den Jahren im Nachbeobachtungszeitraum ableiten, kumuliert über beide Gruppen.

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

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

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

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

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

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

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

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

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

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

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

Das **Risk Ratio** oder auch relative Risiko (RR) drückt aus, um welchen Faktor sich die Häufigkeit bezüglich eines betrachteten Outcomes (beispielsweise für eine Erkrankung) in zwei Gruppen unterscheidet. Ist dieser Schätzer kleiner als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in einer

Interventionsgruppe (IG) geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Ist dieser Schätzer gleich eins, ist die Häufigkeit des Outcomes für beide Gruppen gleich groß. Ist dieser Schätzer größer als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in der IG höher als in der Referenzgruppe KG. Dies wird im ausschließlichen Vergleich zwischen beiden Gruppen (ohne Vergleich zum Präzeitraum) notwendig, z.B. Mortalität, Progression, Wiederaufnahme.

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

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U1)	56
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U2)	66
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3)	72
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4)	80
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	93
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	101
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	106
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	113
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1)	134
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2)	145
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3)	152
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4)	169
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	180
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	186
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2)	189
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	191
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4)	195
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	201
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	207
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	210
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	215
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	221
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	226
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	228
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	229
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	232
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1)	235
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2)	239
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3)	241
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4)	244
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1).....	250
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2).....	258
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3).....	262
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4).....	268
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	280
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	287
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	288
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	289
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	291
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	300
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	301
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	304
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	305

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	307
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	308
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	311
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	312
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	315
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	316
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	318
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	319
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	323
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	324
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	327
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	328
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	330
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	331
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	334
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	335
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	338
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	339
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	341
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten	342
Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	345
Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	346
Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	349
Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	350
Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	352
Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	353
Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	356
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	357
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	360
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	361
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	363
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	364
Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	367
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	368
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	371
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	372
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	374
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten	375
Abbildung 84: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	378
Abbildung 85: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	379
Abbildung 86: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	382
Abbildung 87: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	383
Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	385
Abbildung 89: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	386
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4	390

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.....	44
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1)	53
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1)	64
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2)	65
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3)	70
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3)	76
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4)	77
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1).....	90
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	99
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2).....	100
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	104
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	109
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4).....	110
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1)	121
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1).....	140
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2)	141
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, (U3)	148
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3).....	155
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4)	156
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2).....	176
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2)	182
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	184
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	187
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2)	188
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	190
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	192
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4)	193
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1)	199
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	205
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2)	206
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3)	209
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	212
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4)	213
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2)	220
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2)	222
Tabelle 40: Komorbidität, (U1).....	225
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	227
Tabelle 42: Komorbidität, (U2).....	228
Tabelle 43: Komorbidität, (U3).....	229
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	230

Tabelle 45: Komorbidität, (U4).....	231
Tabelle 46: Mortalität, (U1)	234
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1).....	237
Tabelle 48: Mortalität, (U2)	238
Tabelle 49: Mortalität, (U3)	240
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3).....	242
Tabelle 51: Mortalität, (U4)	243
Tabelle 52: Progression, (U1)	248
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	256
Tabelle 54: Progression, (U2)	257
Tabelle 55: Progression, (U3)	261
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	265
Tabelle 57: Progression, (U4)	266
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2)	275
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2)	276
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	277
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	279
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2)	284
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten.....	287
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	288
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten.....	289
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten.....	291
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten.....	292
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	293
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	295
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	296
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	296
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	297
Tabelle 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	300
Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	301
Tabelle 75: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	302
Tabelle 76: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	303
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	304
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	305
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	306
Tabelle 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	307
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	308
Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	311
Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	312
Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	313
Tabelle 85: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	314
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	315
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	316
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	317

Tabelle 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	318
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	319
Tabelle 91: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	323
Tabelle 92: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	324
Tabelle 93: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	325
Tabelle 94: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	326
Tabelle 95: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	327
Tabelle 96: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	328
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	329
Tabelle 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	330
Tabelle 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	331
Tabelle 100: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	334
Tabelle 101: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	335
Tabelle 102: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	336
Tabelle 103: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	337
Tabelle 104: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	338
Tabelle 105: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	339
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	340
Tabelle 107: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	341
Tabelle 108: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	342
Tabelle 109: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	345
Tabelle 110: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	346
Tabelle 111: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	347
Tabelle 112: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	348
Tabelle 113: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	349
Tabelle 114: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	350
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	351
Tabelle 116: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	352
Tabelle 117: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	353
Tabelle 118: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	356
Tabelle 119: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	357
Tabelle 120: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	358
Tabelle 121: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	359
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	360
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	361
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	362
Tabelle 125: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	363
Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	364
Tabelle 127: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	367
Tabelle 128: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	368
Tabelle 129: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	369
Tabelle 130: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	370

Tabelle 131: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	371
Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	372
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	373
Tabelle 134: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	374
Tabelle 135: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	375
Tabelle 136: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	378
Tabelle 137: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	379
Tabelle 138: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	380
Tabelle 139: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	381
Tabelle 140: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	382
Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	383
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	384
Tabelle 143: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	385
Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	386
Tabelle 145: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	388
Tabelle 146: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	388
Tabelle 147: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	389
Tabelle 148: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	389
Tabelle 149: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	415
Tabelle 150: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	415
Tabelle 151: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	418
Tabelle 152: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	418
Tabelle 153: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	421
Tabelle 154: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4	422
Tabelle 155: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	426
Tabelle 156: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	430
Tabelle 157: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	435
Tabelle 158: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	437
Tabelle 159: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	439
Tabelle 160: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)	441
Tabelle 161: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	443
Tabelle 162: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	444
Tabelle 163: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	445
Tabelle 164: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	446
Tabelle 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	447
Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	448
Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	449
Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	450
Tabelle 169: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)	451
Tabelle 170: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)	451
Tabelle 171: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)	452

Tabelle 172: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1)	453
Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)	454
Tabelle 174: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)	456
Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)	458
Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)	458
Tabelle 177: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)	459
Tabelle 178: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)	461
Tabelle 179: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)	463
Tabelle 180: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)	464
Tabelle 181: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)	465
Tabelle 182: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)	466
Tabelle 183: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)	467
Tabelle 184: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)	468
Tabelle 185: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)	469
Tabelle 186: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)	470
Tabelle 187: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)	471
Tabelle 188: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)	473
Tabelle 189: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1	475
Tabelle 190: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2	476
Tabelle 191: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)	477
Tabelle 192: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)	478
Tabelle 193: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)	479
Tabelle 194: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)	480
Tabelle 195: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)	481
Tabelle 196: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)	482
Tabelle 197: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)	483
Tabelle 198: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)	484
Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	486
Tabelle 200: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	486
Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	486
Tabelle 202: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	486
Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	487
Tabelle 204: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	487
Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	487
Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	487
Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	488
Tabelle 208: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	488
Tabelle 209: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	488
Tabelle 210: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	488
Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	489
Tabelle 212: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	489
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	489
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	489
Tabelle 215: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	490
Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	490
Tabelle 217: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	490
Tabelle 218: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	490
Tabelle 219: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	491

Tabelle 220: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	492
Tabelle 221: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	492
Tabelle 222: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	492
Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	492
Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	493
Tabelle 225: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	493
Tabelle 226: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	493
Tabelle 227: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	494
Tabelle 228: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	494
Tabelle 229: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	494
Tabelle 230: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	495
Tabelle 231: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	495
Tabelle 232: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	495
Tabelle 233: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	496
Tabelle 234: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten	496
Tabelle 235: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	496
Tabelle 236: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	496
Tabelle 237: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	497
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	497
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	497
Tabelle 240: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	497
Tabelle 241: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	498

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, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie (E) Leistungstransparenz und (F) eine kosteneffektivere Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

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

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

- f) führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.
- g) führen zur Herstellung von Leistungstransparenz durch eine patientenbezogene Abrechnung.
- h) führen zu einer Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.
- i) führen zu einer Veränderung der Arzneimitteltherapie durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / krankenhaus-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 kosteneffektiveren Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden Abschlussbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH. Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH startete zum 01.01.2017 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

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

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

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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

Analyse

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse und Diskussion

Die Studienpopulation der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.109 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 soweit hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Effektivität

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 49 ff.) aufgrund von Indexdiagnose stieg in der IG bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG etwas stärker als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung (U1 & U4). Da im inferenzstatistischen Vergleich im Verhältnis zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall betrachtet wird, sind keine statistisch signifikanten Unterschiede ersichtlich. Somit ist im Modellvorhaben ein Trend hin zu einem größeren Anteil an vollstationären Aufnahmen ersichtlich.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten der Modellversorgung zum Jahr nach Referenzfall stets stärker an als bei den Patienten der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich stets höhere Anteile. Dieser höhere Anteil war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr im vierten patientenindividuellen Jahr statistisch signifikant. Somit ist im Modellvorhaben auch ein Trend hin zu einem größeren Anteil an teilstationären Aufnahmen erkennbar.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall stets geringer als in der KG. Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Während die Häufigkeit vollstationärer Aufenthalte im Modellvorhaben nicht zurückging, sank jedoch die Dauer vollstationärer Behandlungstage. Bei den linikbekannten Patienten stieg die Anzahl vollstationärer Behandlungstage im Modellvorhaben in U1 und U4 zum Jahr nach Referenzfall weniger stark als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den weiteren patientenindividuellen Jahren war die Anzahl vollstationärer Tage jedoch entweder zwischen beiden Gruppen vergleichbar oder im Modellvorhaben größer. Somit sind bei den klinikbekannten Patienten keine eindeutigen nachhaltigen Trends bezüglich vollstationärer Behandlungsdauer erkennbar.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten im Modellvorhaben zum ersten Jahr nach Referenzfall stets stärker als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die geringeren vollstationären

Behandlungstage durch eine Zunahme teilstationärer Behandlungstage (teilweise) aufgefangen worden zu sein. Die klimbekannt Patienten des Modellvorhabens wiesen stets etwas mehr teilstationäre Behandlungstage als Patienten der Regelversorgung auf. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall, vergrößerte sich jedoch etwas seit Modellbeginn. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 88 ff.) ist zu erkennen, dass die PIA bei den klimbneuen Patienten des Modellvorhabens stets stärker in Anspruch genommen wurde als bei den Patienten der Regelversorgung. Die stärkere Inanspruchnahme in der PIA vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U1 und U3 statistisch signifikant. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH wurden somit durch eine erhöhte Behandlungsdauer im teilstationären Bereich und vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Die klimbekannt Patienten der Modellversorgung zeigten bereits im Jahr vor Referenzfall eine größere Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte im Vergleich zur Regelversorgung. Über den patientenindividuellen Verlauf näherten sich diese an, blieben aber stets im Modellvorhaben ca. 3-5 Kontakte größer. Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH schien somit bereits vor Einführung des Modellvorhabens verstärkt die PIA bei der Behandlung ihrer Patienten eingebunden zu haben. Das Modellvorhaben hatte jedoch keinen § 64b-ähnlichen Vorläufervertrag.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So waren bei den klimbneuen und klimbekannt Patienten in beiden Gruppen weitgehend vergleichbare Verläufe auf einem vergleichbaren Niveau bezüglich der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder eines Psychotherapeuten erkennbar. 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 vertragsärztlichen Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH auf den stationären Bereich. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 119 ff.) zeigte sich keine eindeutige Tendenz zu einer größeren bzw. geringeren Kontinuität im Modellvorhaben. Zwar war in U1 bei den klimbneuen Patienten eine statistisch signifikant geringere Behandlungskontinuität ersichtlich (hypothesenkonträr), eine geringe Fallzahl erschwert hier jedoch die Interpretation. Auf der anderen Seite wiesen in U4 die klimbekannt Patienten der Modellversorgung in allen drei patientenindividuellen Jahren nach Referenzfall eine größere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur Regelversorgung auf. Bei den weiteren Betrachtungen sind keine klaren Trends erkennbar.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 175 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem gab es sowohl bei dem Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch bei der

Dauer des Kontaktabbruchs zwischen Modell- und Regelversorgung keinen statistisch signifikanten Unterschied.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 183 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 196 ff.) war zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen Patienten im Modellvorhaben in allen Untersuchungen stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall stets eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Dieser Unterschied vergrößerte sich in den ersten beiden patientenindividuellen Jahren und drehte sich dann im dritten Jahr nach Referenzfall. Statistisch signifikante Gruppenunterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es aber nicht.

Der Anteil linikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 219 ff.) war zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war jedoch im Modellvorhaben signifikant größer. Auch kann eine oben festgestellte sektorale Verschiebung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer Erkrankten“ zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 223 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den linikbekannten Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 233 ff.) war bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) der Anteil der Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, in der Modellklinik etwas, aber statistisch signifikant, größer als in der Regelversorgung. Die Gründe für die erhöhte Mortalität können mit den verfügbaren Daten nicht untersucht werden.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 246 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen und den linikbekannten Patienten im Modellvorhaben stets größer, ausgenommen für U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung). In U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) war dieser Unterschied statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten aller Kohorten stets niedriger als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war für die klinikbekannten Patienten in U1 statistisch signifikant. Das Risiko der

Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war bei den linikneuen Patienten in U1 und U4 meist vergleichbar und bei den linikbekannten Patienten etwas geringer. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben eher negativ auf die Verhinderung einer schweren depressiven Störung und eher positiv auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben. Unterschiedliche Kodierverhalten können diese gegensätzlichen Trends auch bewirkt haben bzw. liegen beide Erkrankungen eng beieinander, so dass weder von einer Verringerung noch von einer Erhöhung der Erkrankungsprogression ausgegangen werden kann.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 274 ff.) zeigten alle Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz zwischen den Gruppen vergleichbare Ergebnisse oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Bei den linikneuen Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 294 ff.) ab dem Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten wurde im Jahr vor Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben noch statistisch signifikant geringer in Anspruch genommen als in der Regelversorgung; ab dem Jahr nach Referenzfall war jedoch, analog zu den klinikneuen Patienten, die Inanspruchnahme im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Eine eindeutige Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nachgewiesen werden.

Kosten

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 409,84 € günstiger als die KG, jedoch nicht statistisch signifikant günstiger. Dies ist vor allem auf geringere Kosten für die vollstationäre Versorgung, bei im Vergleich zur KG statistisch nicht signifikant höheren Kosten der teilstationären Versorgung sowie statistisch signifikant höheren Kosten für die PIA-Behandlung, zurückzuführen.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant um 2.123,22 € je Patient günstiger. Hier lagen die Kosten der IG sowohl für vollstationäre (nicht signifikant) als auch für PIA-Behandlungen (signifikant) unter denen der KG, während die Kosten für teilstationäre Leistungen in der IG nicht signifikant stärker stiegen als in der KG.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 8.871,43 € und 9.237,25 € in der KG, während sie im Präzeitraum bei durchschnittlich 1.091,07 € in der IG und 977,08 € in der KG lagen. Der Anstieg war in der IG um 479,81 € geringer, jedoch nicht signifikant geringer als der der KG. Die geringeren Gesamtkosten lassen sich dabei auf geringere Anstiege in den Kosten für vollstationäre Leistungen zurückführen, während die Kosten für teilstationäre und PIA-Leistungen in der IG stärker stiegen als in der KG.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr

um 401,43 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2, wobei die im Vergleich zur KG stärkeren Anstiege der teilstationären Kosten und Kosten für PIA-Leistungen der IG statistisch signifikant ausfielen.

Kosten-Effektivität

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 94,08 € je Tag. D.h. für jeden der 5,1 in der IG vermiedenen vollstationären psychiatrischen Krankenhaustage wurden zudem Kosten i. H. v. 94,08 € weniger aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von 297,18 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 2,1 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag konnten somit überdies Kosten in Höhe von 297,18 € eingespart werden.

U4: Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 391,92 € je Tag. D.h. für jeden der 5,6 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i. H. v. 391,92 € weniger aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von 130,17 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 6,0 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit geringe Kosten in Höhe von 130,17 € an.

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 Modellklinik 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.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH wurde die Dauer vollstationärer Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich sowie in die PIA. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich keine negative, aber auch keine explizit positiven Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu keiner erhöhten Behandlungskontinuität im psychiatrischen Sektor. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten unterschiedliche Ergebnisse. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit war kein eindeutiger Trend ersichtlich. Im Modellvorhaben wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben war bei den klinikneuen Patienten (etwas) höher als bei den Patienten der Regelversorgung. Das Risiko einer schweren depressiven Episode wurde im Modellvorhaben erhöht, während das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung im Modellvorhaben verringert werden konnte. Eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz konnte nicht nachgewiesen werden. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben vermehrt in Anspruch genommen. Insgesamt zeigt sich eine Abnahme vollstationärer Behandlungstage mit einer Zunahme teilstationärer Behandlungstage sowie PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben. Weiterhin hypothesenkonform ist die Verlängerung der Dauer zwischen Entlassung erneuter vollstationärer Wiederaufnahme. Die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor hingegen zeigt hypothesenkonträre Effekte.

Die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten entwickelten sich hypothesenkonform zugunsten der IG, wenngleich die geringeren Anstiege vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr statistisch nicht signifikant ausfielen. Diese geringeren Anstiege sind auf eine günstigere Entwicklung in den vollstationären Kosten zurückzuführen, während die Kosten für die teilstationäre und Versorgung in der PIA statistisch nicht signifikant zunahmen. Da für alle Varianten der Kosteneffektivitätsanalyse ein positiver ICER ermittelt werden konnte, ist durch die Modellversorgung zudem eine kosteneffektivere Verwendung der eingesetzten Mittel zu konstatieren.

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

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

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

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

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

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

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

Die Datenübermittlungen zum vorliegenden Endbericht erfolgten im Zeitraum September und Oktober 2022. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung.

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

- AOK Baden-Württemberg
- Audi BKK
- BARMER GEK (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Mobil Oil
- BKK ProVita
- BKK Scheufelen
- BKK Verbund Plus
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- BKK Voralb HIL
- BKK ZF & Partner
- DAK Gesundheit
- IKK classic
- KKH
- Knappschaft
- mhplus BKK
- SBK
- Schwenninger Betriebskrankenkasse
- SVLFG
- Techniker Krankenkasse

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

- BKK Adolf Wuerth GmbH & Co. KG
- BKK Werra-Meissner
- HEK
- hkk

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. Diese Einschränkung betrifft allerdings nur den Präzeitraum von Modellbeginn bis 31.12.2016 einschließlich.

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.

In das Matching flossen in der IG 2.117 Versicherte ein, wobei für 2.109 Versicherte (99,6%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 76.406 Patienten gezogen.

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 drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3).

Exakt gematcht wird die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

Die Inanspruchnahme der Patienten im Präzeitraum konnte angeglichen werden. Auch hier ergaben sich nach dem Matching keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	2.576	89.665	2.117 (82%)	76.402 (85%)	2.109 (82% ; 99,6%)	2.109 (2% ; 2,8%)
	Kohorte 1	996	36.988	818 (82%)	32.037 (87%)	816 (82% ; 99,8%)	816 (2% ; 2,5%)
	Kohorte 2	584	20.276	487 (83%)	16.950 (84%)	485 (83% ; 99,6%)	485 (2% ; 2,9%)
	Kohorte 3	566	17.539	463 (82%)	14.752 (84%)	461 (81% ; 99,6%)	461 (3% ; 3,1%)
	Kohorte 4	430	14.862	349 (81%)	12.663 (85%)	347 (81% ; 99,4%)	347 (2% ; 2,7%)
Klinikneu	Gesamt	2.025	66.897	1.647 (81%)	56.058 (84%)	1.642 (81% ; 99,7%)	1.642 (2% ; 2,9%)
	Kohorte 1	546	18.077	430 (79%)	15.034 (83%)	429 (79% ; 99,8%)	429 (2% ; 2,9%)
	Kohorte 2	539	18.212	450 (83%)	15.158 (83%)	449 (83% ; 99,8%)	449 (2% ; 3,0%)
	Kohorte 3	532	16.584	437 (82%)	13.942 (84%)	435 (82% ; 99,5%)	435 (3% ; 3,1%)
	Kohorte 4	408	14.024	330 (81%)	11.924 (85%)	329 (81% ; 99,7%)	329 (2% ; 2,8%)
Klinikbekannt	Gesamt	551	22.768	470 (85%)	20.344 (89%)	467 (85% ; 99,4%)	467 (2% ; 2,3%)
	Kohorte 1	450	18.911	388 (86%)	17.003 (90%)	387 (86% ; 99,7%)	387 (2% ; 2,3%)
	Kohorte 2	45	2.064	37 (82%)	1.792 (87%)	36 (80% ; 97,3%)	36 (2% ; 2,0%)
	Kohorte 3	34	955	26 (76%)	810 (85%)	26 (76% ; 100,0%)	26 (3% ; 3,2%)
	Kohorte 4	22	838	19 (86%)	739 (88%)	18 (82% ; 94,7%)	18 (2% ; 2,4%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	17,1	122
2	19,4	188
3	19,6	384
4	22,2	469
5	22,7	768
6	23,2	34
7	24,5	11
8	27,4	21
9	27,6	57
10	28,2	55

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	2.109	2.109		816	816		485	485		461	461		347	347	
	linikneu	1.642	1.642		429	429		449	449		435	435		329	329	
	linikbekannt	467	467		387	387		36	36		26	26		18	18	
Mittleres Alter	gesamt	52,1	51,8	1,00	51,7	51,6	1,00	52,4	52,9	1,00	51,6	50,7	1,00	53,2	52,1	1,00
	linikneu	52,1	51,5	1,00	51	51,1	1,00	52,6	52,9	1,00	51,8	50,2	1,00	53,3	51,9	1,00
	linikbekannt	52,0	52,8	1,00	52,5	52,1	1,00	50,5	53,9	1,00	47,9	59,5	1,00	52,1	55,9	1,00
Anteil Frauen	gesamt	53,1%	53,2%	1,00	55,9%	55,3%	1,00	50,1%	50,1%	1,00	49,0%	49,2%	1,00	56,2%	57,9%	1,00
	linikneu	52,0%	52,2%	1,00	54,1%	52,9%	1,00	50,3%	50,8%	1,00	49,2%	48,7%	1,00	55,3%	57,8%	1,00
	linikbekannt	57,0%	56,7%	1,00	57,9%	57,9%	1,00	47,2%	41,7%	1,00	46,2%	57,7%	1,00	72,2%	61,1%	1,00
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	22,0%	22,0%	1,00	47,0%	47,0%	0,62	7,0%	7,0%	1,00	6,0%	6,0%	1,00	5,0%	5,0%	1,00
	linikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	linikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	41,7%	43,6%	1,00	49,0%	51,6%	1,00	39,4%	38,8%	1,00	33,8%	35,1%	1,00	38,0%	42,7%	1,00
	linikneu	37,0%	37,2%	1,00	35,7%	35,2%	1,00	40,3%	39,2%	1,00	33,6%	33,6%	1,00	38,9%	41,9%	1,00
	linikbekannt	58,0%	66,0%	1,00	63,8%	69,8%	1,00	27,8%	33,3%	1,00	38,5%	61,5%	1,00	22,2%	55,6%	1,00
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	54,0%	50,3%	0,19	47,9%	41,5%	0,11	57,3%	54,8%	1,00	61,2%	60,1%	1,00	53,9%	51,6%	1,00
	linikneu	59,6%	56,0%	0,36	62,5%	54,5%	0,22	57,2%	54,6%	1,00	62,8%	61,8%	1,00	54,7%	52,3%	1,00
	linikbekannt	34,3%	30,2%	1,00	31,8%	27,1%	1,00	58,3%	58,3%	1,00	34,6%	30,8%	1,00	38,9%	38,9%	1,00
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	3,7%	3,6%	1,00	2,7%	3,9%	1,00	2,1%	3,7%	1,00	4,8%	2,2%	0,43	6,9%	4,6%	1,00
	linikneu	2,7%	3,8%	1,00	1,4%	5,6%	1,00	1,3%	3,6%	1,00	3,4%	1,8%	0,51	5,2%	4,6%	1,00
	linikbekannt	7,3%	2,8%	1,00	4,1%	2,1%	1,00	11,1%	5,6%	1,00	26,9%	7,7%	1,00	38,9%	5,6%	1,00
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,7%	2,4%	<0,001	0,4%	2,7%	0,00	1,2%	2,7%	1,00	0,2%	2,6%	0,06	1,2%	1,2%	1,00
	linikneu	0,7%	2,9%	<0,001	0,5%	4,4%	0,00	1,1%	2,7%	0,98	0,2%	2,8%	0,05	1,2%	1,2%	1,00
	linikbekannt	0,4%	0,9%	1,00	0,3%	0,8%	1,00	2,8%	2,8%	1,00	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	1,00
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	11,6%	11,0%	1,00	20,7%	19,7%	1,00	5,6%	6,0%	1,00	6,7%	6,3%	1,00	4,9%	3,7%	1,00
	linikneu	3,7%	4,3%	1,00	4,2%	4,9%	1,00	2,7%	4,5%	1,00	4,6%	5,3%	1,00	3,3%	1,8%	1,00
	linikbekannt	39,2%	34,7%	1,00	39,0%	36,2%	1,00	41,7%	25,0%	1,00	42,3%	23,1%	1,00	33,3%	38,9%	1,00
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,1%	2,0%	1,00	3,9%	4,4%	1,00	0,8%	0,6%	1,00	1,3%	0,0%	0,41	0,6%	0,9%	1,00

	linikneu	0,7%	0,5%	1,00	0,7%	0,9%	1,00	0,7%	0,4%	1,00	0,7%	0,0%	0,58	0,6%	0,6%	1,00
	linikbekannt	7,1%	7,3%	1,00	7,5%	8,3%	1,00	2,8%	2,8%	NA	11,5%	0,0%	1,00	0,0%	5,6%	NA
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	15,7%	15,8%	1,00	32,8%	31,7%	1,00	3,3%	4,3%	1,00	6,3%	7,6%	1,00	5,5%	5,2%	1,00
	linikneu	2,9%	2,1%	1,00	3,0%	1,6%	1,00	2,0%	1,8%	1,00	3,7%	3,4%	1,00	3,0%	1,5%	1,00
	linikbekannt	60,8%	63,8%	1,00	65,9%	65,1%	1,00	19,4%	36,1%	1,00	50,0%	76,9%	1,00	50,0%	72,2%	1,00
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	41,8%	40,1%	1,00	41,8%	39,6%	1,00	40,0%	36,9%	1,00	39,9%	42,5%	1,00	46,7%	42,4%	1,00
	linikneu	40,1%	40,6%	1,00	39,2%	42,4%	1,00	38,3%	35,4%	1,00	38,9%	42,3%	1,00	45,6%	43,2%	1,00
	linikbekannt	47,5%	38,1%	1,00	44,7%	36,4%	1,00	61,1%	55,6%	1,00	57,7%	46,2%	1,00	66,7%	27,8%	1,00

(p-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur; für Kohorte 3 entfällt die Unterscheidung in klinikneue und -bekannte Patienten, sodass hier nur der Gesamtwert dargestellt wird; Kohorte 1 umfasst Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, Kohorte 2 und 3 analog für die Modelljahre zwei und drei)

7. Darstellung Modellvorhaben Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Klinikum Heidenheim begann zum 01.01.2017 mit einer Laufzeit von acht Jahren. Das Modellvorhaben startete laut Vertrag bereits zum 01.12.2016, wird aber in dieser Evaluation als Start 01.01.2017 bewertet.

Am Klinikum Heidenheim sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 68 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 11 in der Psychosomatik und 14 in der Tagesklinik vorgesehen.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre Leistungen, teilstationäre Leistungen, institutsambulante Behandlung (PIA), Home-Treatment und stationsersetzende Leistungen. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget.

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2017 und 2018 folgende Versorgungsmodule auf: Home-Treatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen sowie intermittierend tagesklinisch (z.B. Mo, Mi, Fr). Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur vor Start des Modellvorhabens.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, welches im Rahmen des Vertrages voll ausgeglichen wird. Voll- und teilstationäre Leistungen werden nach dem PEPP-Katalog vergütet.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

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

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

Über 80% der eingeschlossenen klinikneuen und klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- Schizophrenie (F20)
- depressive Episoden (F32)
- rezidivierende depressive Störungen (F33)
- andere Angststörungen (F41)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	411	411
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	86,1 %	87,1 %
• Zwei Diagnosen	13,4 %	11,2 %
• Drei Diagnosen	0,5 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F33	5	7
2. IG: F10 & F33 / KG: F32 & F41	5	5
3. F10 & F32	5	5

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)	363	372
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	80,4 %	82,8 %
• Zwei Diagnosen	17,1 %	13,4 %
• Drei Diagnosen	2,5 %	3,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F20	6	6
2. F10 & F32	6	5
3. IG: F10 & F20 / KG: F10 & F43	6	4

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. Lediglich der Anteil an Mitgliedern (Versicherungsstatus) war in der IG stets etwas geringer als in der KG, während in der IG etwas mehr Rentner und Familienangehörige eingeschlossen wurden. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden.

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	354	358	411	411
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,4 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	5,4 %	5,6 %	4,9 %	5,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,6 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,2 %	23,2 %	25,5 %	25,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,7 %	10,9 %	10,5 %	10,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	30,8 %	31,3 %	36,0 %	37,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,5 %	12,3 %	11,9 %	13,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,5 %	2,0 %	3,4 %	4,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	13,3 %	10,3 %	15,3 %	12,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,4 %	1,1 %	1,7 %	1,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,8	51,5	51,5	51,6
• Median	51	51	52	52
• (Interquartilsabstand)	(38 - 63)	(37 - 61)	(38 - 62)	(38 - 61)
Geschlecht				
• Frauen	52,5 %	52,0 %	53,8 %	52,6 %
• Männer	47,5 %	48,0 %	46,2 %	47,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	63,8 %	65,6 %	64,5 %	65,0 %
• PIA	36,2 %	34,4 %	35,5 %	35,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,3 %	1,1 %	0,5 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	12,4 %	12,6 %	11,9 %	11,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	12,1 %	9,8 %	11,9 %	10,7 %
• Abitur/Fachabitur	5,6 %	7,5 %	5,4 %	8,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,8 %	11,5 %	6,3 %	11,2 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,6 %	7,8 %	5,6 %	7,1 %
	23,4 %	24,0 %	23,1 %	24,8 %
	1,1 %	0,8 %	1,2 %	1,0 %
	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,5 %
	2,3 %	2,8 %	1,9 %	2,9 %
	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
	4,5 %	6,7 %	3,9 %	6,1 %
	62,7 %	57,5 %	64,0 %	57,7 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	11,9 %	11,2 %	11,9 %	11,4 %
	51,4 %	57,8 %	51,8 %	60,1 %
	36,7 %	31,0 %	36,3 %	28,5 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	25,1 %	27,4 %	28,0 %	27,7 %
	19,8 %	17,0 %	20,4 %	19,2 %
	55,1 %	55,6 %	51,6 %	53,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	58,5 %	61,5 %	57,7 %	62,0 %
	6,2 %	6,4 %	7,3 %	5,8 %
	34,5 %	29,9 %	34,3 %	30,2 %
	0,8 %	2,2 %	0,7 %	1,9 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	292	308	363	372
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,7 %	0,6 %	0,6 %	1,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,3 %	1,1 %	1,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	1,0 %	0,8 %	1,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	18,5 %	17,9 %	22,9 %	22,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	29,1 %	29,5 %	27,3 %	27,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	35,6 %	34,4 %	40,8 %	39,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,1 %	1,9 %	5,8 %	4,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,3 %	3,0 %	3,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,2 %	8,4 %	11,8 %	12,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,1 %	3,6 %	5,0 %	4,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	1,0 %	1,4 %	1,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,8 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,8	53,0	53,3	52,5
• Median	53	54	53	53
• (Interquartilsabstand)	(46 - 62)	(41 - 63)	(46 - 62)	(41 - 62)
Geschlecht				
• Frauen	59,2 %	58,1 %	58,4 %	58,3 %
• Männer	40,8 %	41,9 %	41,6 %	41,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	32,9 %	28,2 %	35,5 %	29,6 %
• PIA	67,1 %	71,8 %	64,5 %	70,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,3 %	2,6 %	0,3 %	2,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	9,2 %	6,2 %	9,1 %	6,5 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,2 %	8,4 %	8,0 %	8,9 %
• Abitur/Fachabitur	3,4 %	4,5 %	2,8 %	4,3 %
• Abschluss unbekannt	7,2 %	9,1 %	7,2 %	8,3 %
• Fehlende Angabe	70,5 %	69,2 %	72,7 %	69,6 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,8 %	10,1 %	4,4 %	9,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,9 %	12,3 %	17,9 %	12,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,6 %
• Bachelor	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,4 %	1,9 %	1,1 %	1,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,1 %	5,2 %	3,6 %	5,1 %
• Fehlende Angabe	70,5 %	69,2 %	72,7 %	69,6 %
Pflegestufe				
• Ja	9,9 %	17,5 %	11,3 %	17,2 %
• Nein	49,7 %	52,3 %	50,1 %	53,5 %
• Fehlende Angabe	40,4 %	30,2 %	38,6 %	29,3 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,4 %	26,9 %	28,1 %	26,9 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	55,1 %	51,3 %	55,9 %	53,2 %
• Weder A noch B	17,5 %	21,8 %	16,0 %	19,9 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	46,9 %	49,7 %	45,7 %	50,0 %
• Familienversicherter	4,5 %	7,5 %	5,5 %	7,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	48,3 %	42,9 %	48,2 %	43,0 %
• Fehlende Angabe	0,3 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

8.2 Ergebnisse Outcomes

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch stieg dieser Anteil vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG, verringerte sich jedoch in den folgenden Jahren in der IG stärker und war ab dem dritten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG (prä: -0,2; 1. Jahr: +2,9; 2. Jahr: +0,4; 3. Jahr: -2,1, 4. Jahr: -2,0 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten hingegen war der Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt in der IG stets größer als in der KG (prä: +6,1; 1. Jahr: +5,9; 2. Jahr: +5,6; 3. Jahr: +4,2; 4. Jahr: +3,6 %-Punkte). Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, war der Vergleich zwischen den Gruppen verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall jeweils statistisch nicht signifikant. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Der Anteil war jedoch ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG stets etwas größer als in der KG (prä: -0,2; 1. Jahr: +1,9; 2. Jahr: +1,1; 3. Jahr: +1,1, 4. Jahr: +0,8 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets höher als in der KG (prä: +0,5; 1. Jahr: +1,9; 2. Jahr: +3,7; 3. Jahr: +3,1, 4. Jahr: +4,3 %-Punkte). Im vierten Jahr nach Referenzfall war dieser Unterschied in der IG statistisch signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall (DiD =+ 5,8).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 3,1; KG: 2,6 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 24,0; KG: 25,1 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,3; 3,1 und 2,2 vollstationäre

Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 5,8; 5,9 und 4,0 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG zwar numerisch geringer. Dieser Unterschied war aber statistisch nicht signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Auch in den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall, obwohl die IG numerisch stets etwas weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG aufwies. 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 ab dem ersten Jahr nach Referenzfall bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG stets ca. 3-4 weniger vollstationäre Behandlungstage anfielen als in der KG. Bei den älteren Patienten waren die vollstationären Behandlungstage in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall um ca. einen Behandlungstag größer als in der KG, fielen dann aber in den weiteren patientenindividuellen Jahren erneut unter denen der KG (um 1,3; 2,5 bzw. 1,1 vollstationären Tage). Die meisten vollstationären Behandlungstage in IG und KG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die erstgenannten jeweils nur sehr wenigen 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 155 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl der vollstationären Behandlungstage in der IG fast immer größer als in der KG, mit Ausnahme im ersten Jahr nach Referenzfall, in der die IG weniger vollstationäre Tage aufwies (prä: +1,3; 1. Jahr: -3,1; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: +1,4; 4. Jahr: +2,1 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschied zwischen den Gruppen 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 in der IG als auch in der KG die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) ab dem Jahr nach Referenzfall mehr vollstationäre Behandlungstage als die älteren klinikbekannten Patienten aufwiesen. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F01 (vaskuläre Demenz), F00 (Demenz bei Alzheimer Krankheit) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) auf (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Fälle betraf); während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F45 (somatoforme Störungen), F70-79 (Intelligenzstörung) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 155 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +2,4 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage nach dem ersten Jahr nach Referenzfall über die Zeit, wobei die IG stets 1-2 teilstationäre Behandlungstage mehr aufwies, auch im Jahr vor Referenzfall (prä: +0,9; 1. Jahr: +1,9; 2. Jahr: +2,2; 3. Jahr: +1,8; 4. Jahr: +1,4 teilstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschied im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG etwas stärker als in der KG (IG: +59,3 %-Punkte; KG: +57,3 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG stärker als in der KG (IG: +20,3 %; KG: +14,1 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +17,6; KG: +22,7 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +9,8; KG: +6,3 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** in der IG im Vergleich zur KG über den patientenindividuellen Verlauf etwas stärker an. Im Jahr vor Referenzfall war dieser in der IG noch um 1,8%-Punkte geringer als in der KG; im ersten Jahr nach Referenzfall vergleichbar und im zweiten Jahr nach Referenzfall etwas größer (+0,8 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr nach Referenzfall gab es jedoch nicht. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall an. Dieser Anstieg war in der IG erneut größer als in der KG, jedoch statistisch wieder nicht signifikant (prä: +0,2; 1. Jahr: +4,5; 2. Jahr: +0,8 %-Punkte).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = 4,1 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage auf zwischen IG und KG vergleichbare Werte. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief,

entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG im ersten Jahr nach Referenzfall höher ausfielen als in der KG. Dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +3,2 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** im Jahr vor Referenzfall in der IG noch geringer war als in der KG (-2,1 %-Punkte), sich aber zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG erhöhte (+1,7 %-Punkte) und danach zwischen beiden Gruppen vergleichbar war (+0,2; +0,1 %-Punkte). Bei den klimbekannt Patienten war dieser Anteil in der IG stets größer als in der KG (prä: +4,7; 1. Jahr: +5,0; 2. Jahr: +4,4; 3. Jahr: +1,0 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den klimbekannt Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker und näherte sich danach wieder an, blieb aber in der IG etwas größer als in der KG. Bei den klimbekannt Patienten waren in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets höhere Anteile ersichtlich (prä: +0,6; 1. Jahr: +3,0; 2. Jahr: +4,0; 3. Jahr: +2,9 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klimbekannt Patienten erneut ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG (IG: +19,2 vollstationäre Tage; KG: +22,4 vollstationäre Tage). Bei den klimbekannt Patienten stieg die Anzahl an vollstationären Behandlungstagen in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer an als in der KG (prä: +0,7; 1. Jahr: -4,5; 2. Jahr: -0,1; 3. Jahr: +1,1 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klimbekannt Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war, analog zu den anderen Untersuchungen, der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Bei den klimbekannt Patienten zeigten sich erneut höhere teilstationäre Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,9; 1. Jahr: +2,5; 2. Jahr: +2,1; 3. Jahr: +1,8 teilstationäre Tage).

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)	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,2 %	70,1 %	14,3 %	10,0 %	7,5 %	9,5 %	67,2 %	14,0 %	12,2 %	9,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	19,2 %	4,4 %	2,7 %	1,4 %	1,0 %	17,3 %	3,4 %	1,6 %	0,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,7 %	78,1 %	15,6 %	11,4 %	8,1 %	9,7 %	75,7 %	15,2 %	13,5 %	10,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	1,5 %	1,3 %	0,3 %	0,8 %	0,7 %	3,4 %	1,8 %	1,6 %	0,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,3 %	14,4 %	9,1 %	10,6 %	8,3 %	13,6 %	14,6 %	9,0 %	8,7 %	7,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	3,1	24,0	4,3	3,1	2,2	2,6	25,1	5,8	5,9	4,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	9,9	1,8	1,2	0,6	0,1	7,4	1,2	0,5	0,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,3	33,9	6,1	4,3	2,8	2,7	32,5	7,0	6,4	4,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,2	0,4	0,0	0,1	0,1	1,0	0,3	0,6	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,4	0,7	1,2	1,1	1,8	1,8	1,2	1,4	0,9

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	39,7 %	44,9 %	24,7 %	23,7 %	20,3 %	33,6 %	39,0 %	19,2 %	19,5 %	16,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	8,0 %	13,2 %	7,7 %	6,6 %	5,2 %	7,5 %	11,3 %	3,9 %	3,5 %	0,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	42,7 %	50,1 %	27,0 %	26,1 %	22,8 %	35,8 %	43,0 %	20,3 %	20,6 %	16,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,1 %	1,4 %	0,6 %	1,2 %	0,3 %	7,8 %	2,4 %	2,0 %	1,5 %	0,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,1 %	13,2 %	15,3 %	16,8 %	13,8 %	16,7 %	15,3 %	13,8 %	12,2 %	9,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	21,3	20,7	11,7	11,9	12,0	19,9	23,8	11,2	10,5	9,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	3,8	5,6	3,4	2,7	1,7	2,9	3,8	1,2	0,9	0,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	25,1	26,3	15,1	14,6	13,7	22,9	27,6	12,4	11,3	10,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,3	0,4	0,0	0,1	0,0	2,4	2,0	0,6	0,4	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	1,6	2,5	2,3	1,5	1,7	1,4	1,8	2,0	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

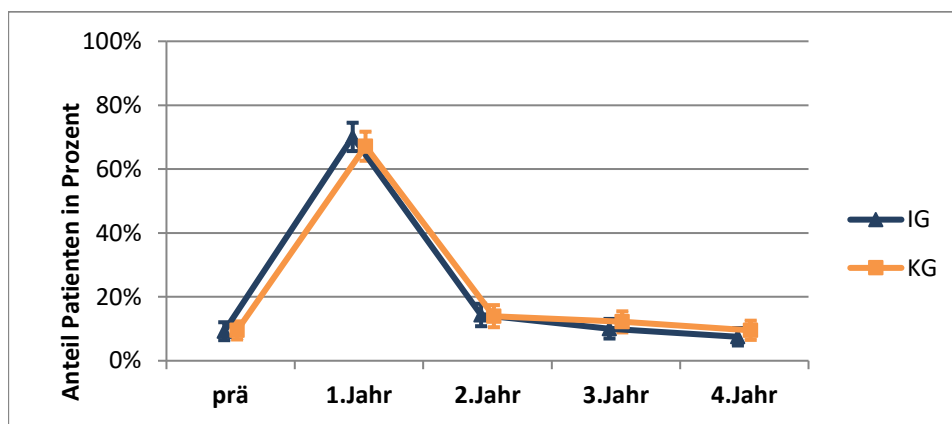
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

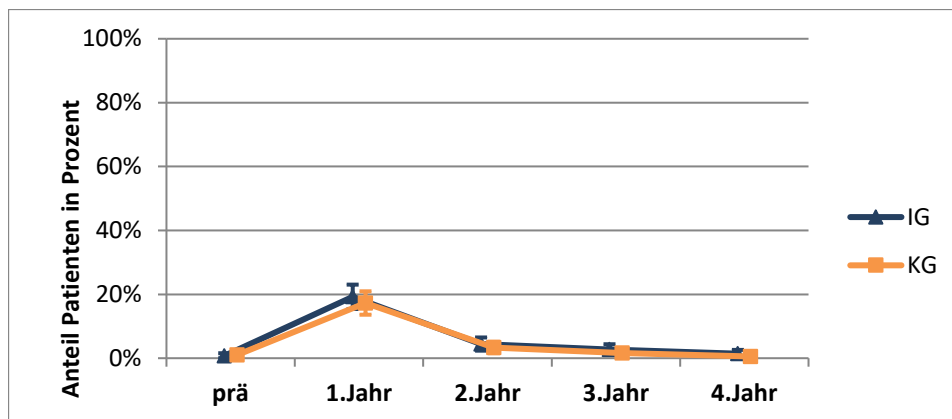
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

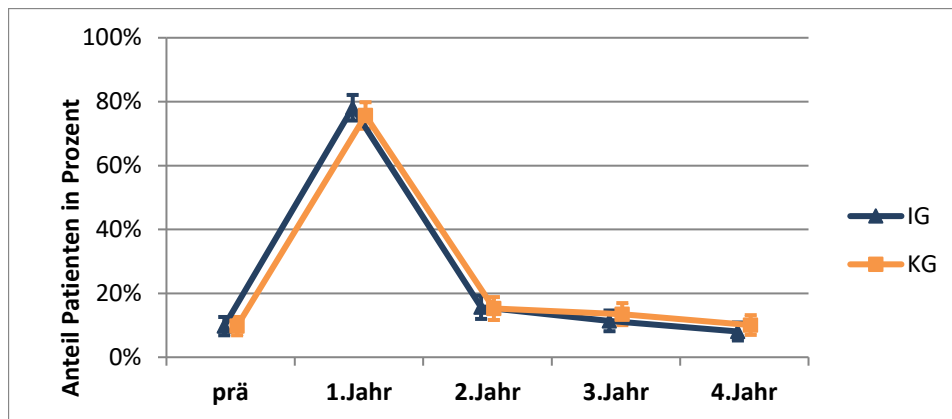
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



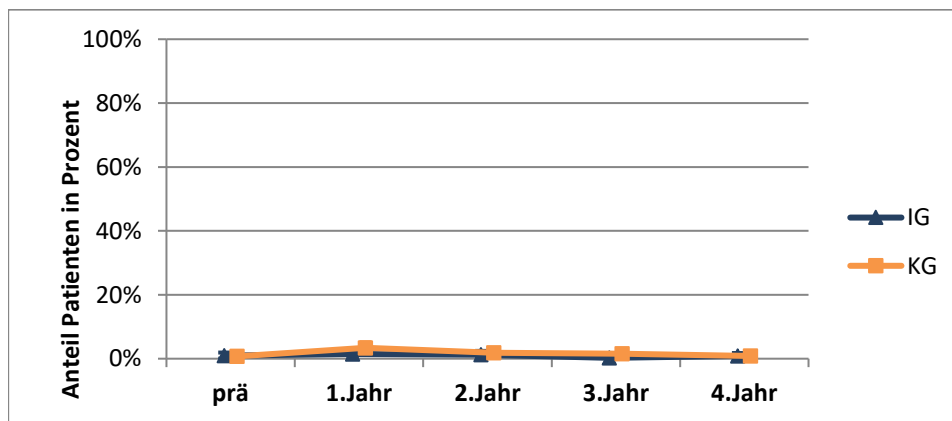
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



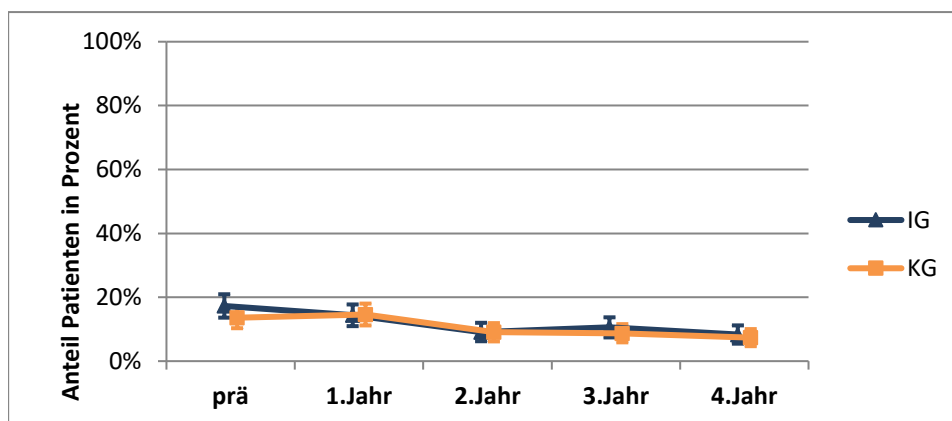
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

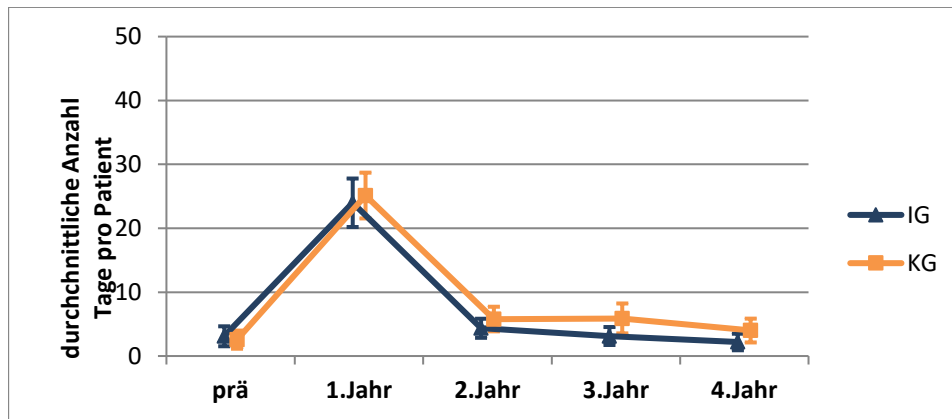


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

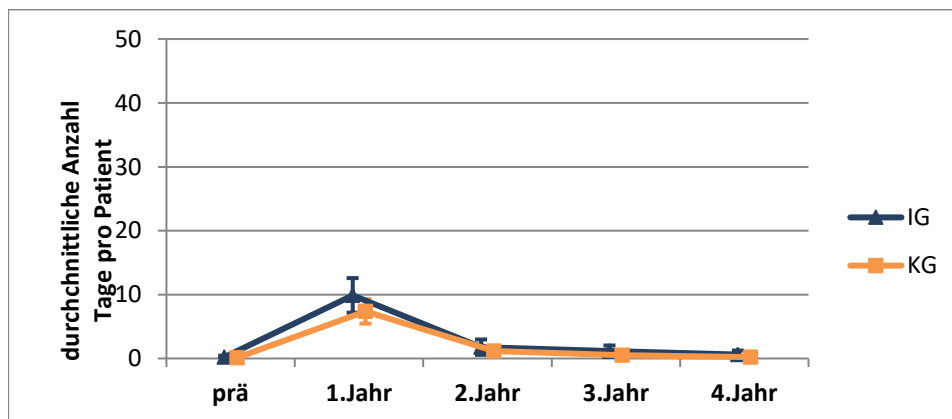


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

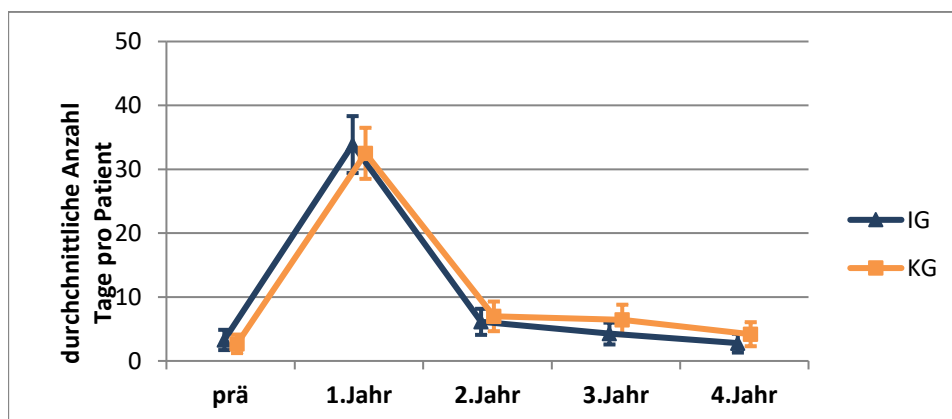
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



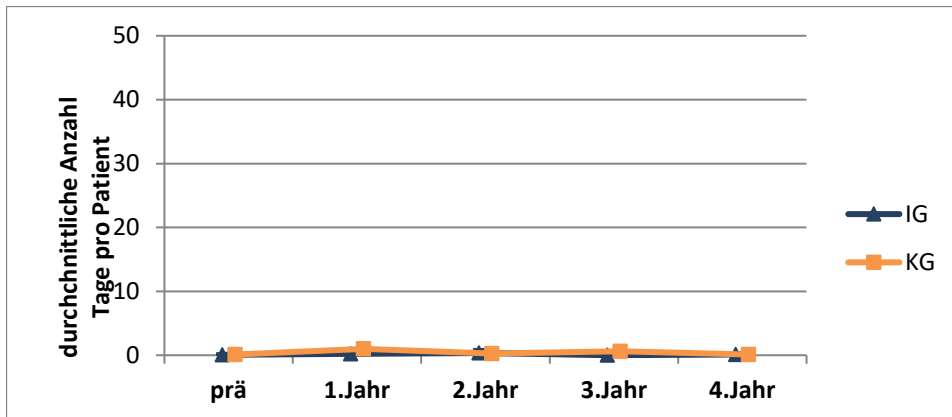
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



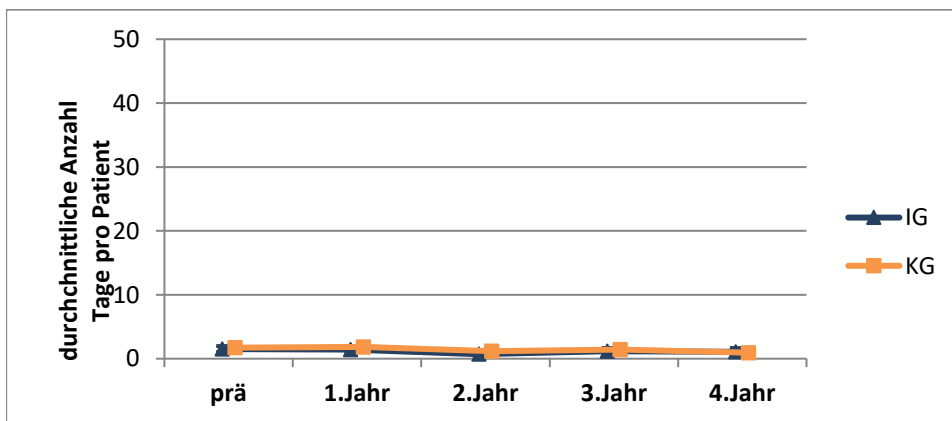
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



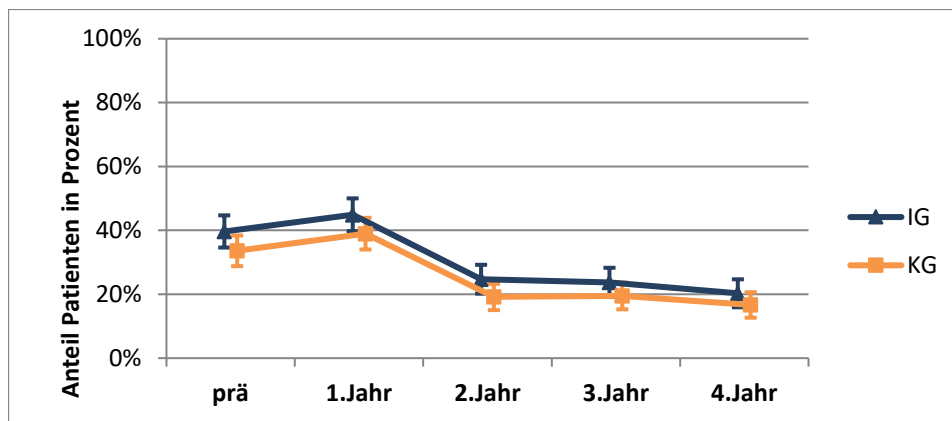
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

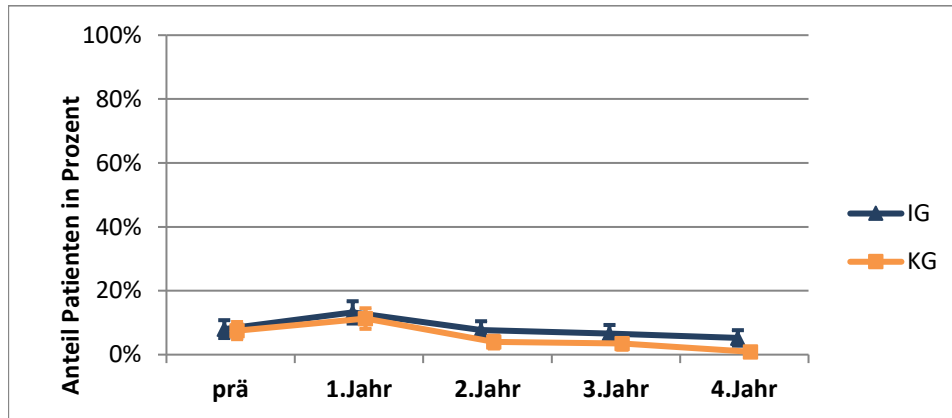
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

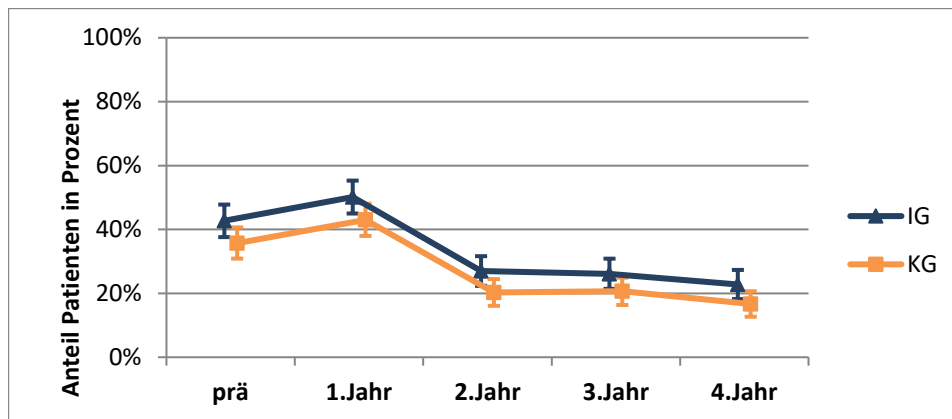
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



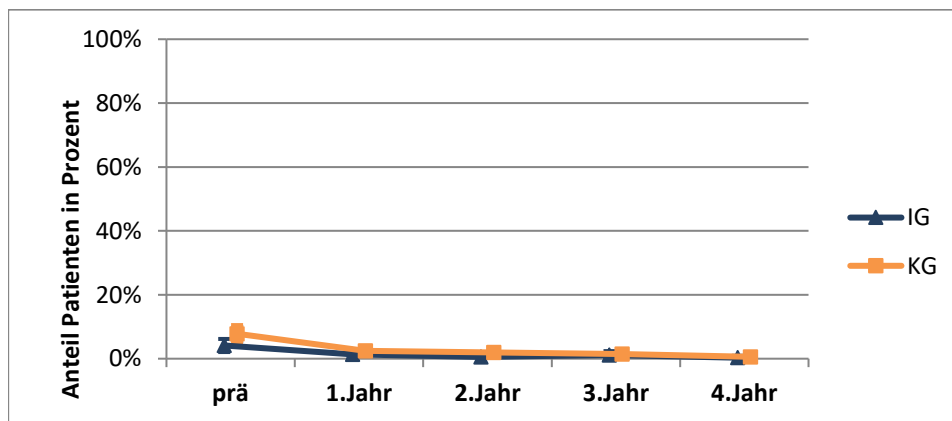
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



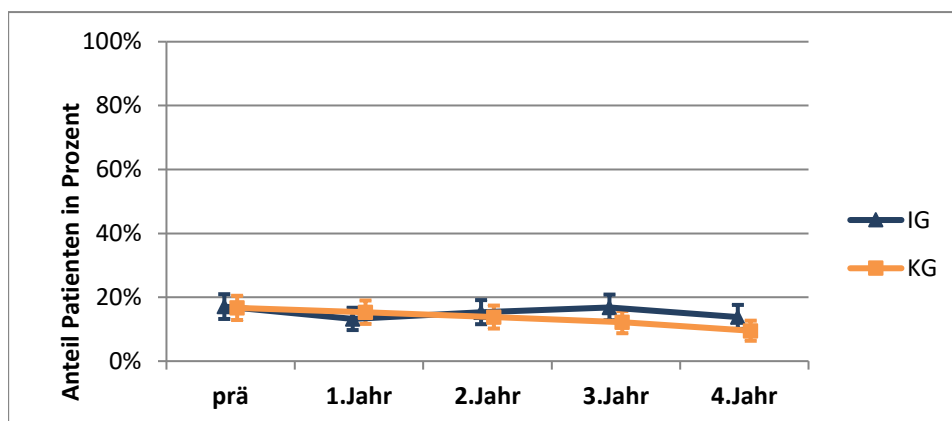
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

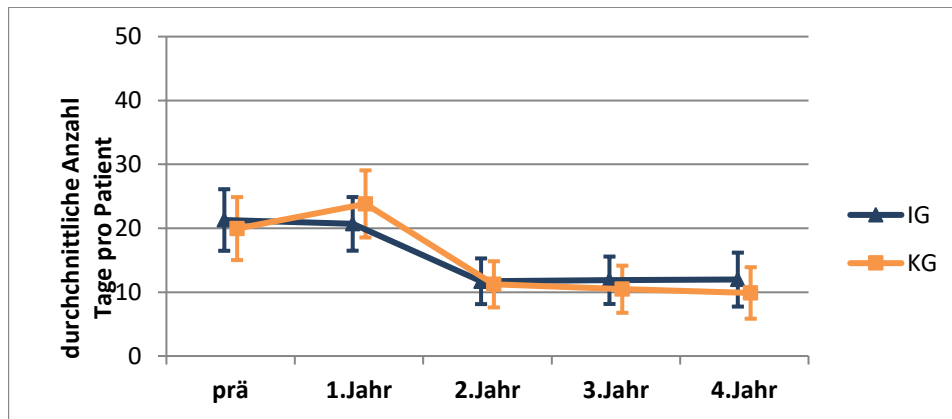


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

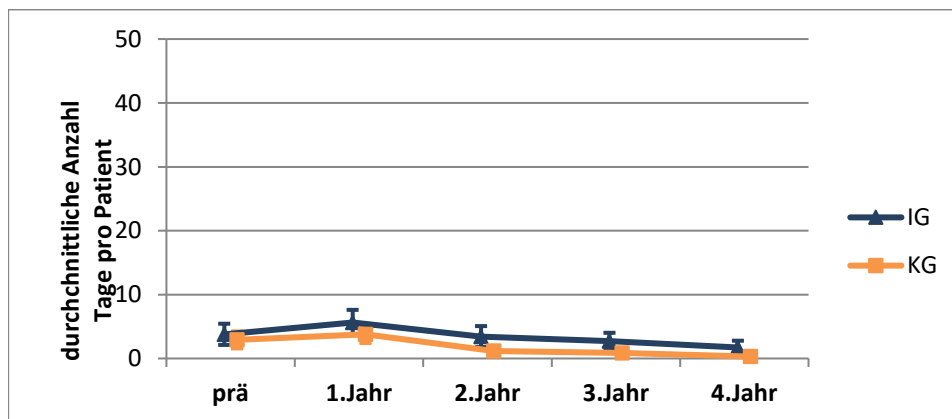


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

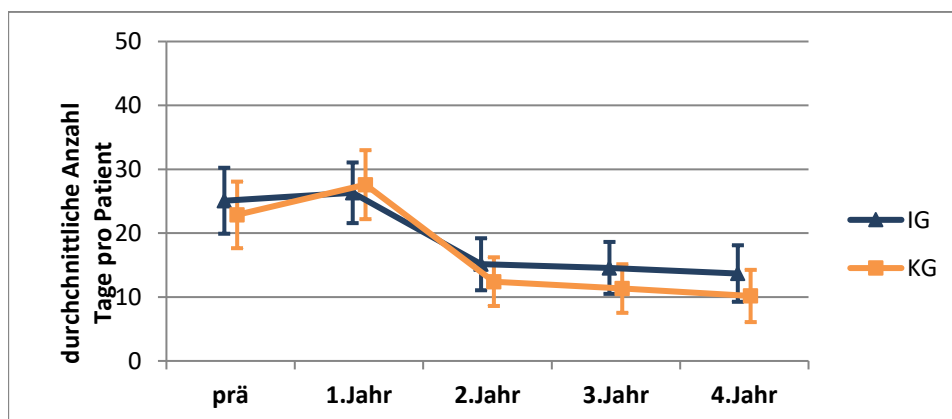
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



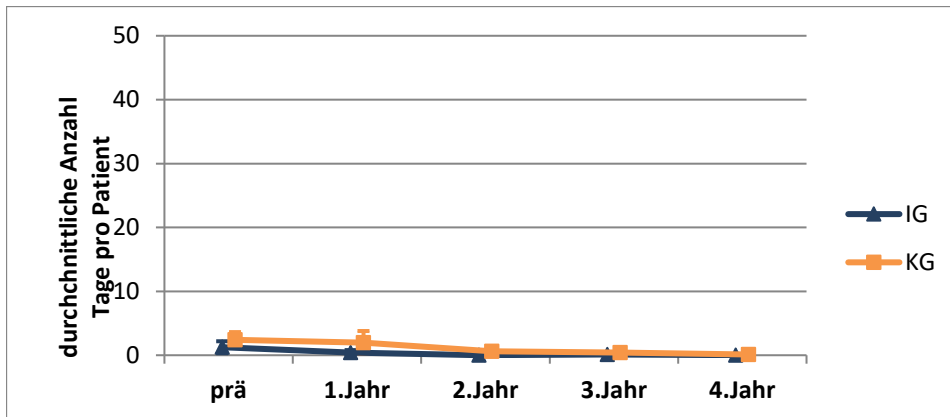
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

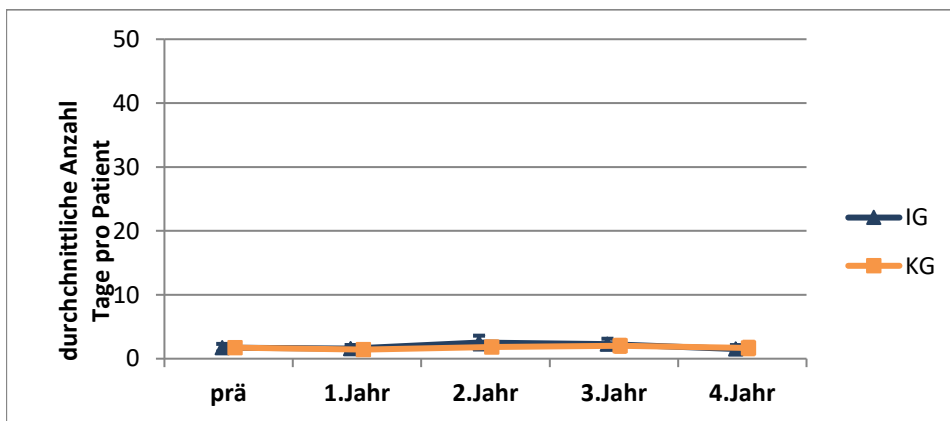


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,42 0,78...2,57	1,55 0,33...7,33	-1,66 -5,94...2,62	2,42* 0,08...4,77
DID Jahr 2	1,06 0,56...2,01	1,78 0,33...9,58	-1,92 -6,20...2,36	0,46 -1,89...2,81
DID Jahr 3	0,80 0,41...1,57	2,27 0,37...14,08	-3,13 -7,40...1,15	0,46 -1,89...2,81
DID Jahr 4	0,77 0,37...1,58	3,39 0,36...31,67	-2,17 -6,45...2,11	0,27 -2,08...2,62
DID Jahr 1-4	—	—	-2,22 -5,82...1,38	0,90 -1,01...2,82

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,98 0,61...1,59	1,13 0,55...2,30	-4,47 -12,32...3,38	0,98 -1,54...3,49
DID Jahr 2	1,07 0,64...1,81	1,96 0,82...4,68	-0,70 -8,56...7,15	1,31 -1,20...3,83
DID Jahr 3	0,94 0,55...1,59	1,84 0,74...4,59	-0,13 -7,99...7,72	0,80 -1,72...3,31
DID Jahr 4	0,92 0,53...1,59	5,80* 1,49...22,53	0,45 -7,40...8,30	0,40 -2,12...2,91
DID Jahr 1-4	—	—	-1,21 -7,46...5,04	0,87 -1,13...2,87

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)	1.642	1.642	1.642	1.642
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	7,9 %	67,1 %	8,8 %	66,1 %
	0,6 %	21,0 %	0,5 %	14,6 %
	8,1 %	75,1 %	9,1 %	72,6 %
	1,2 %	2,5 %	1,0 %	3,2 %
	15,8 %	13,5 %	11,4 %	11,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,1	19,8	2,1	24,8
	0,2	10,0	0,1	6,4
	2,3	29,8	2,2	31,3
	0,2	0,8	0,1	1,1
	1,5	1,6	1,3	1,5

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

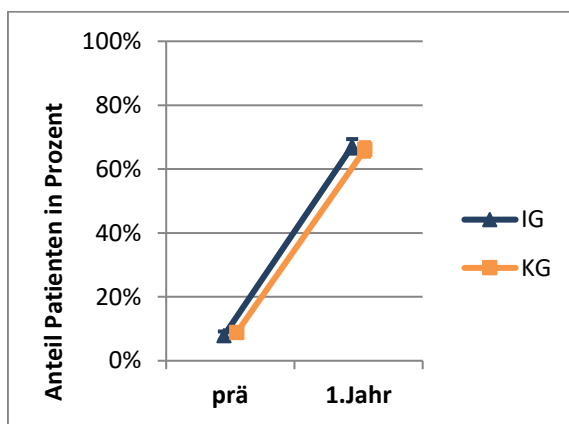
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

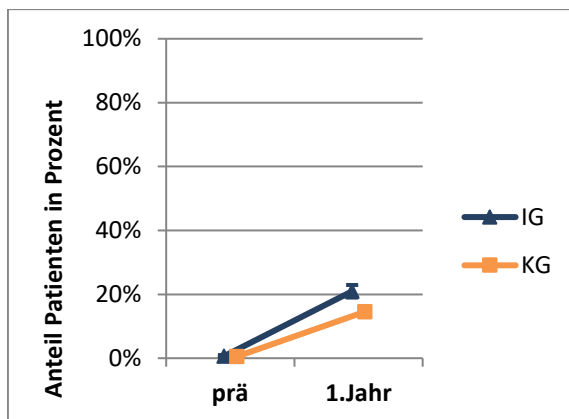
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

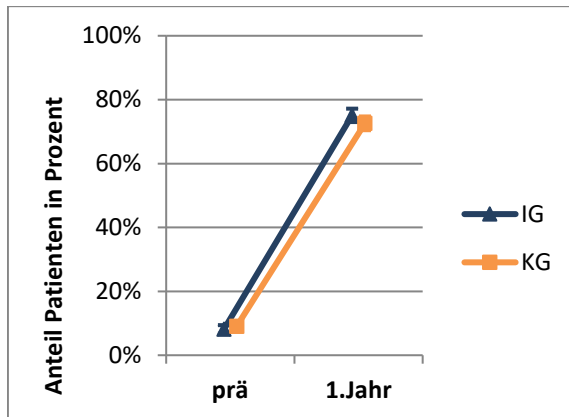
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



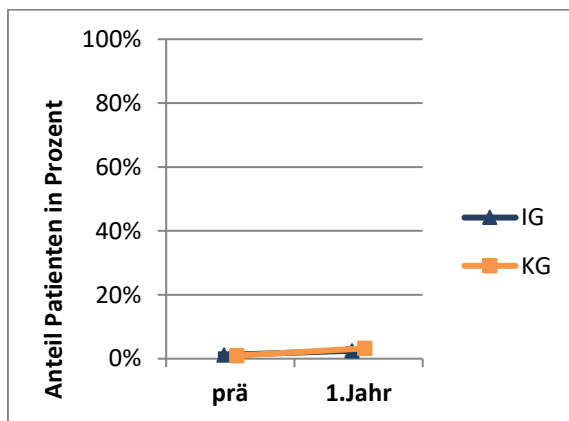
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



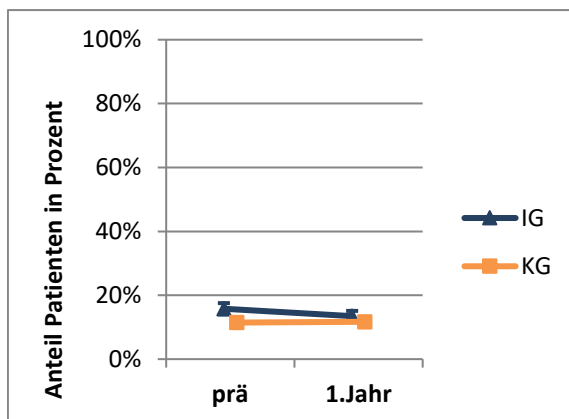
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

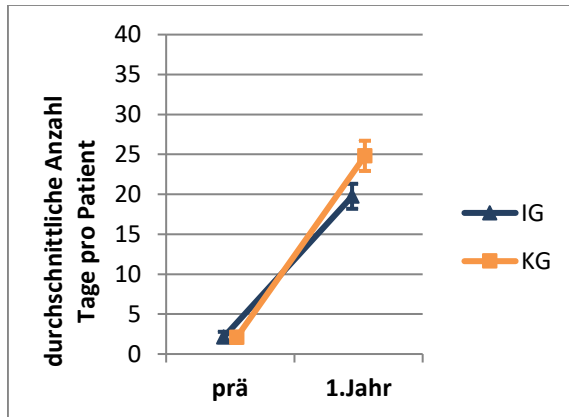


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

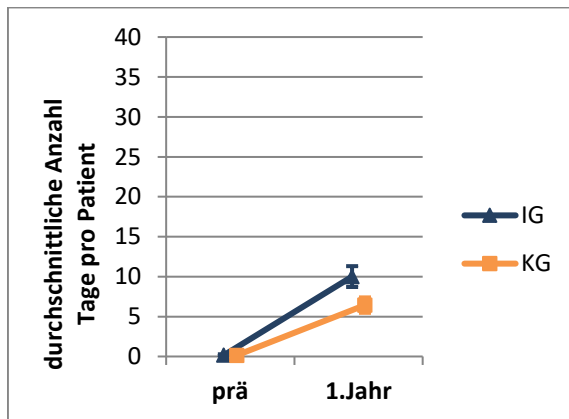


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

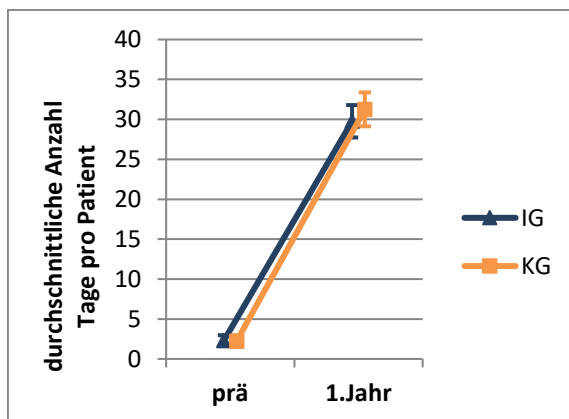
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



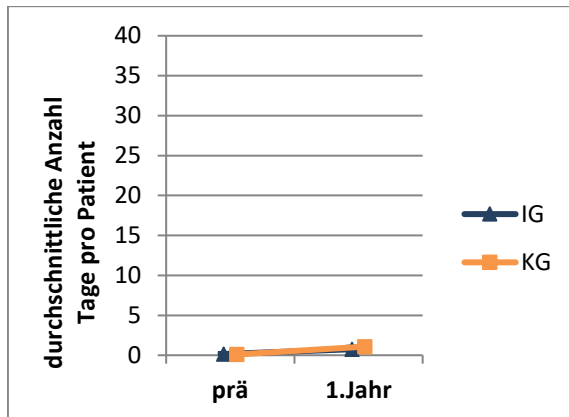
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



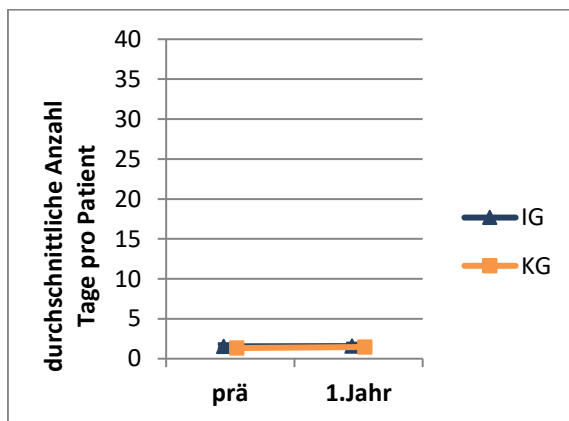
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,8 %	68,1 %	13,2 %	9,6 %	68,1 %	12,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	20,2 %	3,2 %	0,5 %	15,7 %	2,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,1 %	75,2 %	14,1 %	9,8 %	74,5 %	13,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,2 %	2,4 %	1,1 %	1,2 %	3,0 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,9 %	13,7 %	9,2 %	12,0 %	12,5 %	8,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,2	20,7	5,0	2,4	25,5	4,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	10,0	1,2	0,1	6,8	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,4	30,7	6,2	2,5	32,3	5,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,7	0,3	0,1	1,0	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	1,5	1,0	1,4	1,5	1,0

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

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

berücksichtigt.

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

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

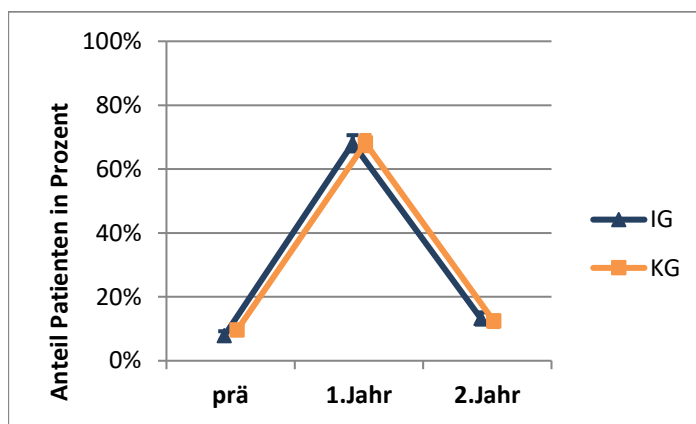
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

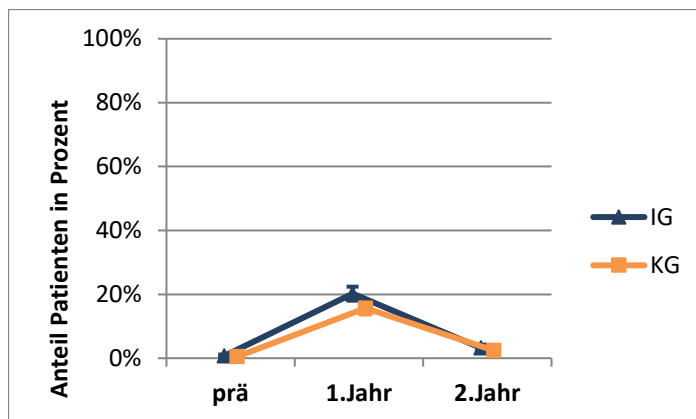
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

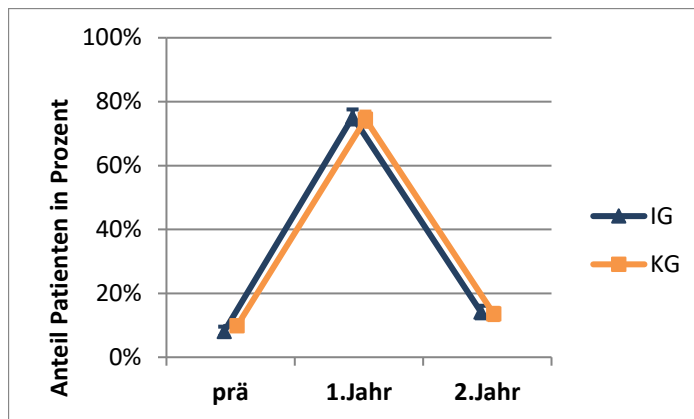
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



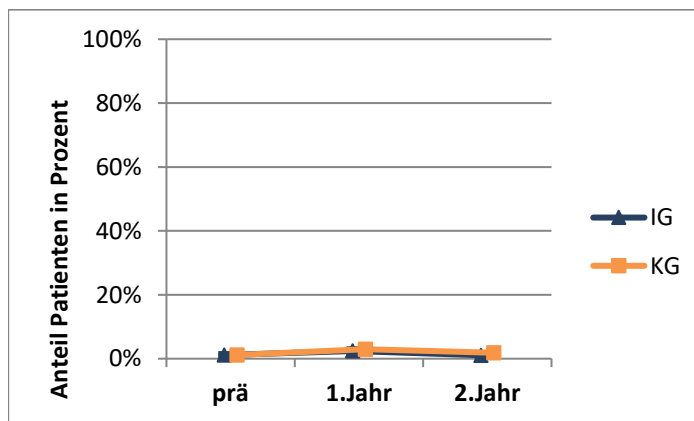
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



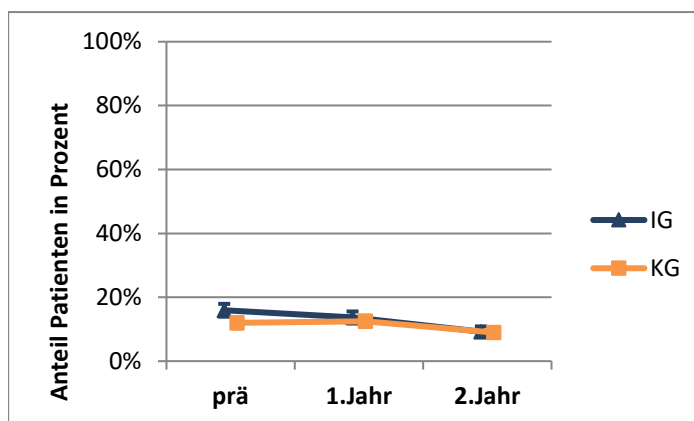
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

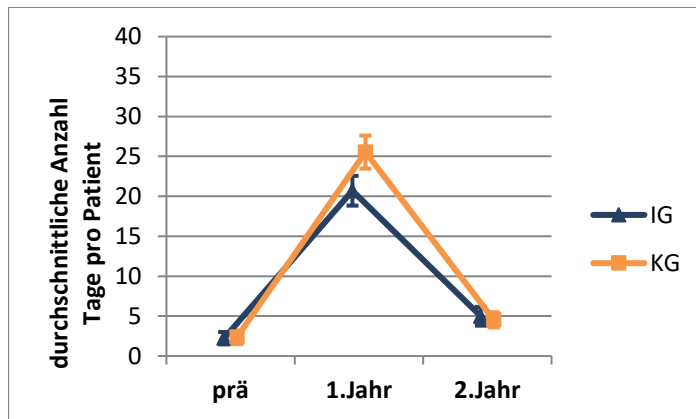


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

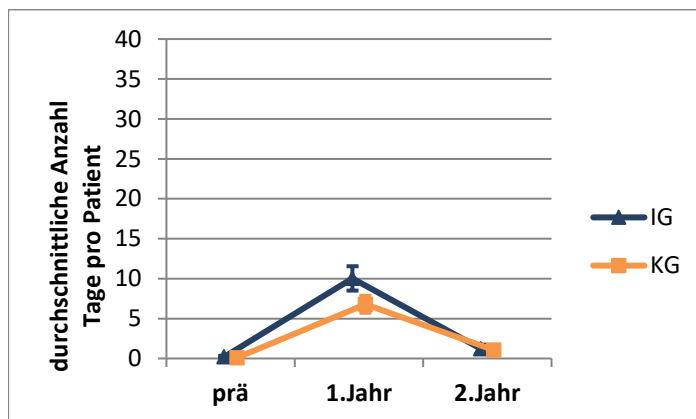


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

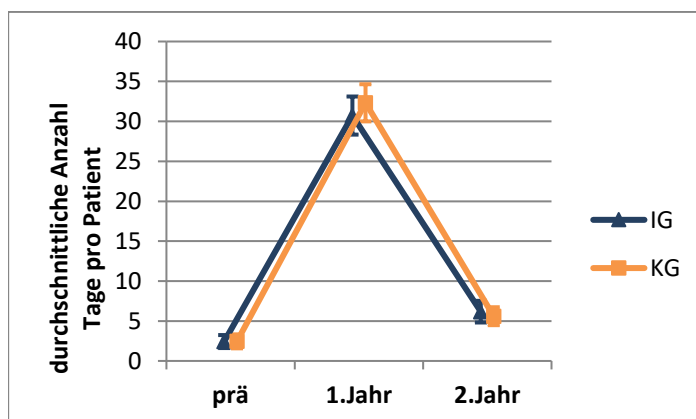
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



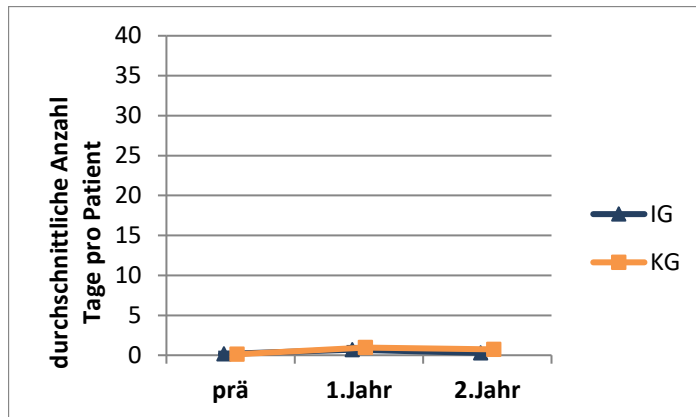
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

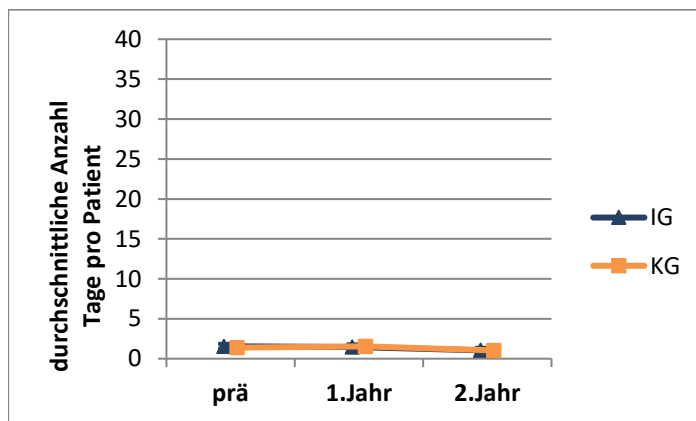


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,40 0,98...2,00	0,92 0,32...2,65	-4,71*** -7,34...-2,09	3,15*** 1,55...4,74
DID Jahr 2	1,37 0,93...2,00	0,87 0,28...2,74	0,47 -2,16...3,09	0,00 -1,60...1,60

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)	853	853	798	771	848	848	804	783
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,9 %	67,8 %	13,3 %	9,6 %	9,9 %	66,0 %	13,1 %	9,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	20,5 %	3,6 %	2,2 %	0,7 %	16,4 %	2,2 %	1,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,2 %	75,1 %	14,3 %	10,5 %	10,3 %	73,3 %	13,9 %	10,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,1 %	2,0 %	1,0 %	0,8 %	0,6 %	3,1 %	1,9 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,7 %	14,7 %	9,3 %	8,4 %	11,8 %	12,7 %	8,6 %	7,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,4	21,6	5,0	3,8	2,1	24,5	4,5	4,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	10,1	1,5	0,7	0,1	7,2	0,8	0,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,6	31,7	6,5	4,5	2,3	31,7	5,4	5,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1	1,0	0,5	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,5	1,1	1,2	1,5	1,6	1,1	1,0

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)	410	410	397	378	414	414	395	381
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	37,1 %	47,3 %	25,4 %	22,0 %	32,4 %	42,3 %	21,0 %	21,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	7,3 %	14,9 %	8,3 %	6,1 %	6,8 %	11,8 %	4,3 %	3,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	39,8 %	53,4 %	28,0 %	24,3 %	34,3 %	46,6 %	22,0 %	22,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	6,3 %	2,0 %	1,0 %	1,1 %	9,4 %	2,7 %	2,3 %	2,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,9 %	13,7 %	15,4 %	15,3 %	17,4 %	15,0 %	13,7 %	12,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	19,5	21,2	11,5	11,3	18,8	25,7	11,6	10,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	3,5	6,6	3,5	2,6	2,6	4,1	1,3	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	23,0	27,8	14,9	13,9	21,4	29,9	12,9	11,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,2	0,5	0,1	0,1	2,9	1,9	0,6	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,5	2,3	2,1	1,8	1,5	1,7	1,9

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

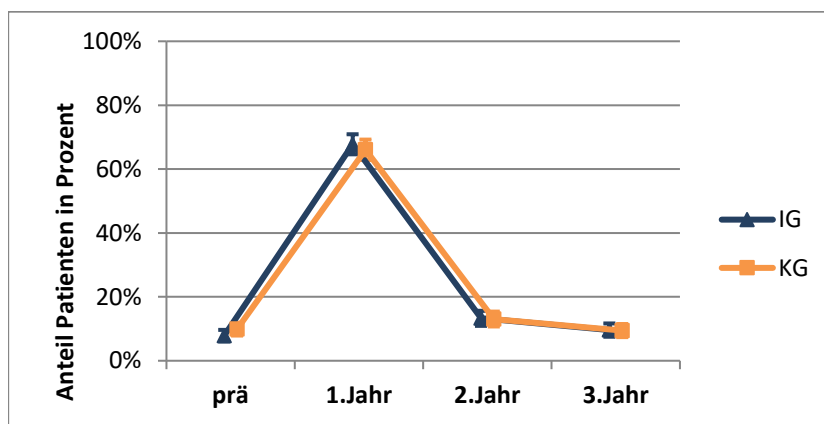
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

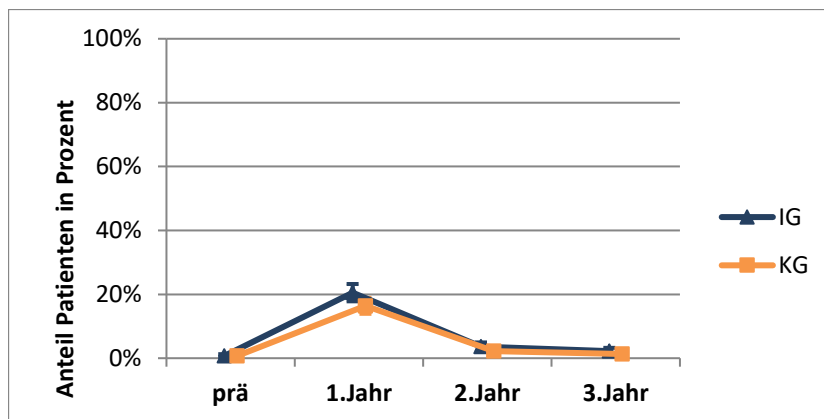
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

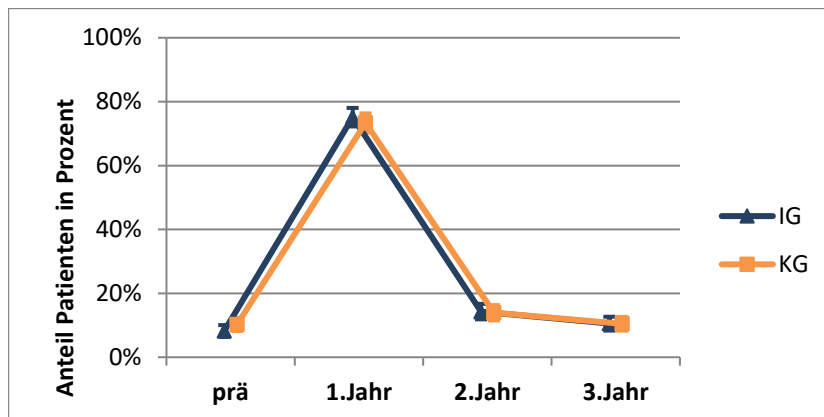
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



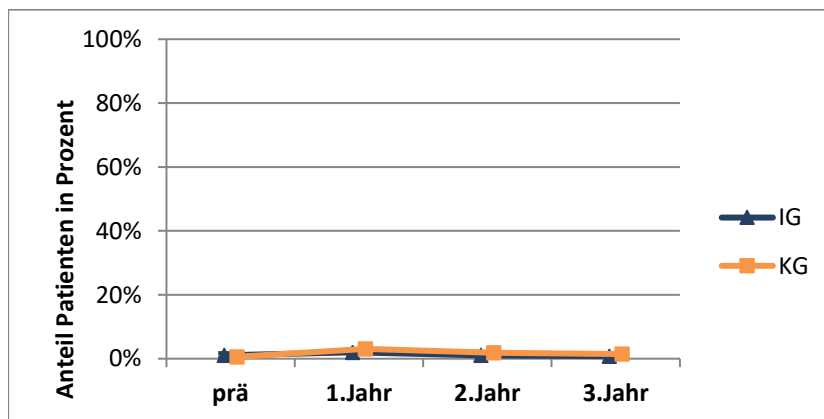
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



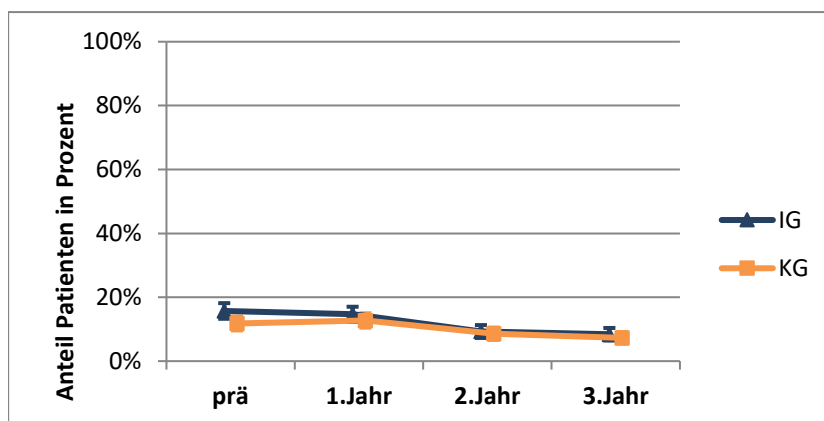
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

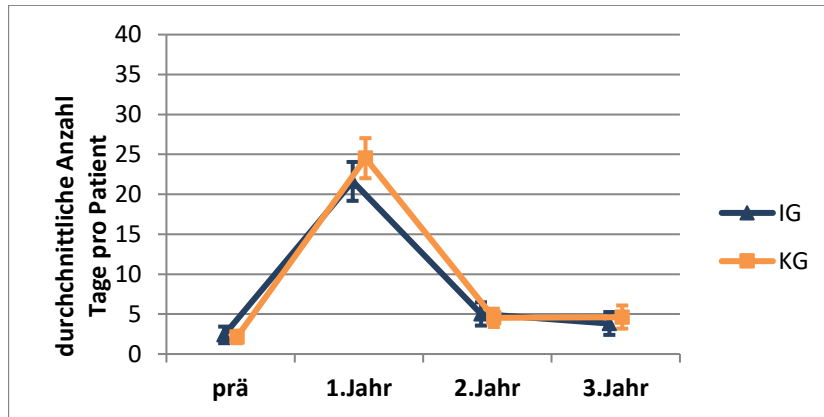


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

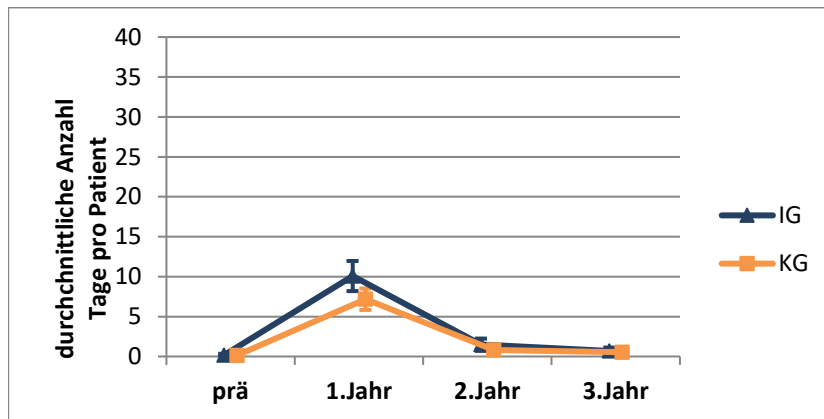


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

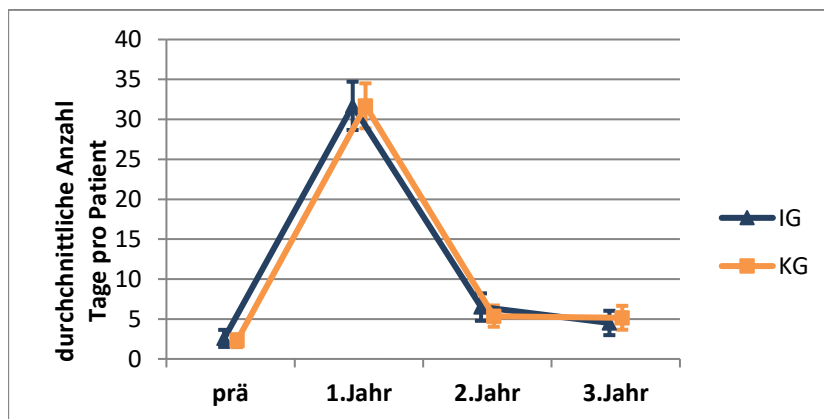
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



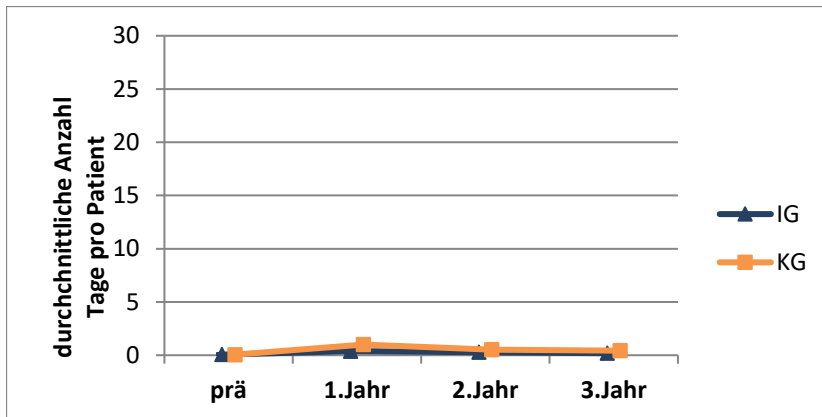
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



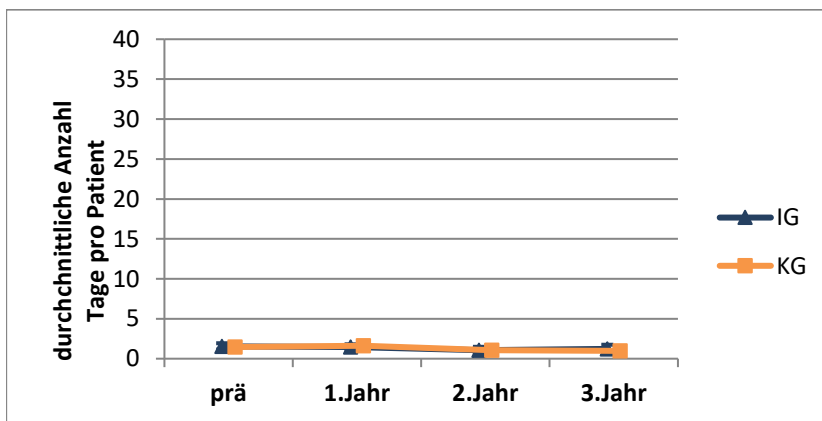
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



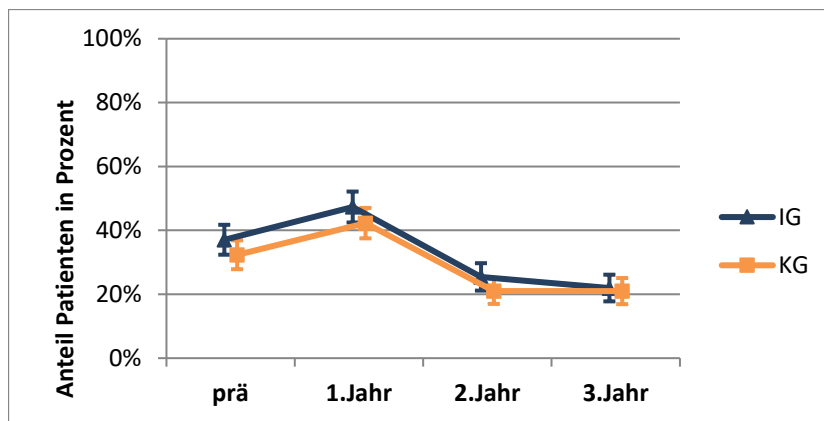
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

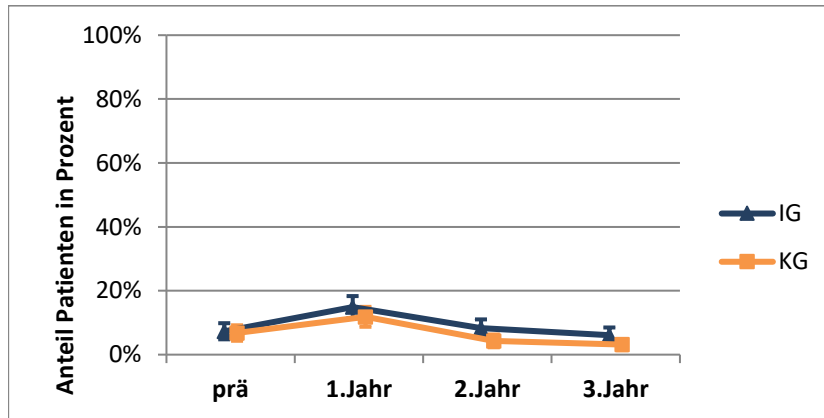
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

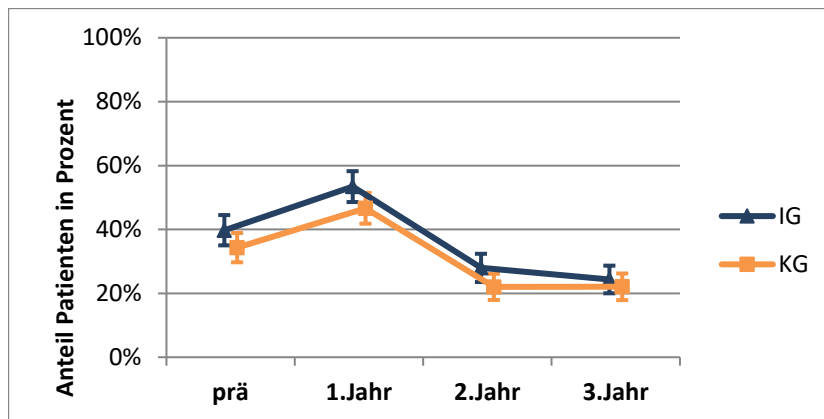
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



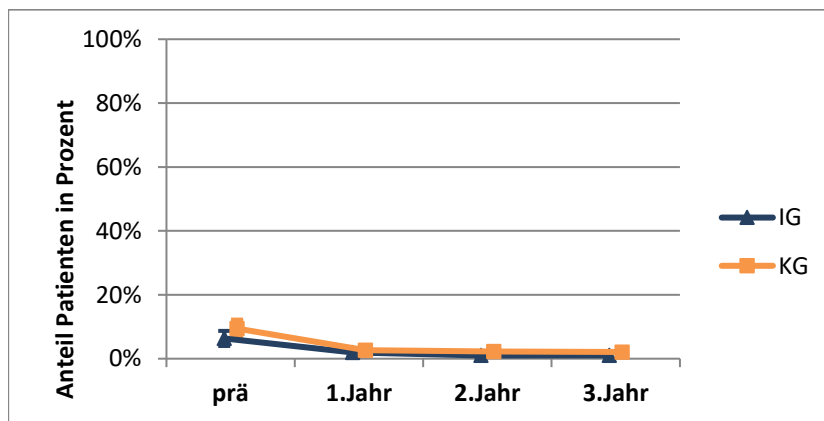
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



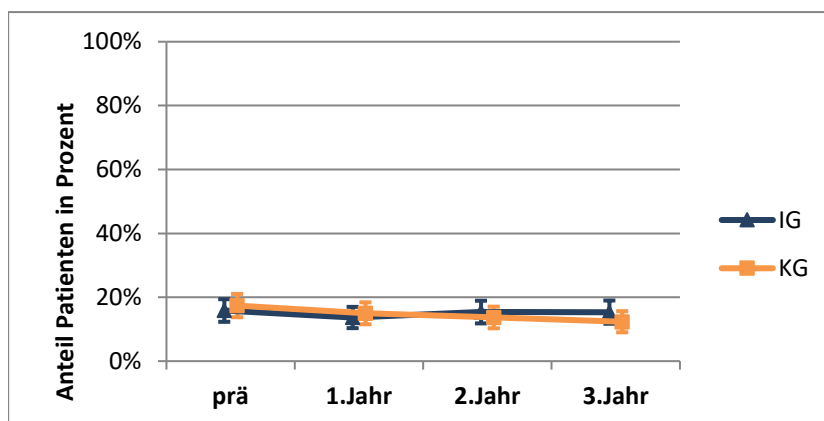
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

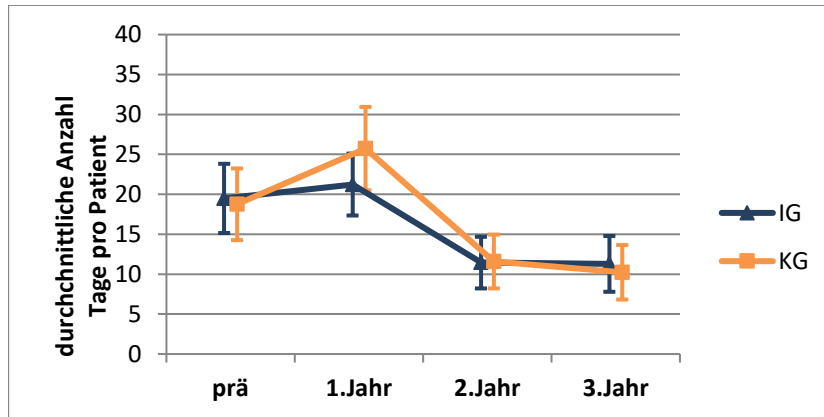


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

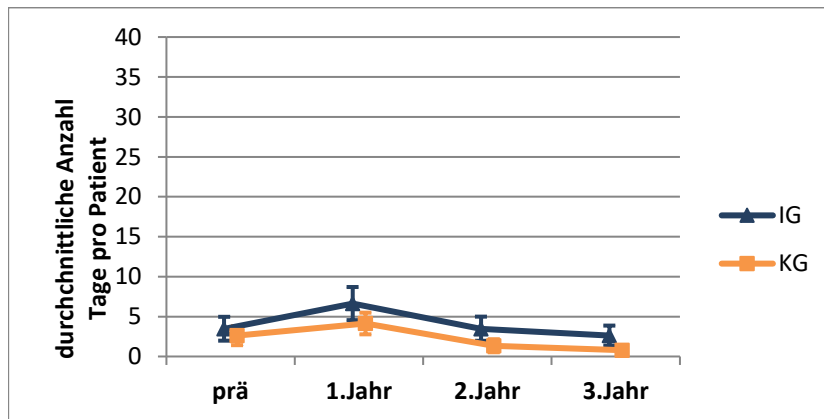


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

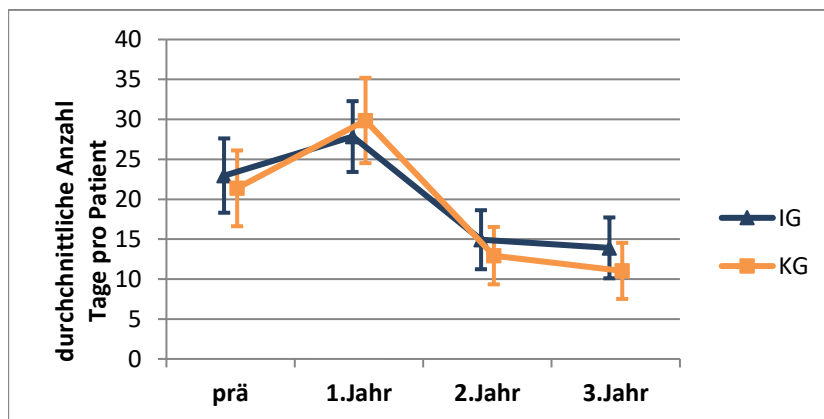
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



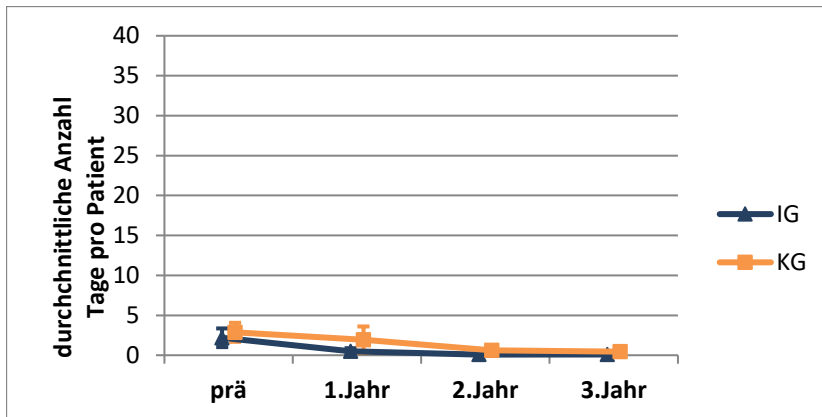
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



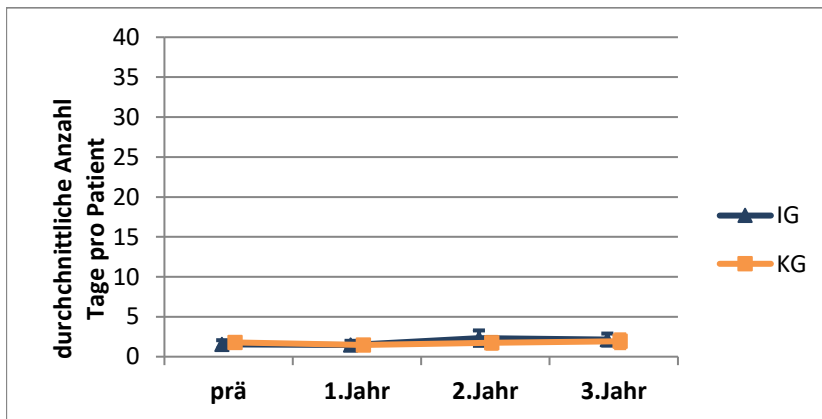
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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 linikneuen Patienten ein größerer Anstieg der durchschnittlichen Anzahl an **PIA**-Kontakten in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +2,2 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten war die PIA-Inanspruchnahme bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG um fünf Kontakte größer als in der KG. Dieser Unterschied blieb zum ersten Jahr nach Referenzfall bestehen und verringerte sich im weiteren Verlauf etwas, blieb aber in der IG stets über den Werten der KG (prä: +5,1; 1. Jahr: +5,1; 2. Jahr: +3,9; 3. Jahr: +3,5; 4. Jahr: +3,5 Kontakte). Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG über die Zeit.

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG stets etwas geringer im Vergleich zur KG (prä: +0,0; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -1,2; 4. Jahr: -0,6 Kontakte). Die Unterschiede waren jedoch gering und statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein weitgehend vergleichbarer Verlauf auf einem vergleichbaren Niveau.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +4,3 Kontakte; KG: +2,7 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärker als in der KG an (IG: +1,4 Kontakte; KG: +1,2 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +1,6). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG, blieb jedoch in der IG etwas größer.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an, sank danach wieder leicht. Dabei waren der Verlauf und das Niveau zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wider. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG 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 linikbekannteren Patienten war die PIA-Inanspruchnahme in der IG stets um drei bis fünf Kontakt größer als in der KG (prä: +4,5; 1. Jahr: +4,8; 2. Jahr: +3,8; 3. Jahr: +3,4 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war bereits im Jahr vor Referenzfall ersichtlich.

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer und linikbekannteren Patienten war, analog zu den anderen Untersuchungen, im Verlauf und Niveau zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

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)	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	410	410	383	368	359	410	410	386	377	366
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	402	408	377	358	350	402	407	379	370	361
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	5,1	2,5	2,0	1,4	0,1	2,9	1,7	1,4	0,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	3,0	2,3	1,6	1,4	2,1	3,4	2,6	2,7	2,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,9	12,1	10,2	10,1	10,3	10,1	11,5	10,3	10,1	10,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,1	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)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,8	1,1	1,4	1,6	1,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	1,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	12,3	11,2	9,7	9,2	10,4	10,2	8,0	8,6	11,0	10,9
---	------	------	-----	-----	------	------	-----	-----	------	------

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	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	359	355	342	324	306	365	366	348	333	327
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	10,8	12,8	9,6	8,4	8,3	5,6	7,6	5,7	4,9	4,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	1,7	1,8	1,5	1,4	1,8	1,9	1,9	1,7	1,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,2	12,6	11,8	12,0	12,3	13,6	14,5	14,4	13,7	13,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	0,1	0,5	0,5	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	10,3	11,1	17,2	21,6	31,5	10,7	10,3	9,9	8,4	9,0

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

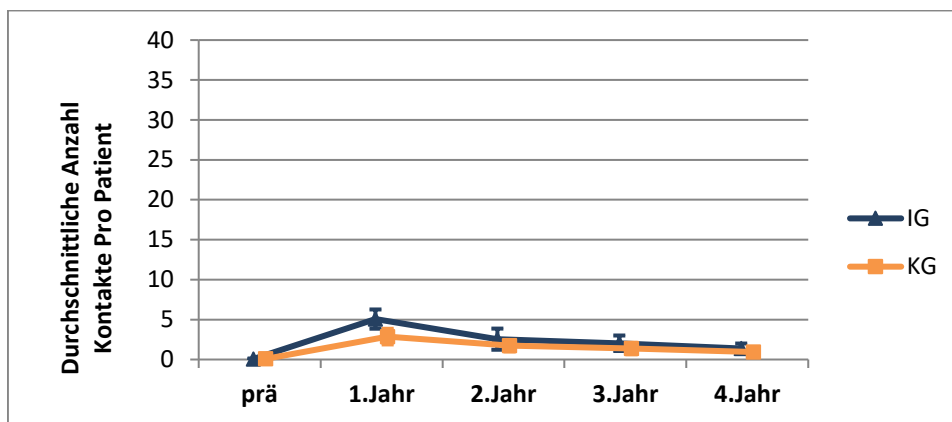
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

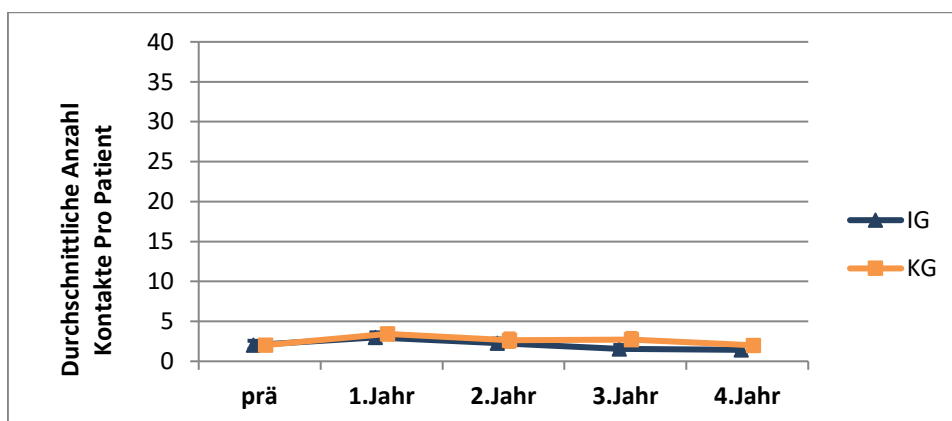
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

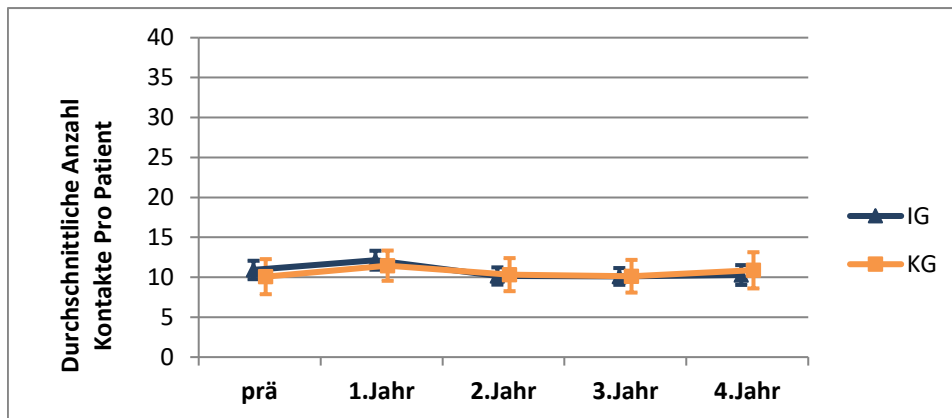
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

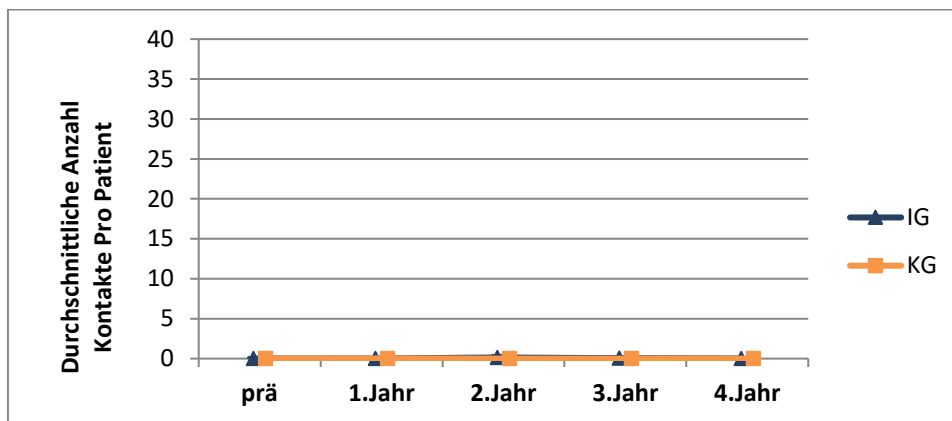


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

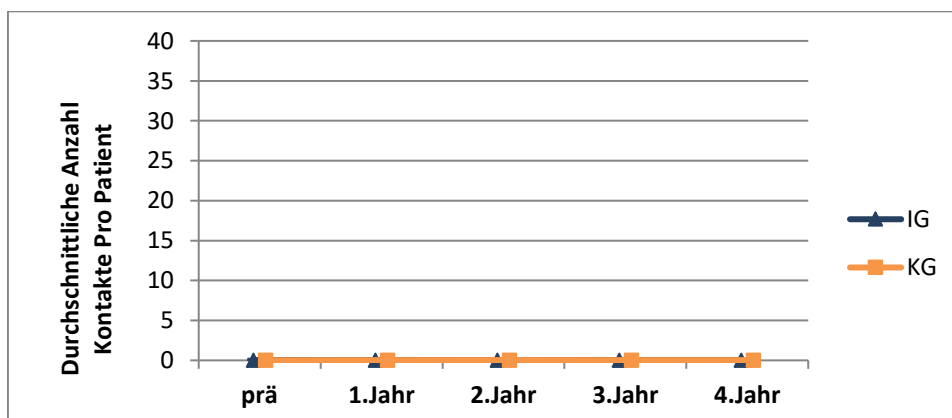


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

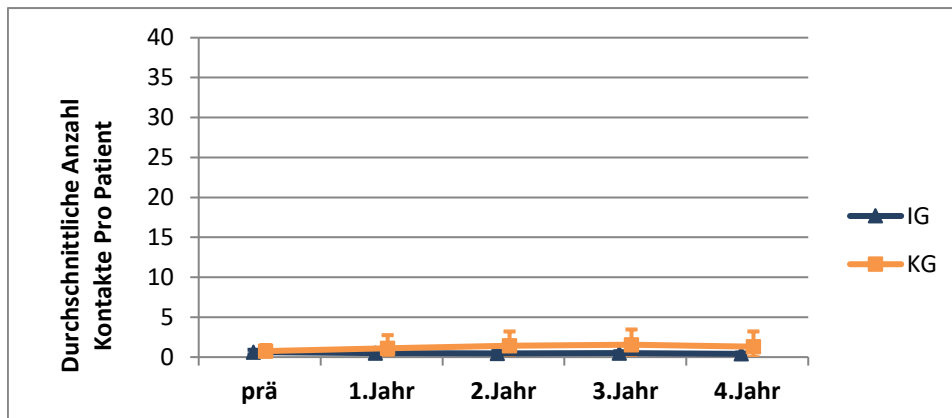
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

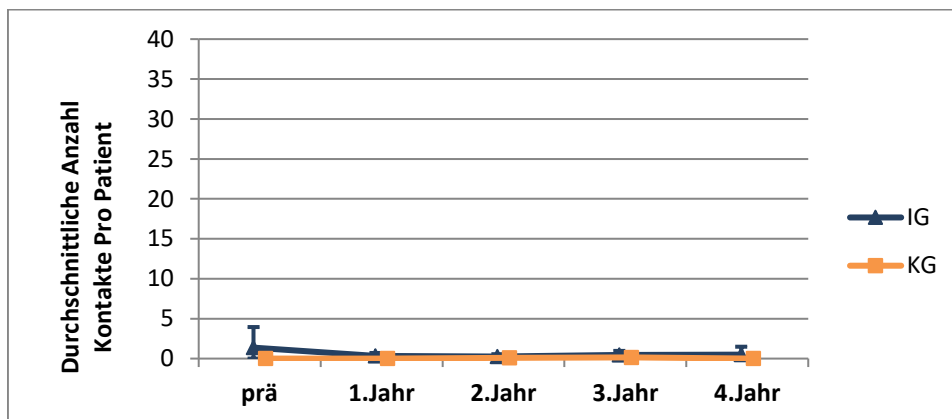


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

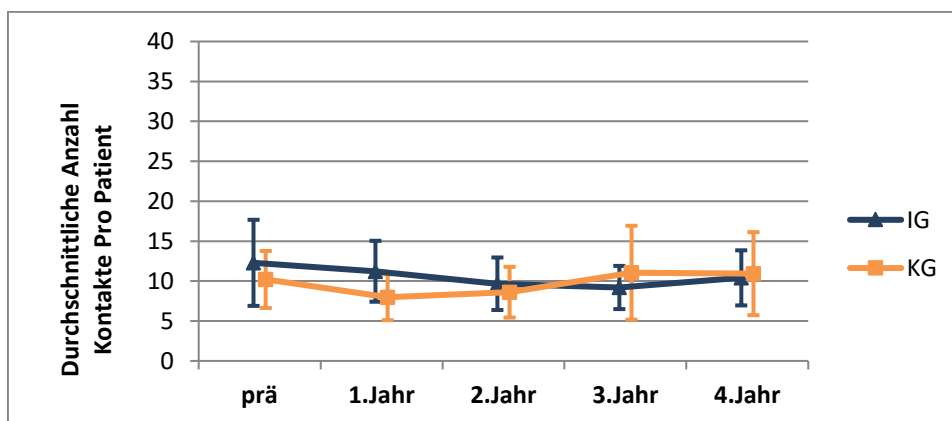


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



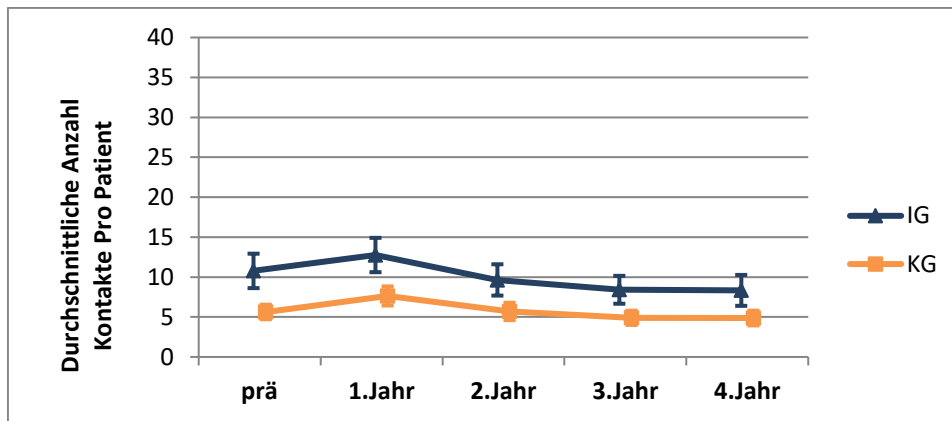
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

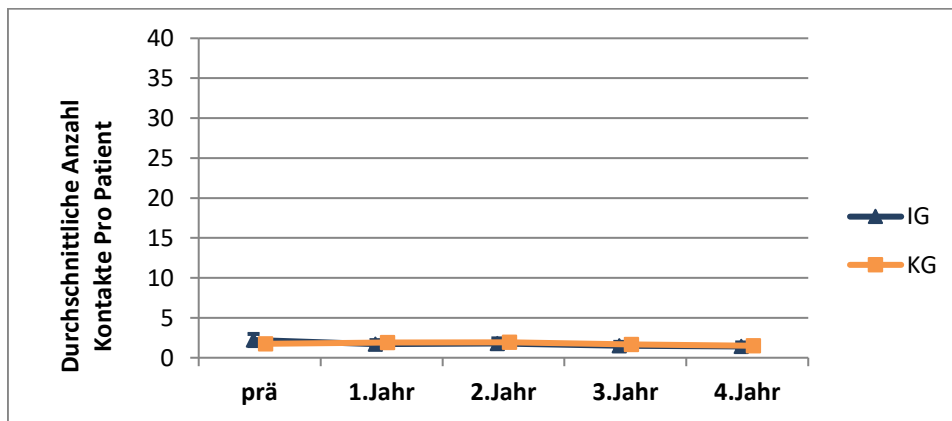
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

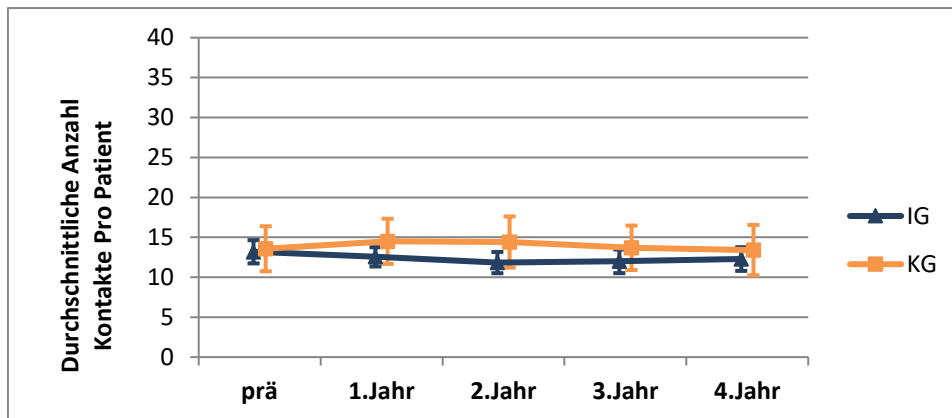
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

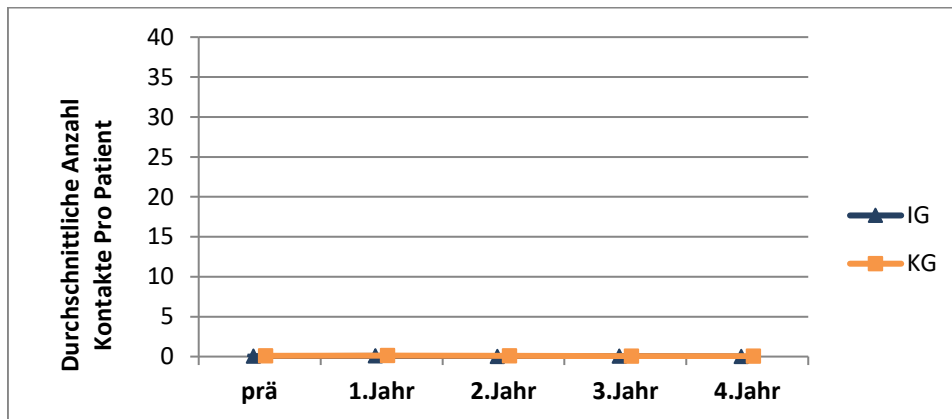


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

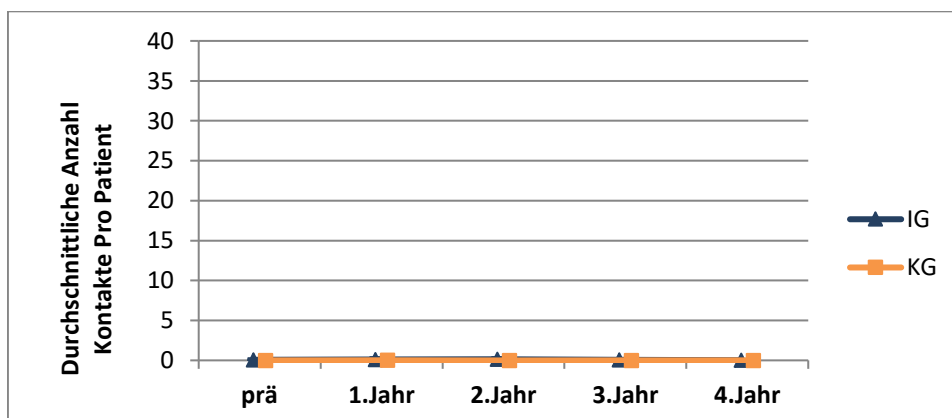


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

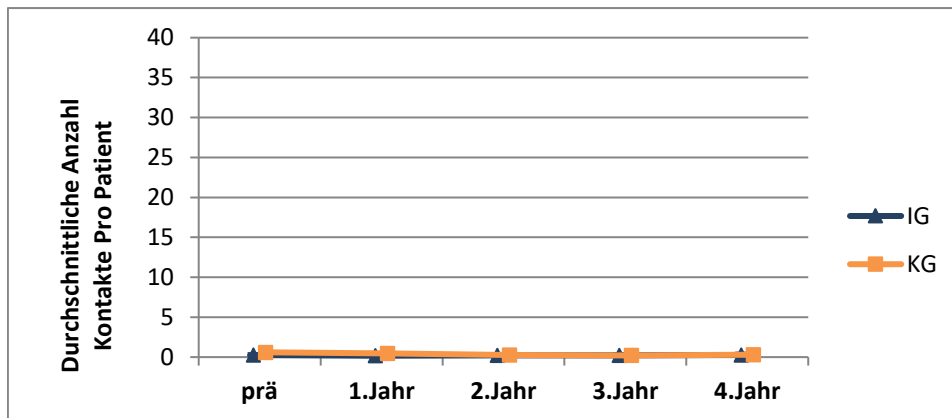
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

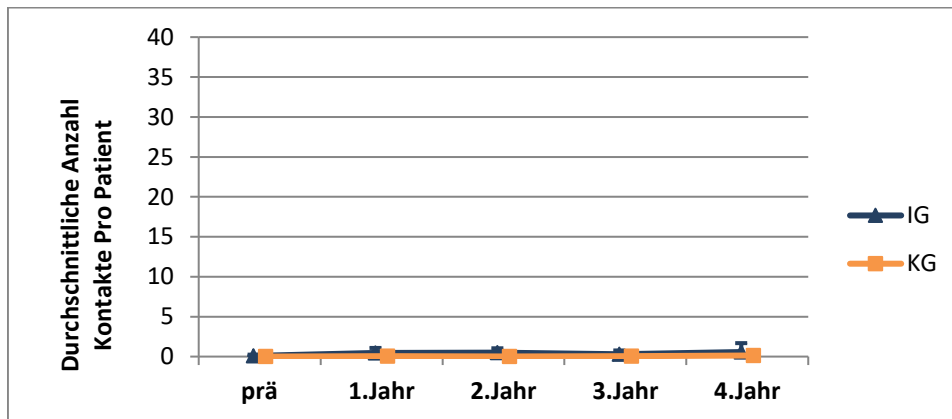


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

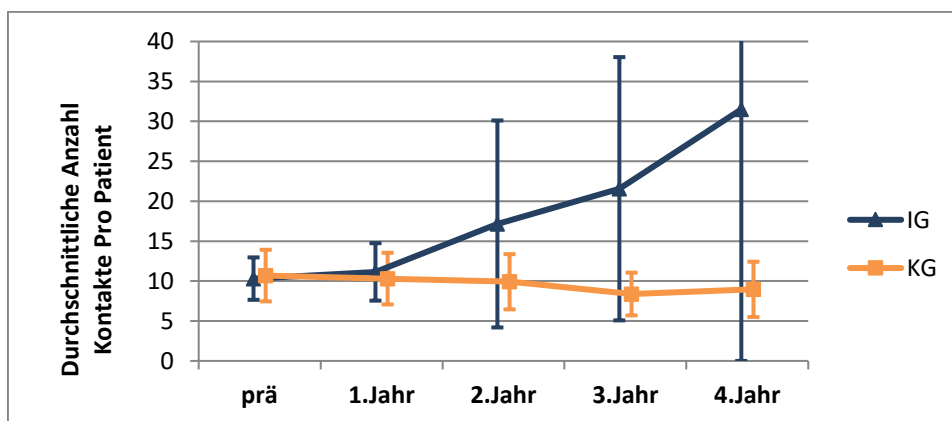


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	2,19** 0,66...3,72	-0,44 -1,57...0,69	-0,16 -3,31...3,00
DID Jahr 2	0,76 -0,78...2,29	-0,36 -1,49...0,78	-1,07 -4,23...2,08
DID Jahr 3	0,54 -0,99...2,08	-1,10 -2,23...0,04	-1,08 -4,24...2,07
DID Jahr 4	0,41 -1,12...1,94	-0,53 -1,67...0,60	-1,54 -4,69...1,62

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,02 -2,97...2,93	-0,70 -1,71...0,31	-1,57 -5,94...2,79
DID Jahr 2	-1,23 -4,18...1,72	-0,59 -1,60...0,43	-1,90 -6,26...2,47
DID Jahr 3	-1,96 -4,91...0,99	-0,64 -1,65...0,37	-1,27 -5,64...3,09
DID Jahr 4	-2,08 -5,03...0,87	-0,56 -1,57...0,45	-0,73 -5,09...3,64

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)	1.642	1.642	1.642	1.642
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.638	1.638	1.638	1.638
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.610	1.629	1.604	1.620
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,4	0,1	2,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	3,5	2,1	3,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,2	12,6	9,8	11,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,5	0,2	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	9,8	10,2	8,2	6,9

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

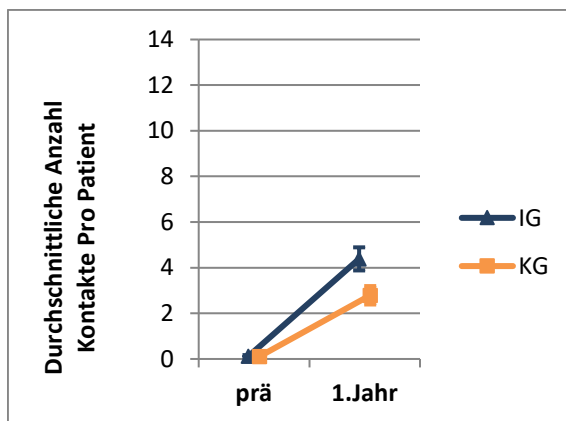
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

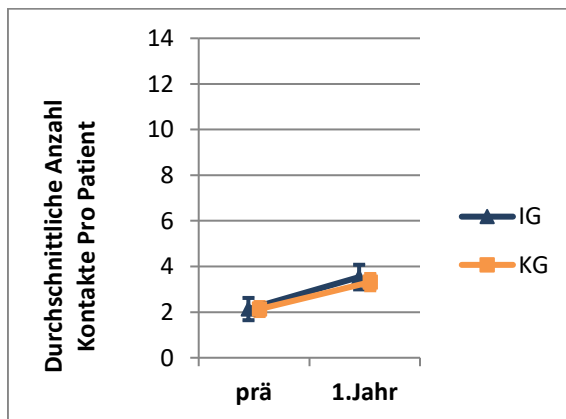
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

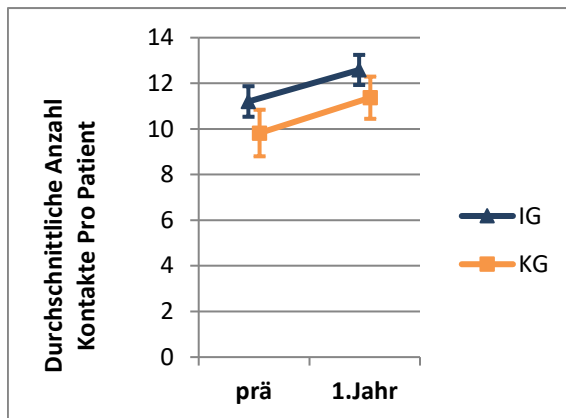
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

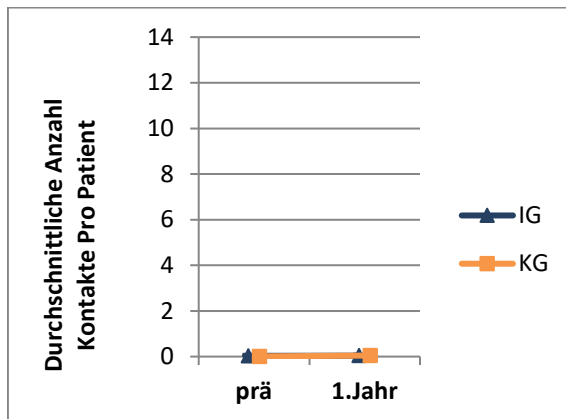


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

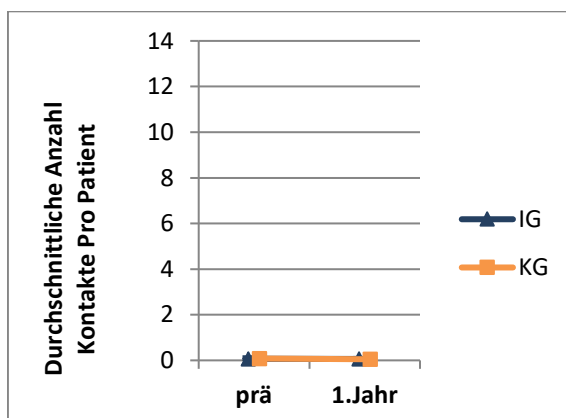


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

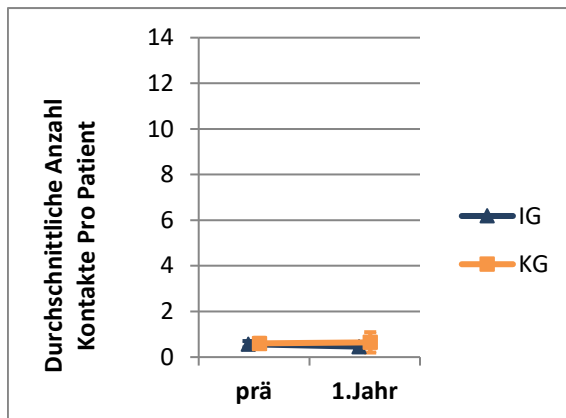
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

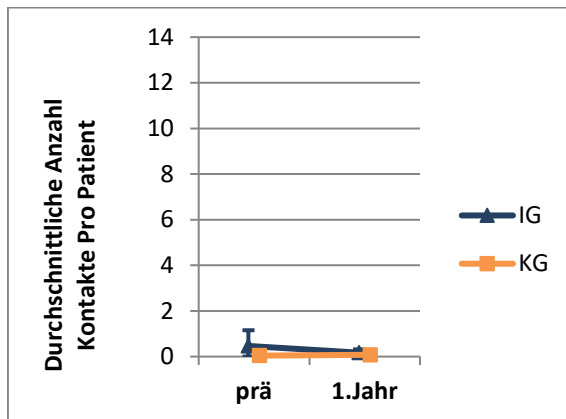


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

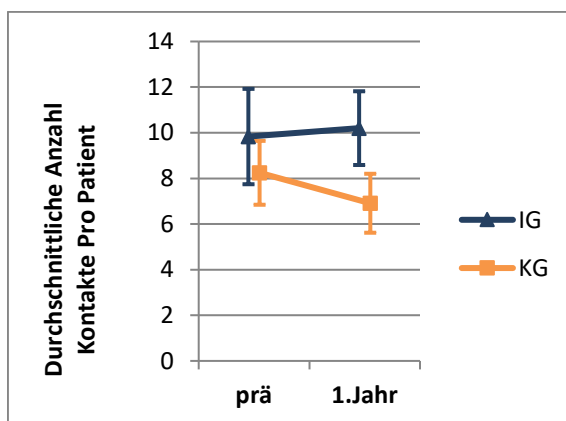


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.283	1.283	1.198	1.280	1.280	1.215
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.258	1.275	1.172	1.253	1.266	1.183
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,3	2,0	0,1	2,8	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	3,4	2,8	2,1	3,3	2,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,4	12,5	10,8	9,9	11,5	11,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	0,5	0,7	0,8	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	9,5	9,2	8,9	9,0	7,1	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 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

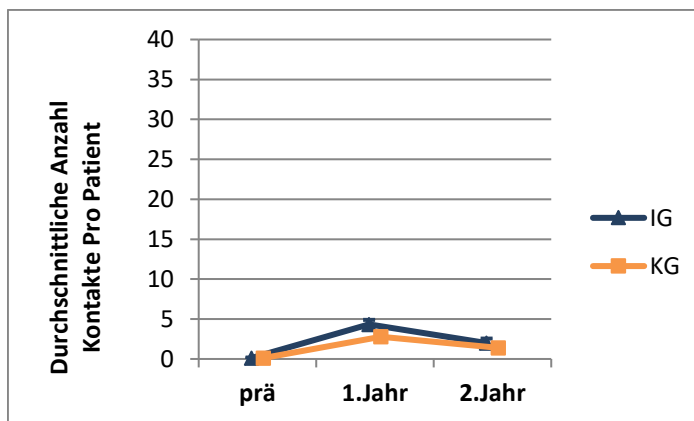
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

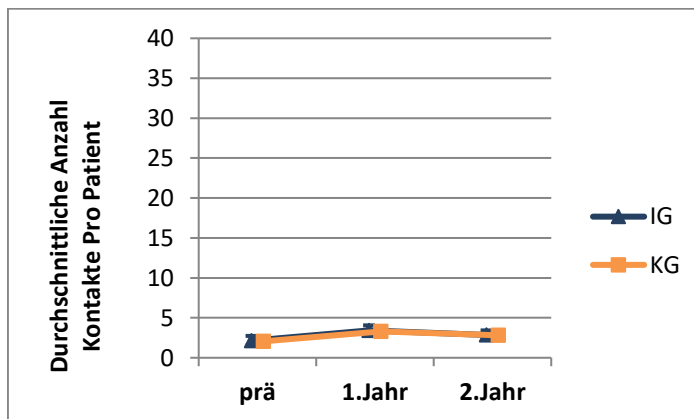
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

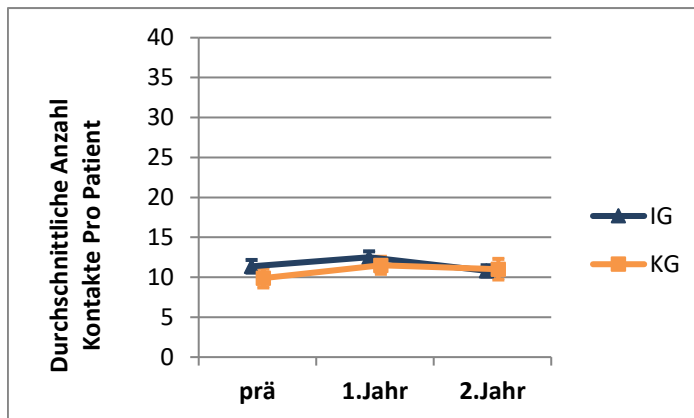
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

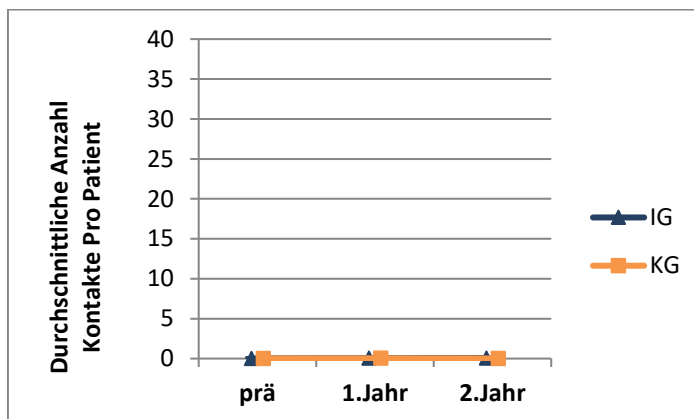


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

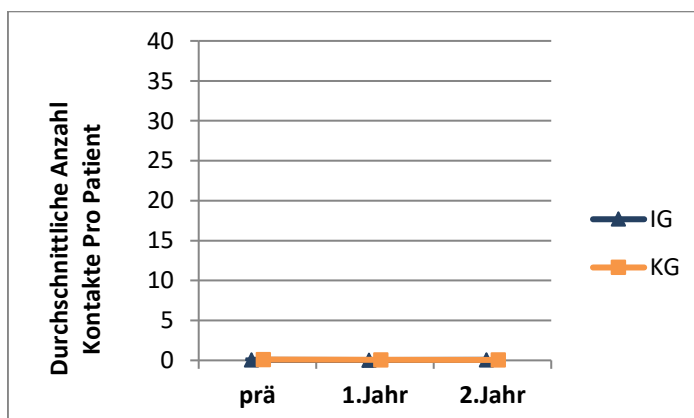


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

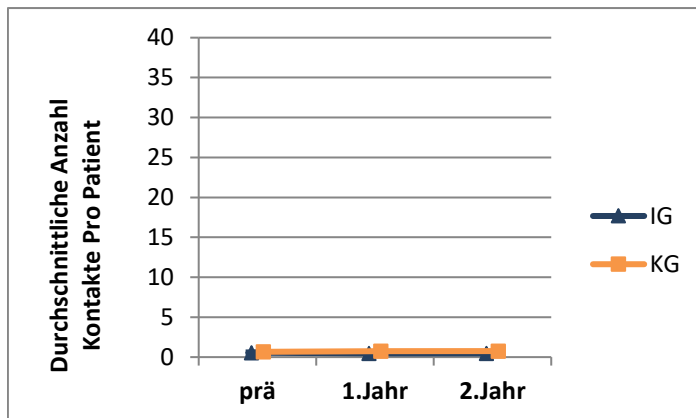
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

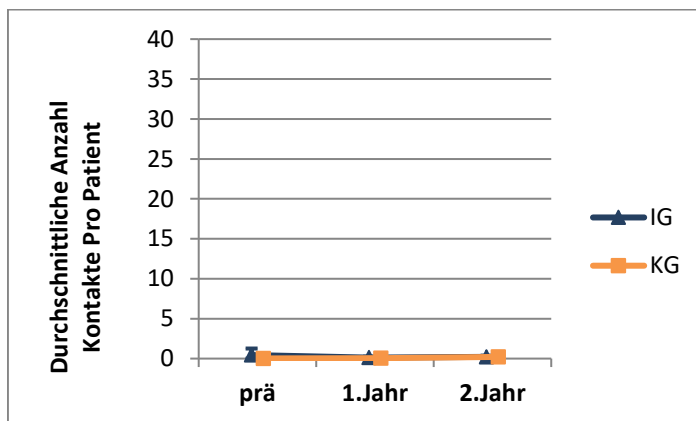


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

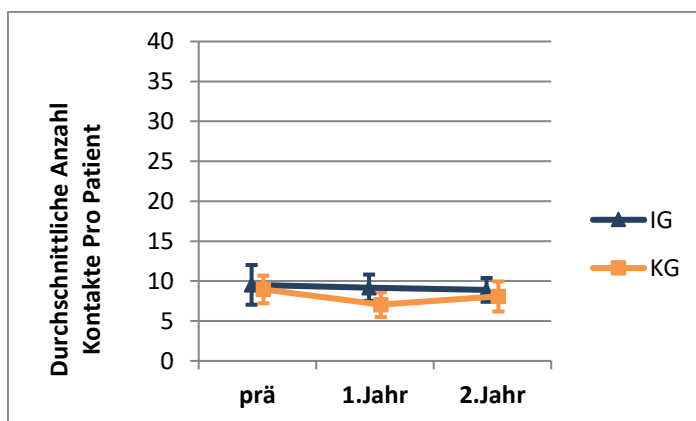


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,55*** 0,78...2,31	0,04 -0,93...1,01	-0,48 -2,32...1,37
DID Jahr 2	0,53 -0,24...1,30	-0,10 -1,07...0,87	-1,85 -3,69...0,00

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)	853	853	798	771	848	848	804	783
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	851	851	796	769	847	847	803	782
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	836	848	780	752	830	835	785	760
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,5	2,4	1,9	0,1	3,0	1,5	1,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,5	3,4	2,8	2,1	2,2	3,4	2,8	2,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,3	12,3	10,5	10,2	9,8	11,4	10,5	10,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	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)	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,4	0,3	0,5	0,7	0,8	0,9	0,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,7	0,2	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	410	410	397	378	414	414	395	381
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	410	410	397	378	414	414	395	381
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	405	401	387	366	407	406	386	369
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	9,7	12,0	9,2	8,1	5,2	7,2	5,4	4,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,4	2,0	1,9	1,6	1,8	1,9	1,9	1,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,4	12,8	12,0	11,8	13,7	14,4	14,4	13,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,3	0,2	0,3	0,2	1,2	0,8	0,3	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,1	0,4	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	10,2	10,8	16,0	19,9	9,9	9,5	9,0	7,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

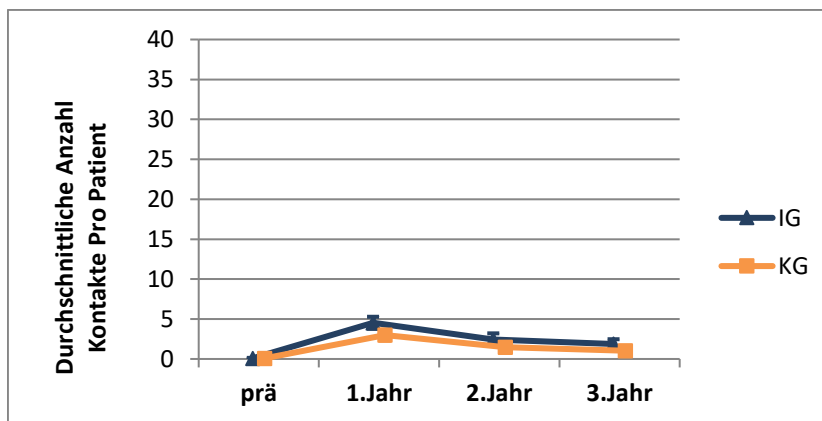
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

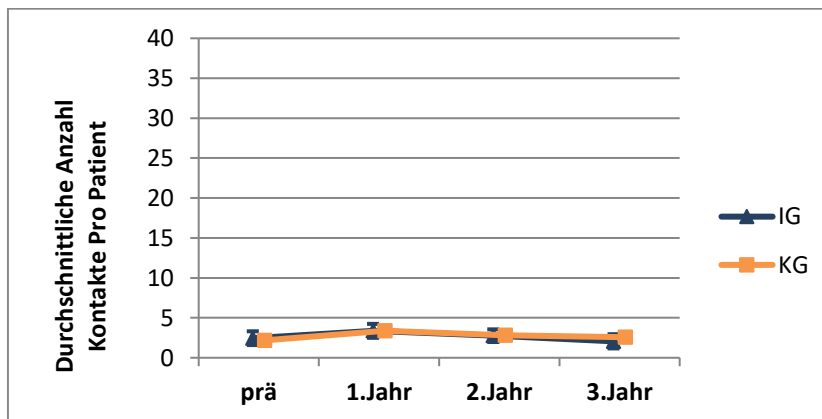
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

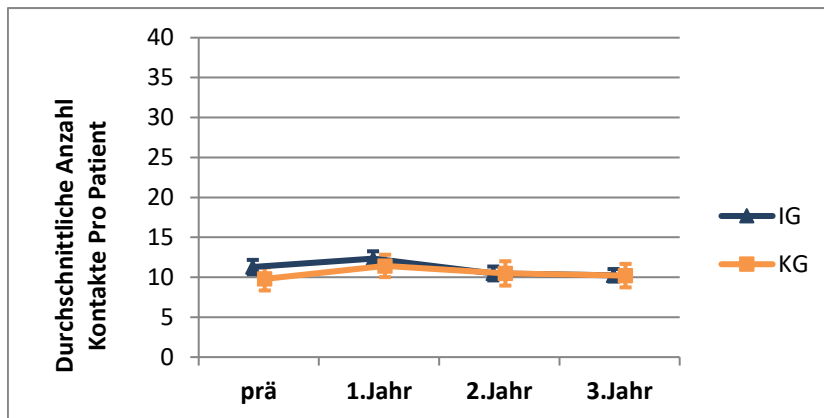
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

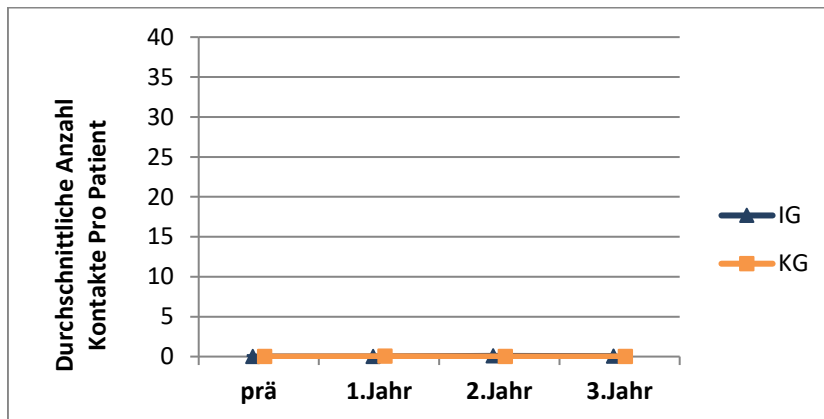


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

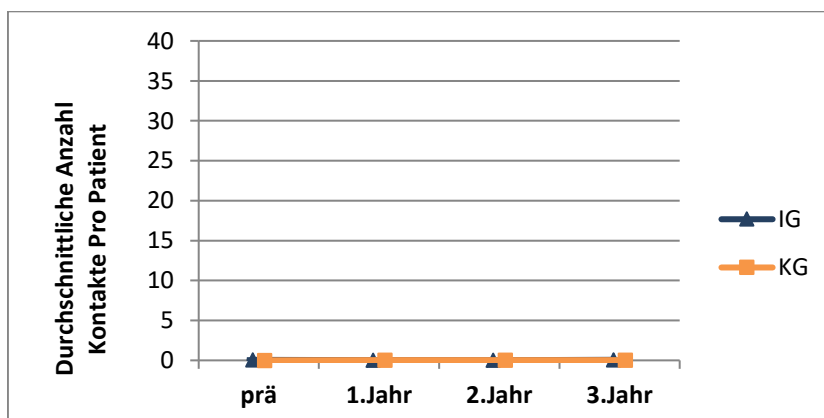


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

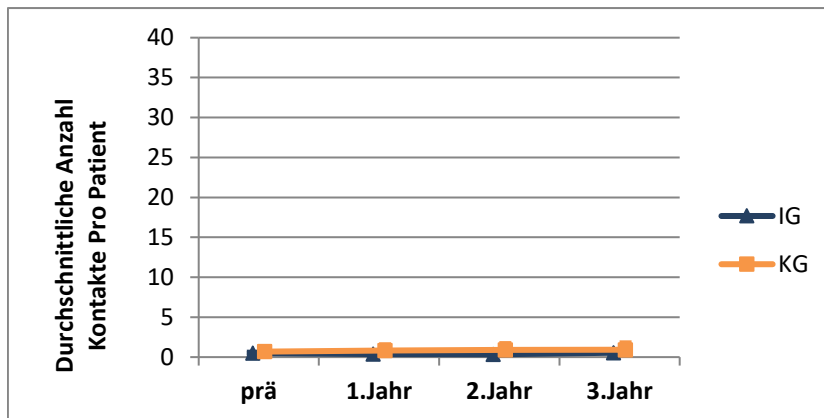
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

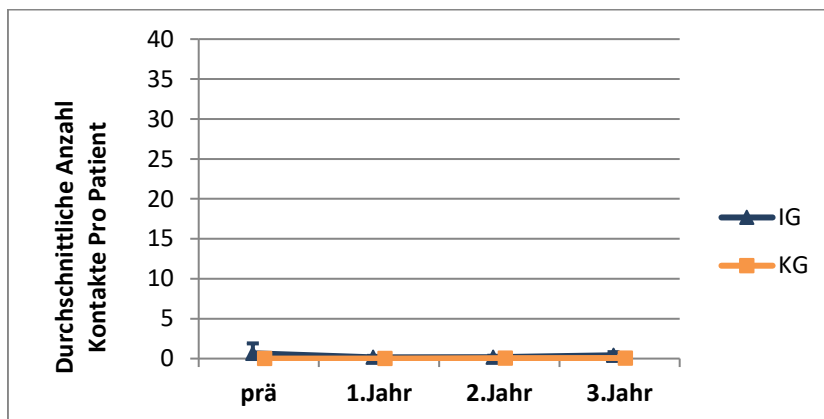


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

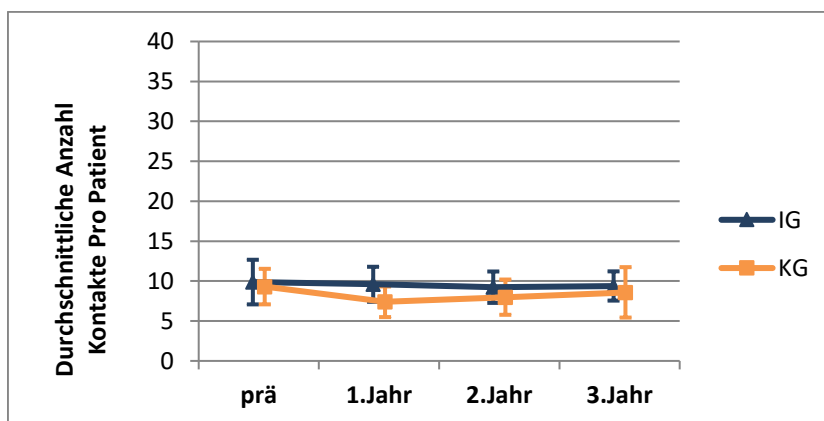


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



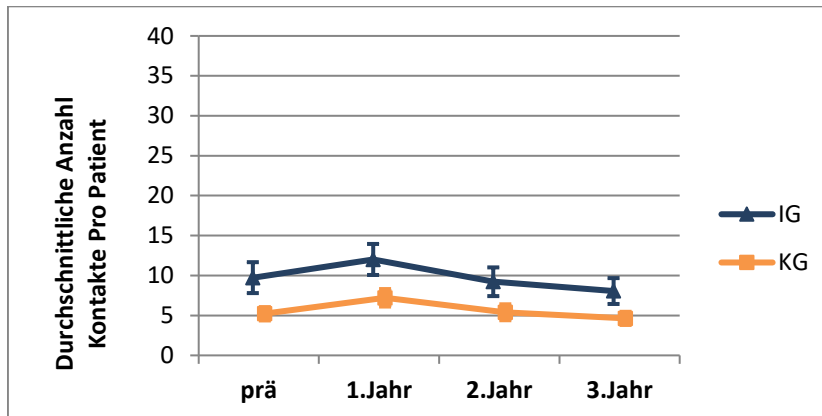
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

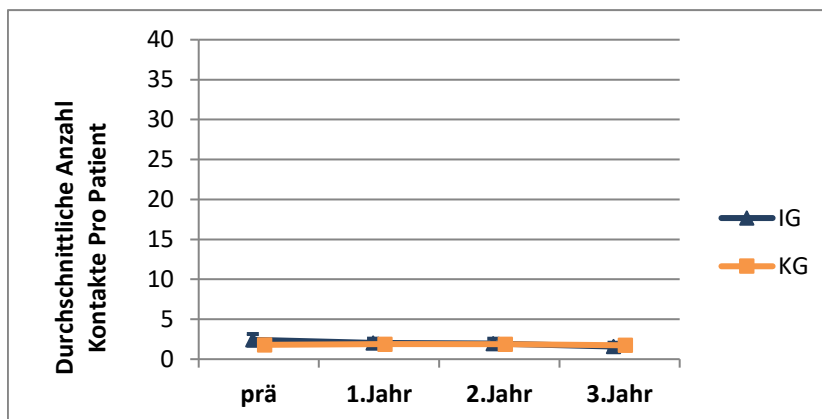
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

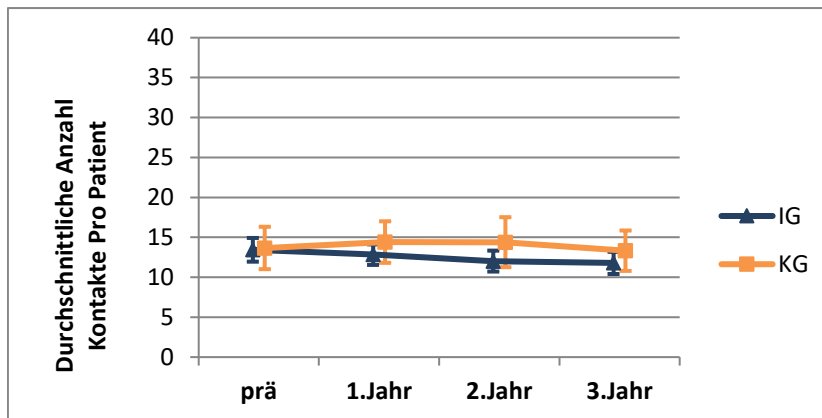
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

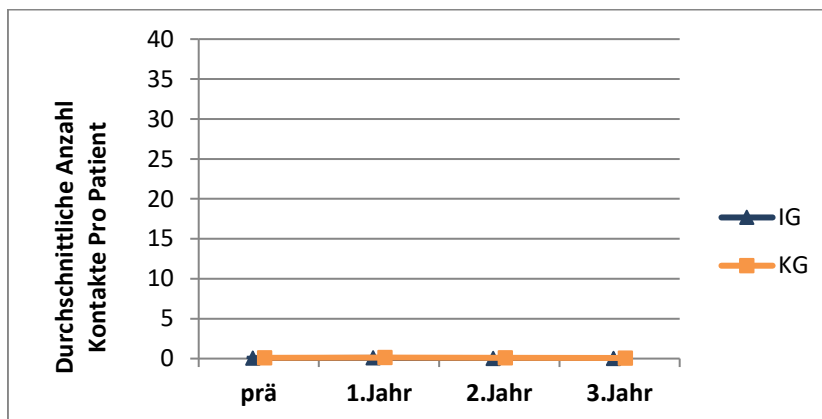


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

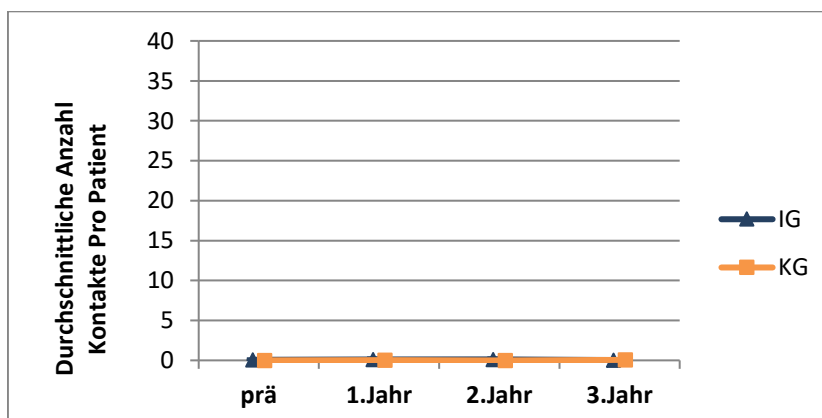


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

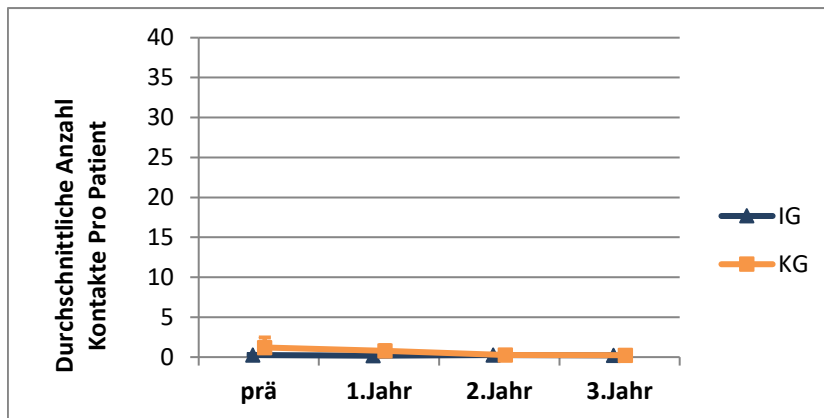
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

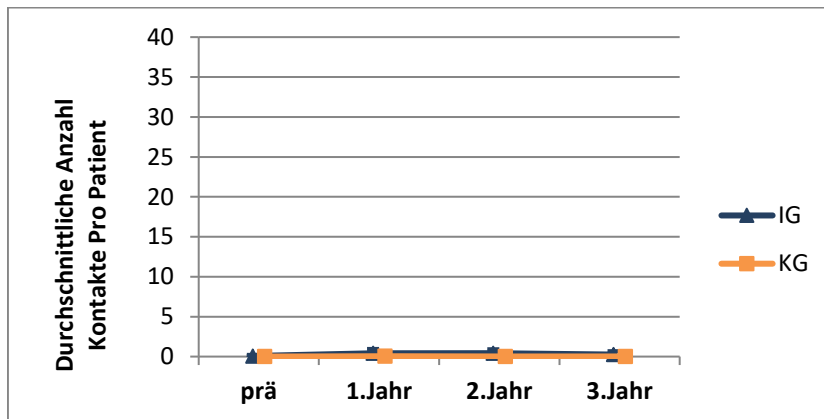


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

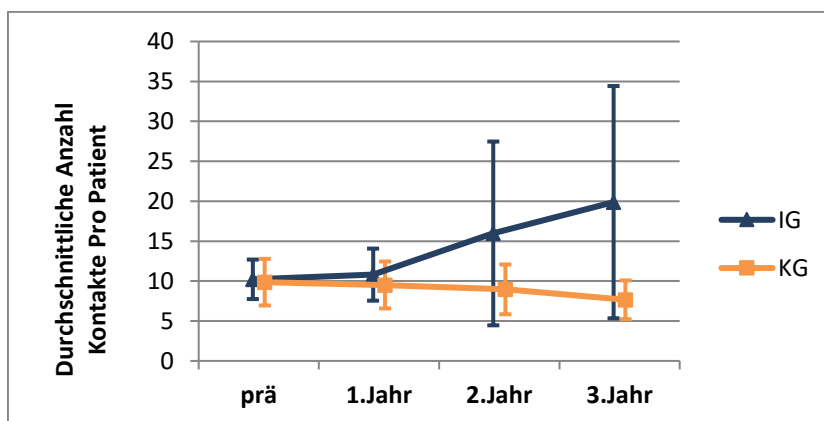


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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 ergab sich für linikneue Patienten im vierten Jahr nach Referenzfall eine statistisch signifikant geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** bei dem Nachbeobachtungszeitraum von 30 Tagen (Gruppenschätzer = 0,03). Dabei kann hier jedoch auch Zufall eine Rolle spielen, da dieser Unterschied zwar numerisch groß ist (28,6 % vs. 57,9 %), jedoch nur wenige Patienten in die Berechnung eingingen (n = 21 bzw. 19 Patienten). Bei den linikbekannten Patienten gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG bezüglich der Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei 7 Tagen Nachbeobachtung ein etwas größerer, bei 30 Tagen ein vergleichbarer und bei 90 Tagen ein geringerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +1,2 %-Punkte; 30 Tage: +0,6 %-Punkte; 90 Tage: -3,1 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigten sich zwischen beiden Gruppen erneut keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor. Auch die numerischen Werte zeigten keinen eindeutigen Trend an (1. Jahr: 7 Tage: +2,5 %-Punkte; 30 Tage: +2,2 %-Punkte; 90 Tage: -1,7 %-Punkte; 2. Jahr: 7 Tage: -0,2 %-Punkte; 30 Tage: +1,9 %-Punkte; 90 Tage: -1,7 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten im dritten Jahr nach Referenzfall in der IG stets geringer als in der KG (7 Tage: -10,1; 30 Tage: -7,1; 90 Tage: -6,2 %-Punkte). Bei den restlichen Jahren war kein eindeutiger Trend ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG in allen drei patientenindividuellen Jahren nach Referenzfall eine größere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG auf (7 Tage: +2,8; +0,4; +3,7 %-Punkte; 30 Tage: +6,5; +3,9; +7,2 %-Punkte; 90 Tage: +2,2; +2,5; +10,9 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	423	83	53	34	404	86	69	54
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,2 %	19,3 %	15,1 %	14,7 %	8,7 %	15,1 %	11,6 %	9,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,7 %	4,8 %	3,8 %	0,0 %	8,7 %	8,1 %	10,1 %	5,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,5 %	49,4 %	34,0 %	38,2 %	48,0 %	43,0 %	27,5 %	51,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,3 %	6,0 %	7,5 %	14,7 %	12,4 %	11,6 %	8,7 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,2 %	2,4 %	0,0 %	2,9 %	4,0 %	0,0 %	1,4 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,5 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,6 %	25,3 %	18,9 %	17,6 %	20,3 %	23,3 %	23,2 %	16,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,2 %	31,3 %	43,4 %	50,0 %	38,4 %	38,4 %	49,3 %	40,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	230	65	37	21	201	43	34	22
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,7 %	20,0 %	18,9 %	14,3 %	9,0 %	11,6 %	11,8 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,1 %	6,2 %	5,4 %	0,0 %	12,9 %	9,3 %	11,8 %	9,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,1 %	46,2 %	37,8 %	42,9 %	45,8 %	32,6 %	35,3 %	63,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,9 %	6,2 %	10,8 %	14,3 %	13,4 %	9,3 %	8,8 %	18,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,2 %	3,1 %	0,0 %	4,8 %	6,0 %	0,0 %	2,9 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	2,9 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,5 %	27,7 %	24,3 %	19,0 %	25,9 %	20,9 %	26,5 %	22,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,3 %	32,3 %	32,4 %	42,9 %	39,8 %	51,2 %	41,2 %	27,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	103	29	17	14	77	16	13	13
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,4 %	27,6 %	17,6 %	14,3 %	10,4 %	18,8 %	15,4 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,7 %	3,4 %	5,9 %	0,0 %	16,9 %	6,3 %	23,1 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,5 %	55,2 %	35,3 %	42,9 %	44,2 %	31,3 %	38,5 %	84,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	17,5 %	10,3 %	23,5 %	14,3 %	16,9 %	12,5 %	0,0 %	15,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,0 %	3,4 %	0,0 %	7,1 %	7,8 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,2 %	34,5 %	23,5 %	21,4 %	33,8 %	25,0 %	46,2 %	23,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,1 %	24,1 %	23,5 %	42,9 %	36,4 %	50,0 %	30,8 %	15,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	399	73	51	31	369	74	59	45
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,3 %	28,8 %	27,5 %	12,9 %	12,2 %	16,2 %	16,9 %	22,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,5 %	6,8 %	13,7 %	6,5 %	17,9 %	13,5 %	13,6 %	17,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,4 %	75,3 %	62,7 %	67,7 %	67,5 %	67,6 %	55,9 %	75,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,3 %	28,8 %	31,4 %	25,8 %	30,1 %	27,0 %	22,0 %	20,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,8 %	5,5 %	3,9 %	3,2 %	8,7 %	2,7 %	5,1 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	4,1 %	0,0 %	6,5 %	4,1 %	4,1 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,8 %	37,0 %	35,3 %	22,6 %	35,2 %	32,4 %	33,9 %	42,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,8 %	11,0 %	19,6 %	19,4 %	17,6 %	13,5 %	25,4 %	15,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	215	56	35	21	182	36	29	19
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)									
• PIA (A)	23,3 %	32,1 %	37,1 %	14,3 %	13,7 %	13,9 %	20,7 %	31,6 %	
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,0 %	7,1 %	17,1 %	9,5 %	23,1 %	16,7 %	17,2 %	21,1 %	
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,4 %	80,4 %	68,6 %	71,4 %	69,2 %	69,4 %	55,2 %	73,7 %	
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,3 %	35,7 %	31,4 %	38,1 %	30,2 %	27,8 %	27,6 %	31,6 %	
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	7,1 %	2,9 %	4,8 %	12,1 %	5,6 %	10,3 %	5,3 %	
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	3,6 %	0,0 %	4,8 %	3,3 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %	
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,7 %	41,1 %	45,7 %	28,6 %	42,9 %	36,1 %	44,8 %	57,9 %	
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,2 %	7,1 %	8,6 %	14,3 %	14,3 %	13,9 %	17,2 %	15,8 %	
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	93	22	16	14	65	13	12	11	
Schwere psychische Erkrankungen (B)									
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)									
• PIA (A)	25,8 %	40,9 %	31,3 %	14,3 %	13,8 %	15,4 %	25,0 %	45,5 %	
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,5 %	4,5 %	6,3 %	14,3 %	35,4 %	15,4 %	33,3 %	27,3 %	
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,2 %	90,9 %	62,5 %	85,7 %	73,8 %	69,2 %	58,3 %	81,8 %	
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,0 %	31,8 %	56,3 %	42,9 %	33,8 %	30,8 %	0,0 %	27,3 %	
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	9,1 %	0,0 %	7,1 %	13,8 %	7,7 %	16,7 %	0,0 %	
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,2 %	50,0 %	37,5 %	35,7 %	52,3 %	38,5 %	75,0 %	72,7 %	
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,5 %	0,0 %	6,3 %	7,1 %	9,2 %	15,4 %	8,3 %	18,2 %	

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	357	57	44	26	327	61	48	31
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,7 %	33,3 %	38,6 %	19,2 %	14,4 %	21,3 %	20,8 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,1 %	17,5 %	15,9 %	11,5 %	28,7 %	24,6 %	20,8 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,0 %	86,0 %	84,1 %	92,3 %	84,7 %	83,6 %	64,6 %	93,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,5 %	49,1 %	47,7 %	42,3 %	53,5 %	44,3 %	50,0 %	41,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,4 %	7,0 %	6,8 %	7,7 %	14,4 %	8,2 %	8,3 %	9,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	3,5 %	6,8 %	11,5 %	6,7 %	8,2 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,5 %	49,1 %	47,7 %	38,5 %	49,8 %	50,8 %	45,8 %	48,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,1 %	5,3 %	4,5 %	0,0 %	5,2 %	3,3 %	10,4 %	3,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	182	40	29	19	163	30	23	14

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,5 %	40,0 %	41,4 %	21,1 %	15,3 %	20,0 %	26,1 %	21,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	26,4 %	20,0 %	17,2 %	15,8 %	38,0 %	23,3 %	26,1 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,1 %	90,0 %	86,2 %	89,5 %	85,3 %	83,3 %	69,6 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,3 %	50,0 %	44,8 %	52,6 %	52,8 %	46,7 %	52,2 %	57,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,0 %	10,0 %	6,9 %	10,5 %	19,0 %	13,3 %	17,4 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	2,5 %	6,9 %	10,5 %	6,1 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,6 %	57,5 %	51,7 %	47,4 %	62,0 %	56,7 %	60,9 %	50,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	5,0 %	3,4 %	0,0 %	4,3 %	3,3 %	4,3 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	79	17	13	13	63	11	10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,6 %	41,2 %	30,8 %	15,4 %	12,7 %	36,4 %	20,0 %	42,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	34,2 %	11,8 %	7,7 %	15,4 %	49,2 %	18,2 %	50,0 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,1 %	100,0 %	84,6 %	84,6 %	87,3 %	81,8 %	70,0 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	65,8 %	52,9 %	61,5 %	61,5 %	52,4 %	45,5 %	30,0 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	11,8 %	0,0 %	15,4 %	19,0 %	18,2 %	30,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	0,0 %	7,7 %	15,4 %	4,8 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,2 %	58,8 %	38,5 %	46,2 %	68,3 %	72,7 %	90,0 %	71,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %

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 <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	319	177	157	113	271	141	141	102
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,1 %	19,2 %	22,9 %	32,7 %	12,2 %	14,9 %	14,2 %	21,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,4 %	5,6 %	1,9 %	7,1 %	8,5 %	9,2 %	6,4 %	10,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,1 %	31,1 %	26,1 %	20,4 %	34,7 %	44,0 %	38,3 %	41,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,5 %	6,2 %	8,9 %	8,0 %	11,1 %	14,2 %	13,5 %	15,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,1 %	1,7 %	0,6 %	1,8 %	2,6 %	2,1 %	2,1 %	1,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	2,8 %	2,5 %	1,8 %	0,7 %	5,0 %	2,8 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,7 %	26,0 %	24,8 %	39,8 %	22,5 %	25,5 %	22,7 %	32,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,4 %	51,4 %	52,2 %	45,1 %	45,8 %	39,0 %	46,8 %	38,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	231	130	130	96	200	112	93	71
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,8 %	22,3 %	23,1 %	35,4 %	14,5 %	15,2 %	17,2 %	29,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,8 %	7,7 %	2,3 %	8,3 %	11,5 %	11,6 %	9,7 %	15,5 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,9 %	28,5 %	26,2 %	22,9 %	36,5 %	46,4 %	43,0 %	45,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,0 %	8,5 %	8,5 %	8,3 %	11,5 %	16,1 %	15,1 %	15,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	2,3 %	0,8 %	2,1 %	3,5 %	2,7 %	3,2 %	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	2,3 %	3,1 %	2,1 %	0,5 %	5,4 %	4,3 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,6 %	31,5 %	25,4 %	43,8 %	28,5 %	28,6 %	30,1 %	45,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,9 %	50,0 %	52,3 %	39,6 %	40,5 %	35,7 %	39,8 %	29,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	136	80	73	60	128	77	67	51
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,9 %	25,0 %	28,8 %	40,0 %	12,5 %	20,8 %	14,9 %	35,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,4 %	10,0 %	2,7 %	10,0 %	14,1 %	14,3 %	9,0 %	17,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	39,7 %	30,0 %	27,4 %	28,3 %	41,4 %	45,5 %	37,3 %	51,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	21,3 %	11,3 %	5,5 %	6,7 %	11,7 %	16,9 %	13,4 %	17,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,6 %	3,8 %	1,4 %	3,3 %	3,1 %	1,3 %	3,0 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	3,8 %	1,4 %	3,3 %	0,8 %	6,5 %	6,0 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,4 %	37,5 %	31,5 %	51,7 %	28,1 %	35,1 %	26,9 %	52,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,3 %	43,8 %	47,9 %	30,0 %	38,3 %	32,5 %	40,3 %	23,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	274	141	123	96	235	102	111	83
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,2 %	37,6 %	46,3 %	47,9 %	25,5 %	24,5 %	27,9 %	22,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,5 %	9,9 %	5,7 %	14,6 %	17,4 %	17,6 %	13,5 %	20,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,6 %	62,4 %	59,3 %	55,2 %	60,9 %	70,6 %	58,6 %	61,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,2 %	22,0 %	30,9 %	25,0 %	25,1 %	31,4 %	32,4 %	32,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,6 %	3,5 %	4,1 %	2,1 %	6,0 %	3,9 %	4,5 %	1,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	5,7 %	3,3 %	3,1 %	2,1 %	8,8 %	2,7 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,9 %	46,1 %	50,4 %	60,4 %	44,7 %	43,1 %	45,0 %	43,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,5 %	17,7 %	19,5 %	13,5 %	21,7 %	12,7 %	15,3 %	19,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	205	101	104	80	172	80	72	53
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,4 %	44,6 %	51,0 %	55,0 %	28,5 %	27,5 %	33,3 %	30,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,2 %	13,9 %	6,7 %	17,5 %	22,7 %	22,5 %	20,8 %	32,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,9 %	62,4 %	63,5 %	60,0 %	64,5 %	70,0 %	63,9 %	67,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,6 %	26,7 %	32,7 %	27,5 %	25,6 %	35,0 %	30,6 %	26,4 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,8 %	5,0 %	4,8 %	2,5 %	8,1 %	5,0 %	6,9 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	5,9 %	2,9 %	3,8 %	1,7 %	10,0 %	2,8 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,6 %	56,4 %	55,8 %	70,0 %	53,5 %	51,3 %	59,7 %	62,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,3 %	12,9 %	14,4 %	6,3 %	16,3 %	11,3 %	8,3 %	11,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	116	67	62	55	112	53	50	34
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,1 %	47,8 %	54,8 %	52,7 %	25,0 %	37,7 %	34,0 %	32,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,2 %	14,9 %	6,5 %	18,2 %	28,6 %	30,2 %	22,0 %	41,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,1 %	68,7 %	69,4 %	61,8 %	68,8 %	69,8 %	58,0 %	70,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,1 %	25,4 %	33,9 %	30,9 %	22,3 %	35,8 %	26,0 %	26,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,9 %	7,5 %	6,5 %	3,6 %	8,0 %	3,8 %	6,0 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,2 %	7,5 %	0,0 %	3,6 %	2,7 %	9,4 %	4,0 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,5 %	62,7 %	61,3 %	70,9 %	54,5 %	66,0 %	62,0 %	73,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,2 %	9,0 %	11,3 %	5,5 %	13,4 %	9,4 %	8,0 %	8,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	215	100	90	74	180	69	76	57
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,3 %	50,0 %	56,7 %	59,5 %	35,6 %	33,3 %	32,9 %	26,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,5 %	16,0 %	11,1 %	17,6 %	26,7 %	29,0 %	19,7 %	29,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,3 %	79,0 %	83,3 %	75,7 %	83,3 %	88,4 %	90,8 %	86,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,7 %	41,0 %	51,1 %	33,8 %	47,2 %	47,8 %	56,6 %	54,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,8 %	4,0 %	2,2 %	2,7 %	8,9 %	7,2 %	5,3 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	12,0 %	5,6 %	6,8 %	5,0 %	11,6 %	5,3 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,9 %	61,0 %	63,3 %	70,3 %	62,8 %	62,3 %	55,3 %	54,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	6,0 %	6,7 %	6,8 %	7,2 %	2,9 %	1,3 %	3,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	169	77	74	63	136	55	57	37
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	47,9 %	55,8 %	62,2 %	68,3 %	39,0 %	34,5 %	40,4 %	29,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,3 %	20,8 %	12,2 %	20,6 %	33,1 %	36,4 %	26,3 %	45,9 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,2 %	79,2 %	86,5 %	79,4 %	83,8 %	85,5 %	89,5 %	89,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,0 %	46,8 %	54,1 %	38,1 %	49,3 %	52,7 %	54,4 %	59,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,2 %	5,2 %	2,7 %	3,2 %	11,8 %	9,1 %	7,0 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	10,4 %	5,4 %	7,9 %	4,4 %	14,5 %	5,3 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,2 %	70,1 %	70,3 %	81,0 %	72,8 %	70,9 %	70,2 %	73,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	5,2 %	4,1 %	1,6 %	3,7 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	96	49	48	44	89	38	39	28
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	49,0 %	65,3 %	68,8 %	65,9 %	37,1 %	44,7 %	43,6 %	32,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	24,5 %	10,4 %	20,5 %	40,4 %	39,5 %	28,2 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,5 %	89,8 %	87,5 %	79,5 %	85,4 %	86,8 %	84,6 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	67,7 %	51,0 %	54,2 %	36,4 %	48,3 %	57,9 %	53,8 %	60,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,6 %	8,2 %	4,2 %	4,5 %	14,6 %	10,5 %	5,1 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,4 %	10,2 %	4,2 %	6,8 %	4,5 %	13,2 %	5,1 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,1 %	83,7 %	79,2 %	79,5 %	78,7 %	81,6 %	74,4 %	78,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,0 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

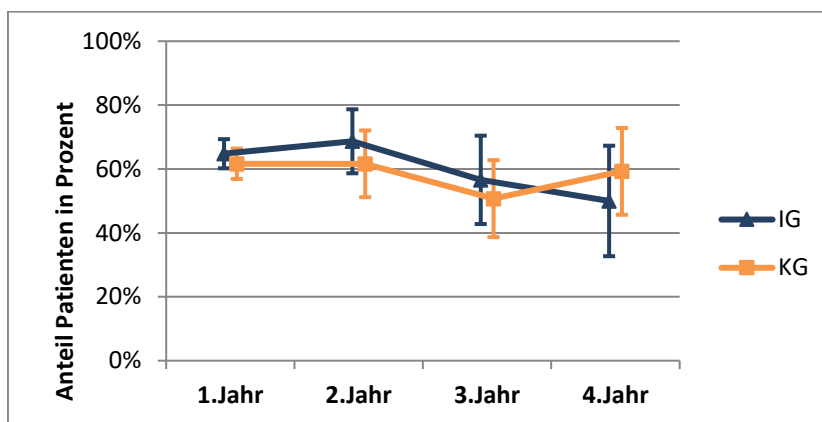
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

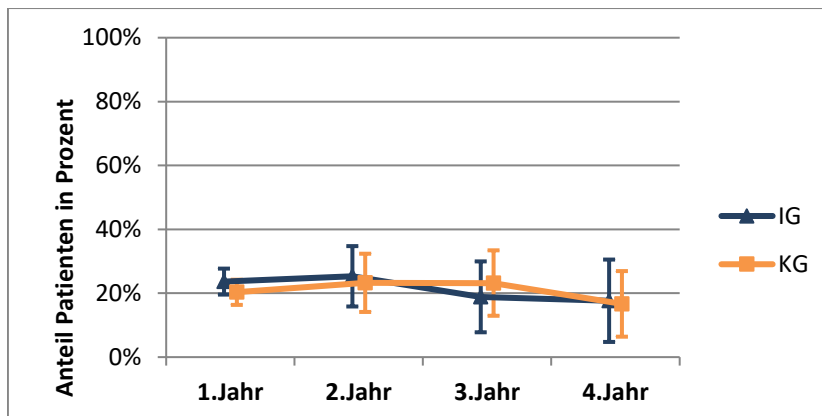
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



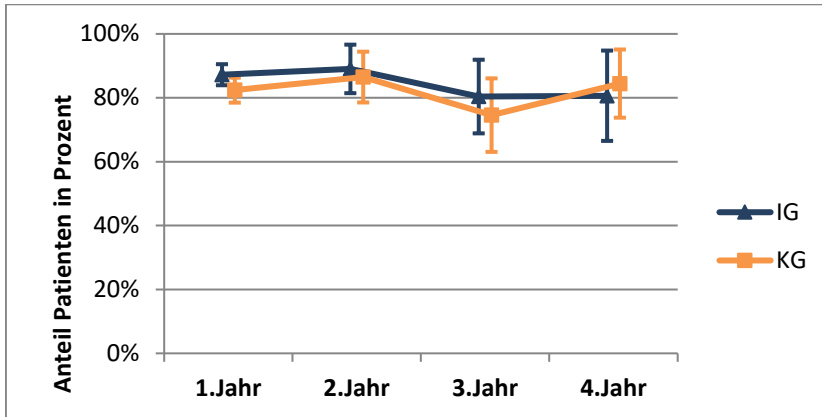
- Alle (psychiatrischer Sektor)



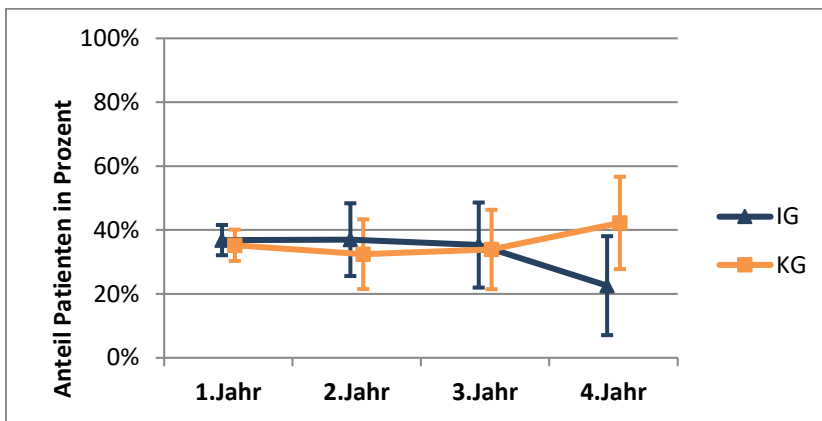
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



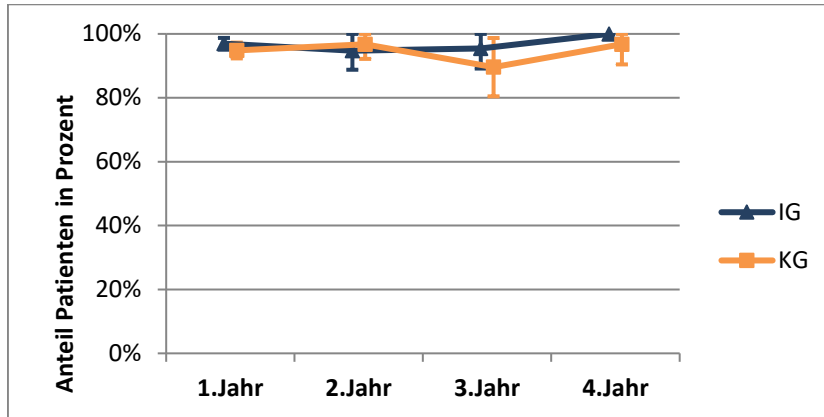
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



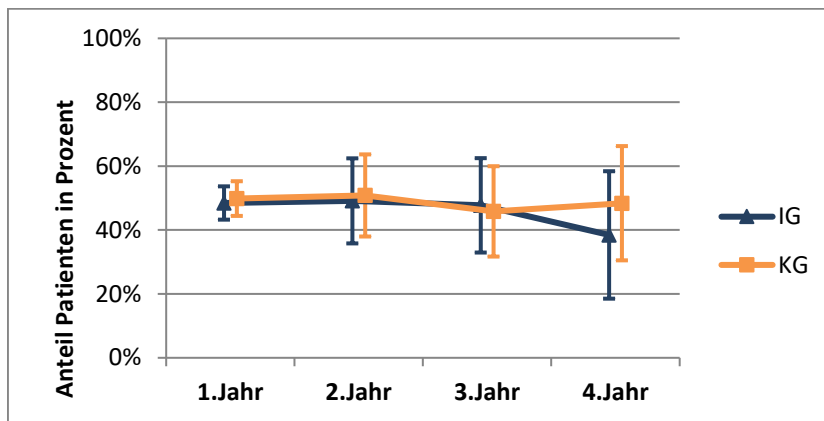
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

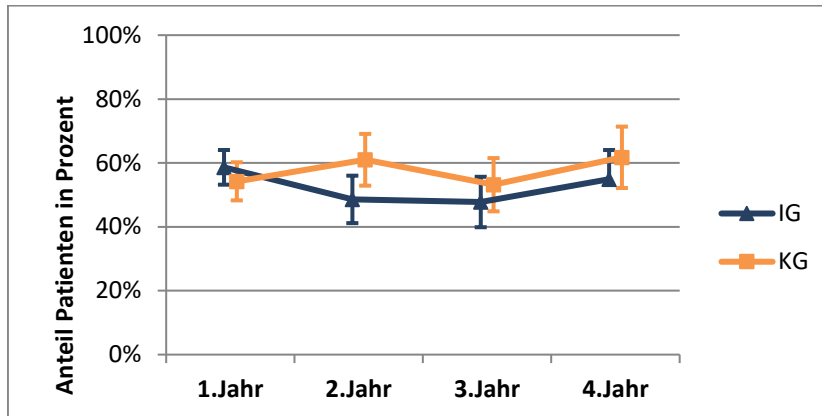
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie

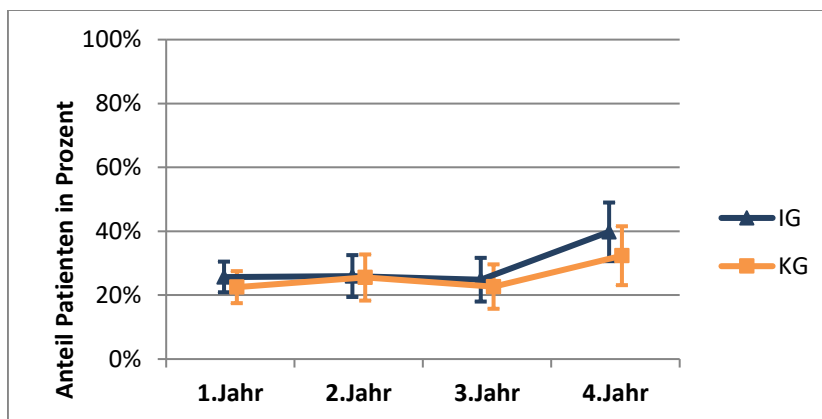
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



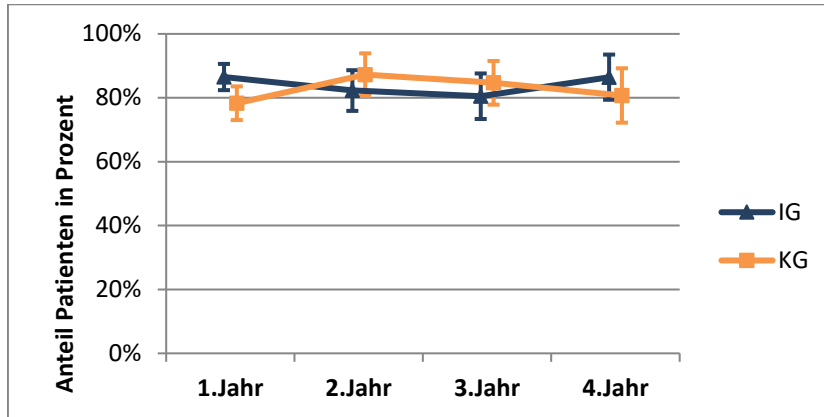
- Alle (psychiatrischer Sektor)



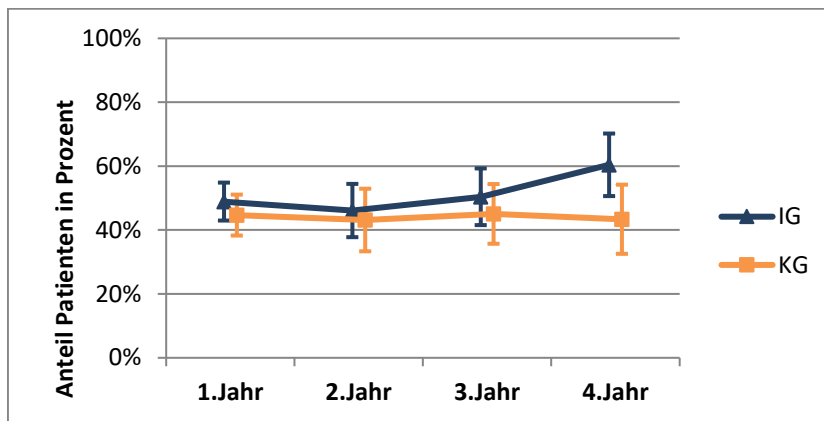
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



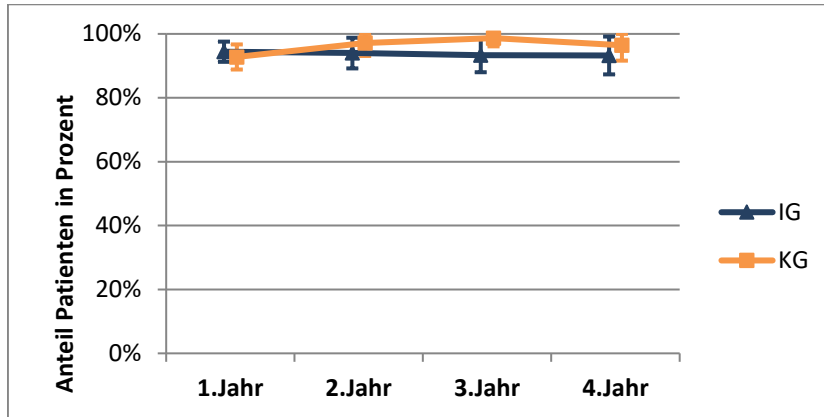
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

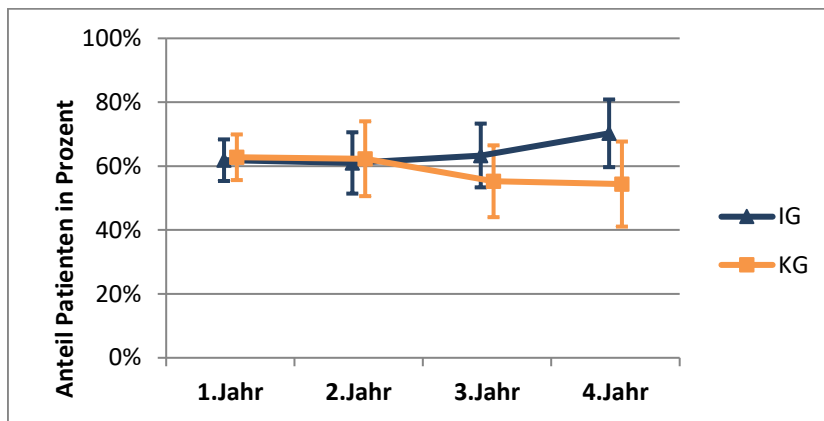


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	1,32 0,93...1,87	1,10 0,80...1,52	1,02 0,73...1,43
Gruppe Jahr 2	1,71 0,69...4,26	1,66 0,70...3,95	1,31 0,51...3,39
Gruppe Jahr 3	0,91 0,32...2,61	0,98 0,35...2,73	0,98 0,35...2,72
Gruppe Jahr 4	0,59 0,11...3,16	0,03* 0,00...0,50	0,55 0,09...3,45

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,19 0,80...1,78	1,22 0,82...1,81	1,04 0,63...1,69
Gruppe Jahr 2	1,47 0,83...2,62	1,48 0,78...2,79	1,02 0,42...2,46
Gruppe Jahr 3	1,03 0,55...1,91	0,93 0,49...1,77	1,51 0,62...3,68
Gruppe Jahr 4	1,02 0,50...2,09	1,69 0,74...3,89	1,39 0,48...4,07

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.622	1.562
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	12,5 %	7,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,7 %	9,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,4 %	46,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,0 %	13,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,7 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,6 %	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,1 %	19,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,8 %	38,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	873	807
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	14,2 %	7,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,4 %	14,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,4 %	46,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,3 %	16,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,2 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,6 %	0,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,6 %	25,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,3 %	34,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	378	363
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	13,8 %	7,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,6 %	16,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,1 %	46,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,1 %	19,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,0 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,8 %	27,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,3 %	31,7 %

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 <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.523	1.446
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	18,9 %	12,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,6 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,9 %	65,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,7 %	31,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,6 %	8,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,6 %	35,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,8 %	18,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	811	740
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	22,8 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,8 %	25,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,9 %	67,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,6 %	33,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,1 %	11,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	2,3 %	1,8 %
	44,9 %	43,6 %
	9,9 %	13,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	345	325
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	22,3 %	11,4 %
	17,4 %	30,8 %
	74,8 %	67,4 %
	37,7 %	35,1 %
	10,1 %	9,2 %
	2,0 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,4 %	45,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,1 %	9,8 %

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 <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.361	1.282
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	21,5 %	15,2 %
	19,0 %	27,7 %
	87,0 %	82,0 %
	52,9 %	53,8 %
	14,3 %	12,3 %
	5,1 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,8 %	47,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	6,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	717	644

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	26,2 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,7 %	39,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,3 %	84,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,0 %	57,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,1 %	16,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	4,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,5 %	60,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,5 %	3,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	306	283
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	26,1 %	15,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,7 %	45,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,5 %	85,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	62,1 %	60,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,7 %	13,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,2 %	64,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	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

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

Klinikneue Patienten

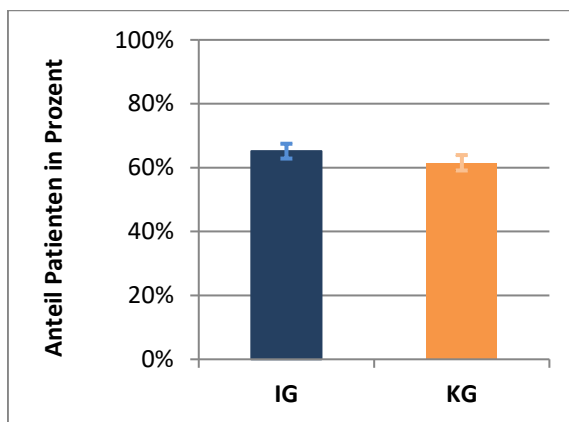
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

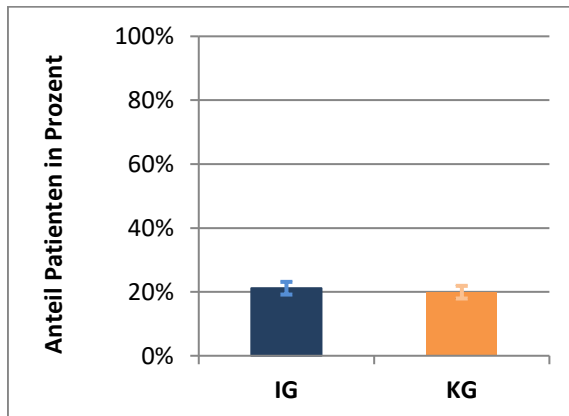
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

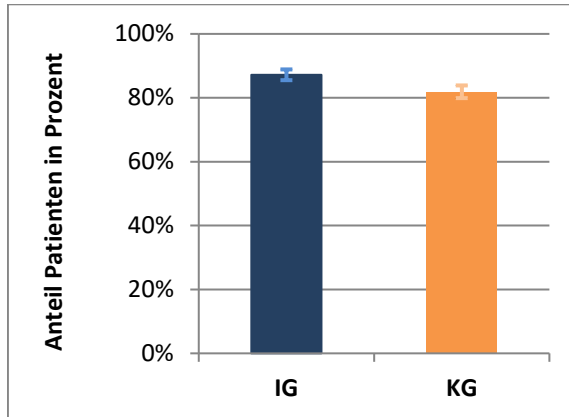
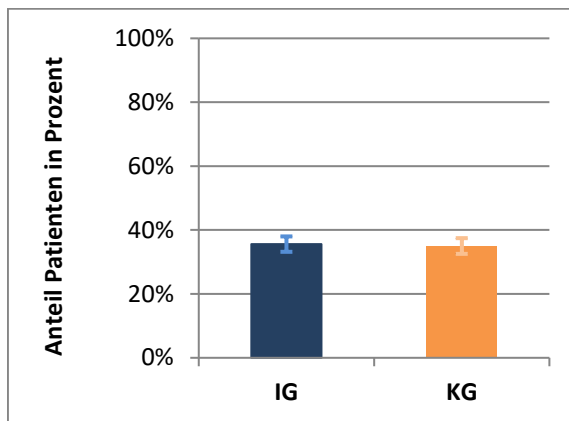
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

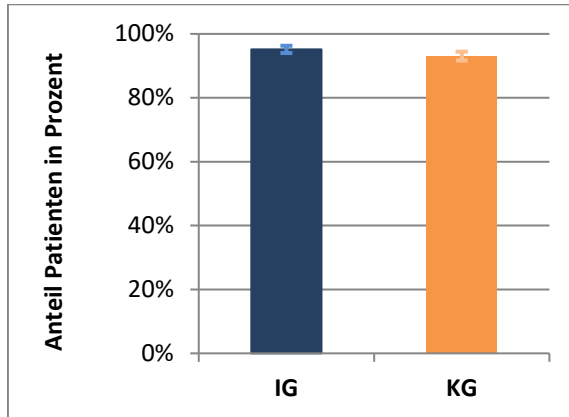
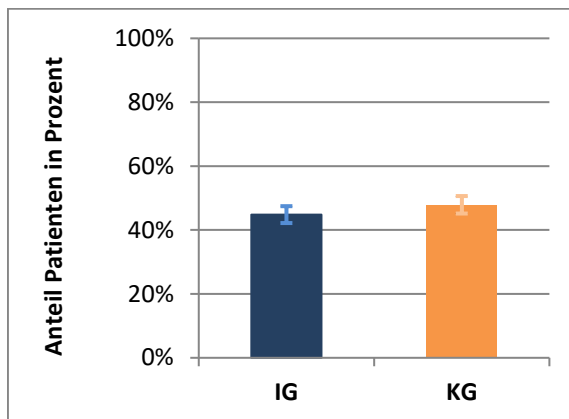
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.267	250	1.273	237
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,7 %	13,2 %	8,2 %	9,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	3,6 %	8,6 %	8,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,2 %	46,4 %	45,3 %	38,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,2 %	9,2 %	13,8 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	2,8 %	3,5 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,6 %	1,2 %	0,8 %	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,8 %	18,4 %	19,3 %	18,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,9 %	38,4 %	40,0 %	44,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	687	160	649	140
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,4 %	13,8 %	7,7 %	6,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,8 %	5,6 %	13,9 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,9 %	45,6 %	45,8 %	35,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,4 %	8,8 %	15,7 %	15,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	3,8 %	4,5 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,6 %	0,6 %	0,3 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	21,3 %	24,5 %	18,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,5 %	37,5 %	36,4 %	42,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	296	74	290	64
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	14,5 %	12,2 %	8,3 %	7,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,1 %	2,7 %	16,2 %	14,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,0 %	50,0 %	44,8 %	35,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,2 %	9,5 %	18,3 %	17,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,0 %	5,4 %	4,5 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,3 %	20,3 %	27,9 %	23,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,7 %	35,1 %	33,1 %	34,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1.191	216	1.178	201
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit				
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,0 %	19,4 %	12,1 %	12,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,3 %	11,6 %	16,5 %	17,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,6 %	72,2 %	64,3 %	59,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,5 %	28,7 %	31,3 %	29,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,9 %	6,9 %	8,4 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	3,7 %	2,6 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,8 %	35,2 %	33,6 %	33,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,6 %	15,7 %	18,7 %	17,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	640	139	594	115
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,8 %	22,3 %	11,3 %	10,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,8 %	15,1 %	23,7 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,9 %	77,7 %	66,8 %	61,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,6 %	31,7 %	32,3 %	36,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	11,7 %	9,4 %	11,8 %	8,7 %
	2,8 %	3,6 %	1,9 %	4,3 %
	44,7 %	42,4 %	41,2 %	39,1 %
	9,8 %	10,8 %	13,5 %	11,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	273	59	257	54
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,7 %	20,3 %	10,5 %	9,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,8 %	11,9 %	29,2 %	29,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,5 %	81,4 %	66,9 %	63,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,6 %	32,2 %	35,8 %	40,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,4 %	11,9 %	10,1 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	1,7 %	2,3 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,3 %	40,7 %	43,2 %	42,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,7 %	6,8 %	9,7 %	7,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1.065	171	1.040	169
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit				
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,9 %	22,2 %	14,8 %	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,0 %	22,2 %	26,6 %	27,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,9 %	87,7 %	81,9 %	78,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,0 %	55,6 %	54,7 %	50,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,7 %	9,4 %	12,6 %	9,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	6,4 %	4,9 %	8,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	45,6 %	47,2 %	47,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,6 %	4,1 %	6,6 %	4,7 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	565	103	517	95
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,9 %	26,2 %	14,5 %	13,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,5 %	28,2 %	37,9 %	34,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,3 %	90,3 %	84,7 %	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,9 %	59,2 %	57,8 %	58,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,7 %	11,7 %	16,8 %	14,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	7,8 %	4,1 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,8 %	54,4 %	59,0 %	56,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	2,9 %	3,5 %	2,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	244	46	226	45
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,9 %	23,9 %	15,0 %	13,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,9 %	21,7 %	42,5 %	46,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,4 %	93,5 %	85,8 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	61,9 %	63,0 %	61,5 %	53,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,9 %	10,9 %	13,7 %	15,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,1 %	6,5 %	5,3 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,1 %	52,2 %	61,1 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	0,0 %	0,9 %	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:

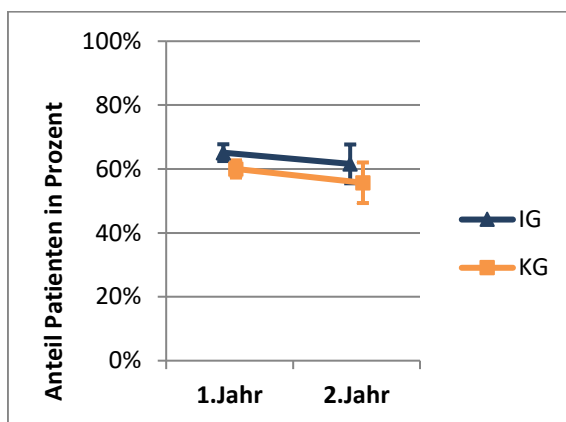
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

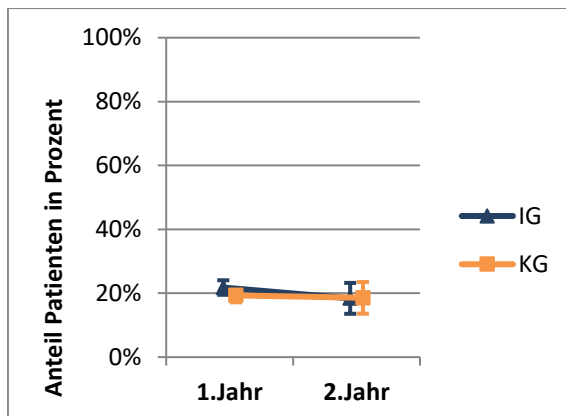
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



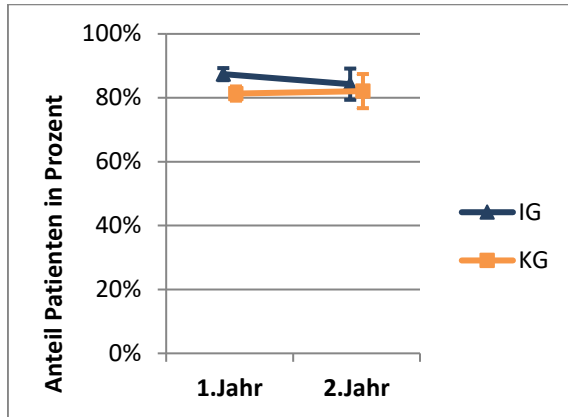
- Alle (psychiatrischer Sektor)



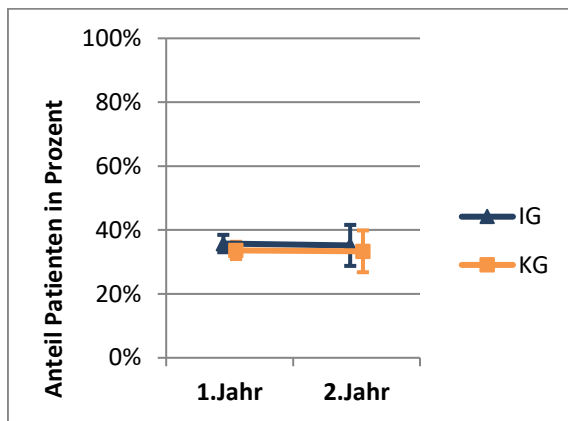
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



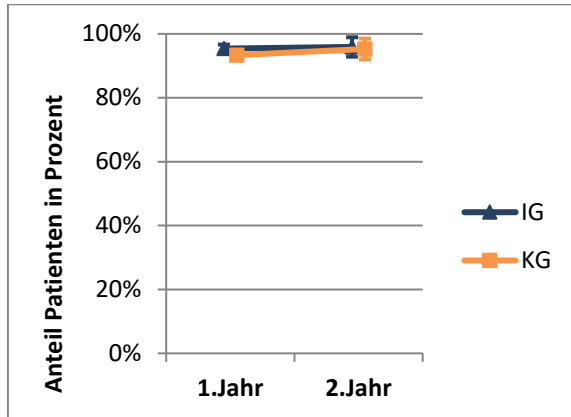
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

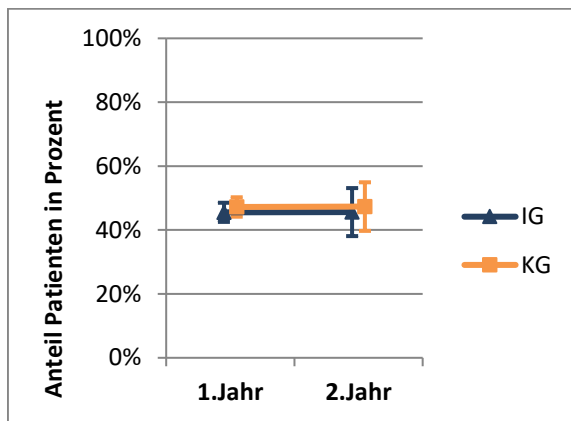


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,19 0,97...1,45	1,09 0,91...1,31	0,88 0,72...1,06
Gruppe Jahr 2	1,01 0,63...1,64	1,03 0,66...1,59	0,90 0,56...1,45

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	843	176	106	818	152	114
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,0 %	15,9 %	16,0 %	8,3 %	10,5 %	11,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,7 %	5,1 %	1,9 %	9,4 %	8,6 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,3 %	44,3 %	40,6 %	45,4 %	43,4 %	34,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,2 %	9,1 %	7,5 %	12,7 %	13,2 %	8,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,1 %	2,3 %	0,9 %	3,5 %	0,7 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	1,7 %	1,9 %	1,2 %	0,0 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,1 %	21,6 %	18,9 %	20,3 %	19,7 %	28,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,3 %	38,1 %	39,6 %	39,2 %	39,5 %	43,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	456	117	65	403	85	65

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,0 %	17,1 %	18,5 %	7,9 %	7,1 %	7,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,7 %	7,7 %	3,1 %	15,9 %	10,6 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,7 %	43,6 %	44,6 %	41,4 %	37,6 %	40,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,2 %	9,4 %	12,3 %	14,9 %	16,5 %	9,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	3,4 %	1,5 %	4,7 %	0,0 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	0,9 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,1 %	25,6 %	23,1 %	26,8 %	17,6 %	32,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,0 %	35,0 %	32,3 %	39,5 %	43,5 %	35,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	204	57	30	178	35	33
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,7 %	14,0 %	23,3 %	7,9 %	11,4 %	9,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,9 %	3,5 %	3,3 %	19,7 %	11,4 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,9 %	47,4 %	40,0 %	37,1 %	34,3 %	48,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,7 %	12,3 %	23,3 %	17,4 %	22,9 %	6,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,4 %	5,3 %	3,3 %	4,5 %	0,0 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,5 %	22,8 %	30,0 %	31,5 %	22,9 %	39,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,4 %	35,1 %	23,3 %	38,2 %	40,0 %	27,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	793	148	98	761	133	98
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,8 %	24,3 %	28,6 %	11,6 %	14,3 %	17,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,0 %	13,5 %	8,2 %	18,1 %	17,3 %	22,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,2 %	68,2 %	63,3 %	64,3 %	63,2 %	60,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,5 %	29,1 %	28,6 %	30,5 %	31,6 %	21,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,7 %	4,7 %	4,1 %	8,8 %	3,8 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	3,4 %	3,1 %	3,2 %	3,8 %	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,9 %	38,5 %	35,7 %	35,1 %	34,6 %	42,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,0 %	17,6 %	18,4 %	18,4 %	13,5 %	22,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	420	99	59	372	74	56
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,4 %	28,3 %	35,6 %	10,8 %	10,8 %	16,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,7 %	16,2 %	11,9 %	26,1 %	21,6 %	30,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,4 %	74,7 %	67,8 %	64,5 %	63,5 %	62,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,3 %	34,3 %	35,6 %	32,3 %	37,8 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,7 %	7,1 %	3,4 %	12,9 %	5,4 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,7 %	2,0 %	0,0 %	2,2 %	4,1 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,0 %	45,5 %	44,1 %	43,8 %	37,8 %	53,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,5 %	12,1 %	8,5 %	14,5 %	10,8 %	17,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	183	44	27	160	32	28
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,9 %	22,7 %	33,3 %	8,8 %	12,5 %	17,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,6 %	13,6 %	3,7 %	35,0 %	28,1 %	39,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,6 %	79,5 %	59,3 %	63,8 %	59,4 %	64,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,7 %	31,8 %	51,9 %	35,6 %	40,6 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	11,4 %	3,7 %	10,6 %	3,1 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,7 %	43,2 %	40,7 %	47,5 %	43,8 %	67,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,6 %	9,1 %	7,4 %	10,6 %	9,4 %	14,3 %

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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	711	112	81	674	113	81
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,9 %	25,9 %	35,8 %	13,9 %	16,8 %	19,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,0 %	25,0 %	12,3 %	28,0 %	26,5 %	32,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,5 %	84,8 %	80,2 %	82,2 %	78,8 %	74,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,0 %	51,8 %	49,4 %	55,5 %	50,4 %	50,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,9 %	7,1 %	7,4 %	13,4 %	8,0 %	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	6,3 %	7,4 %	5,5 %	8,0 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,4 %	48,2 %	46,9 %	48,2 %	48,7 %	53,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,9 %	4,5 %	4,9 %	6,4 %	4,4 %	8,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	369	68	52	329	62	47

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,1 %	32,4 %	38,5 %	12,8 %	14,5 %	19,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,7 %	30,9 %	11,5 %	38,6 %	29,0 %	38,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,1 %	88,2 %	84,6 %	83,0 %	77,4 %	80,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,0 %	57,4 %	53,8 %	58,7 %	56,5 %	48,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,6 %	8,8 %	7,7 %	18,2 %	11,3 %	12,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	5,9 %	7,7 %	4,3 %	9,7 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,4 %	57,4 %	50,0 %	58,7 %	54,8 %	59,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	2,9 %	3,8 %	4,6 %	3,2 %	6,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	163	31	24	145	27	24
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	28,2 %	25,8 %	33,3 %	9,7 %	18,5 %	20,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,3 %	19,4 %	4,2 %	45,5 %	37,0 %	45,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,6 %	93,5 %	83,3 %	83,4 %	77,8 %	87,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,1 %	61,3 %	62,5 %	62,1 %	51,9 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,7 %	9,7 %	4,2 %	13,8 %	11,1 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,2 %	4,2 %	4,8 %	11,1 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,1 %	51,6 %	41,7 %	59,3 %	66,7 %	70,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,8 %	0,0 %	4,2 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	374	205	171	328	168	168
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,7 %	18,5 %	22,2 %	11,3 %	14,3 %	12,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,5 %	5,4 %	2,3 %	9,5 %	10,1 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,6 %	34,1 %	26,9 %	36,0 %	40,5 %	38,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,2 %	7,8 %	10,5 %	10,7 %	13,1 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	2,0 %	0,6 %	2,4 %	1,8 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,4 %	2,3 %	0,6 %	4,2 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,4 %	25,4 %	24,6 %	22,6 %	25,0 %	20,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,1 %	48,8 %	50,9 %	44,2 %	40,5 %	47,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	268	150	140	243	137	114
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,4 %	21,3 %	22,9 %	12,3 %	14,6 %	14,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,9 %	7,3 %	2,9 %	12,8 %	12,4 %	8,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,3 %	31,3 %	27,9 %	37,0 %	41,6 %	42,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,0 %	9,3 %	9,3 %	11,1 %	13,9 %	13,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,6 %	2,7 %	0,7 %	3,3 %	2,2 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	2,0 %	2,9 %	0,4 %	4,4 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,3 %	30,7 %	25,7 %	27,6 %	27,7 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,4 %	48,0 %	50,7 %	39,9 %	38,7 %	41,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	160	94	81	160	98	79
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,8 %	24,5 %	27,2 %	10,0 %	19,4 %	13,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	9,6 %	3,7 %	15,0 %	14,3 %	7,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,1 %	34,0 %	30,9 %	40,6 %	40,8 %	39,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	21,3 %	12,8 %	6,2 %	11,3 %	13,3 %	11,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,8 %	3,2 %	1,2 %	3,1 %	1,0 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	3,2 %	1,2 %	0,6 %	5,1 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,6 %	36,2 %	30,9 %	26,9 %	32,7 %	24,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,9 %	41,5 %	46,9 %	38,1 %	36,7 %	40,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	324	163	133	279	123	132
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	34,9 %	36,2 %	46,6 %	22,6 %	23,6 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,9 %	8,6 %	6,0 %	17,9 %	17,1 %	15,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,3 %	62,6 %	58,6 %	62,0 %	69,1 %	58,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	22,7 %	31,6 %	24,4 %	29,3 %	31,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,6 %	4,9 %	3,8 %	5,7 %	3,3 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	5,5 %	3,0 %	2,2 %	7,3 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,8 %	45,4 %	51,1 %	42,3 %	41,5 %	43,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,5 %	17,8 %	19,5 %	20,4 %	13,8 %	16,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	241	116	111	204	99	89
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,8 %	42,2 %	52,3 %	24,5 %	26,3 %	29,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,9 %	12,1 %	7,2 %	23,5 %	21,2 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,5 %	62,9 %	64,0 %	64,7 %	68,7 %	65,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,1 %	26,7 %	32,4 %	25,0 %	31,3 %	29,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	12,0 %	6,9 %	4,5 %	7,8 %	4,0 %	5,6 %
	3,7 %	6,0 %	2,7 %	2,0 %	8,1 %	3,4 %
	57,3 %	55,2 %	57,7 %	50,5 %	48,5 %	55,1 %
	10,4 %	13,8 %	14,4 %	16,2 %	13,1 %	10,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	140	76	68	133	69	59
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	40,0 %	47,4 %	55,9 %	21,1 %	34,8 %	32,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,6 %	13,2 %	7,4 %	29,3 %	26,1 %	22,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,3 %	69,7 %	70,6 %	68,4 %	68,1 %	61,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	42,1 %	27,6 %	33,8 %	22,6 %	31,9 %	27,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,6 %	7,9 %	5,9 %	8,3 %	2,9 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	7,9 %	0,0 %	2,3 %	7,2 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,4 %	61,8 %	63,2 %	51,9 %	59,4 %	59,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,7 %	9,2 %	11,8 %	12,8 %	11,6 %	8,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	257	119	96	215	81	93
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,7 %	47,9 %	57,3 %	32,1 %	32,1 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,2 %	16,0 %	10,4 %	25,1 %	25,9 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,7 %	79,0 %	83,3 %	83,7 %	88,9 %	87,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,1 %	39,5 %	49,0 %	47,0 %	45,7 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,3 %	6,7 %	2,1 %	8,8 %	6,2 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	10,9 %	5,2 %	5,6 %	9,9 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,3 %	60,5 %	63,5 %	58,1 %	58,0 %	52,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,6 %	5,9 %	7,3 %	7,4 %	3,7 %	3,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	199	89	79	163	66	72
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	45,7 %	52,8 %	63,3 %	35,0 %	33,3 %	34,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,6 %	21,3 %	11,4 %	31,3 %	31,8 %	26,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,4 %	80,9 %	87,3 %	84,0 %	86,4 %	87,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,3 %	44,9 %	51,9 %	49,1 %	50,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,6 %	9,0 %	2,5 %	11,7 %	7,6 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	9,0 %	5,1 %	4,9 %	12,1 %	6,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,9 %	69,7 %	70,9 %	67,5 %	65,2 %	63,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,0 %	5,6 %	3,8 %	4,3 %	4,5 %	1,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	117	56	52	107	46	47
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	47,0 %	64,3 %	69,2 %	32,7 %	43,5 %	40,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,1 %	25,0 %	9,6 %	38,3 %	32,6 %	27,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,2 %	91,1 %	88,5 %	85,0 %	89,1 %	85,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	64,1 %	51,8 %	50,0 %	49,5 %	52,2 %	51,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,7 %	8,9 %	3,8 %	15,0 %	8,7 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	8,9 %	3,8 %	4,7 %	10,9 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,8 %	82,1 %	78,8 %	72,9 %	73,9 %	70,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,7 %	0,0 %	3,8 %	1,9 %	0,0 %	2,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

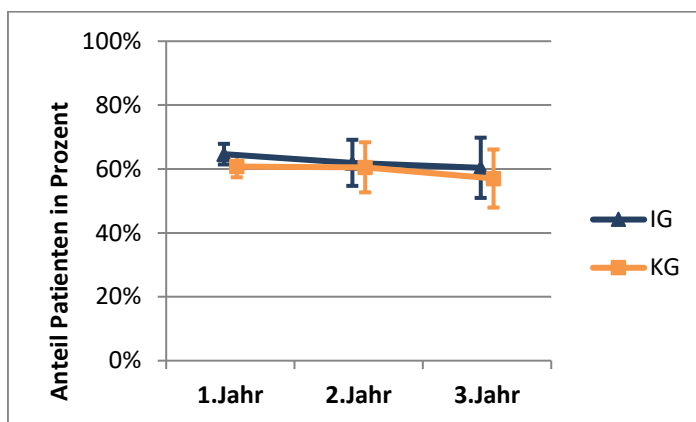
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

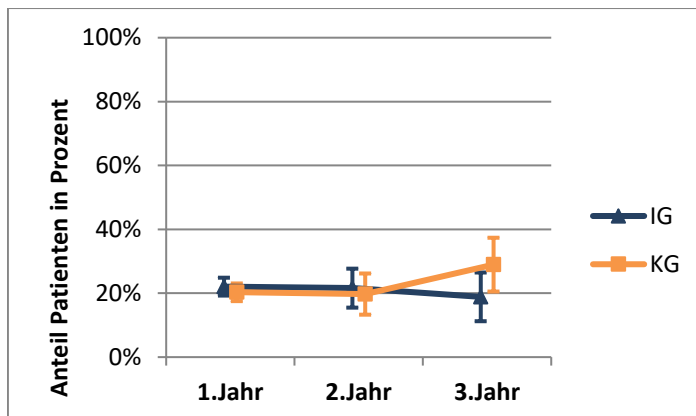
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



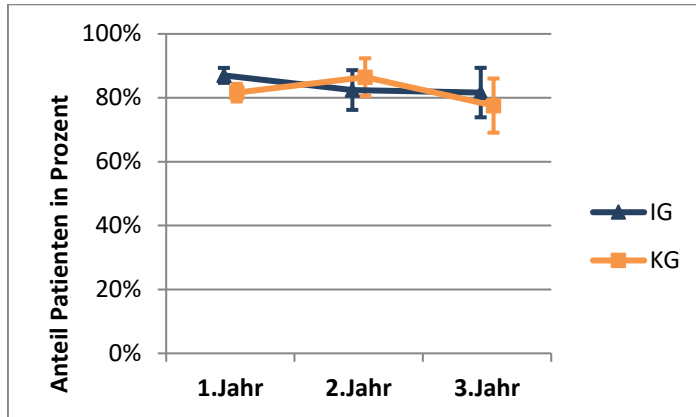
- Alle (psychiatrischer Sektor)



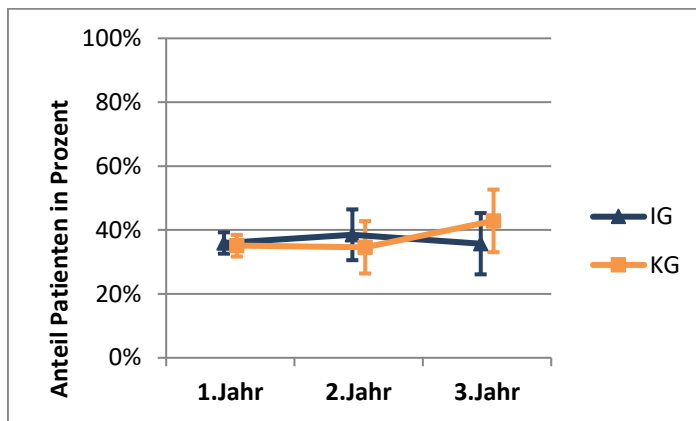
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



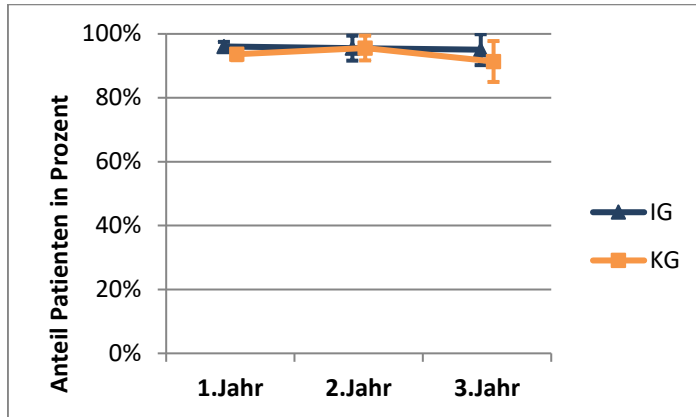
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



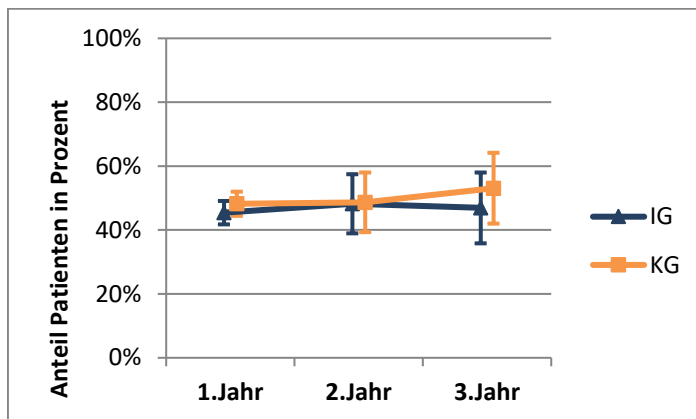
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

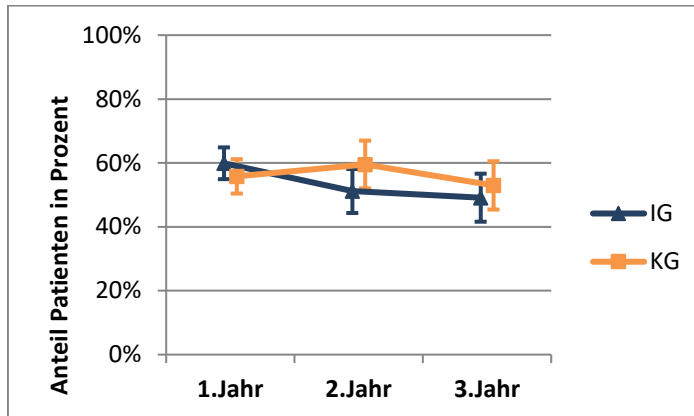
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

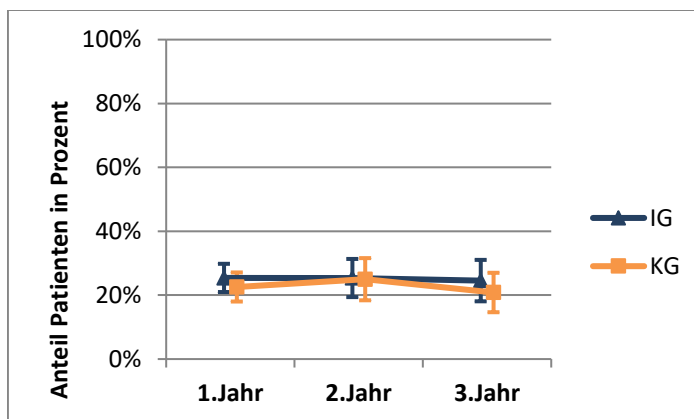
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



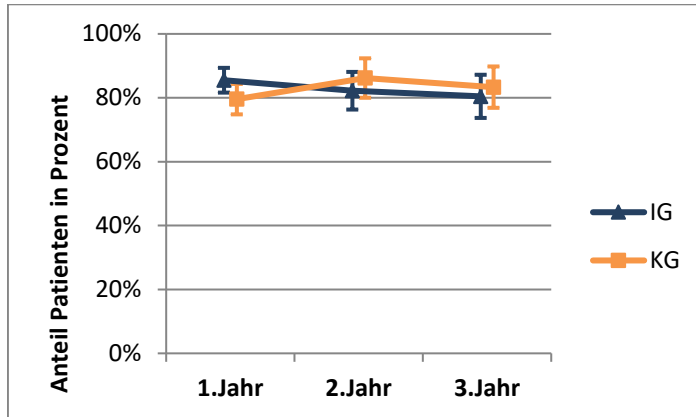
- Alle (psychiatrischer Sektor)



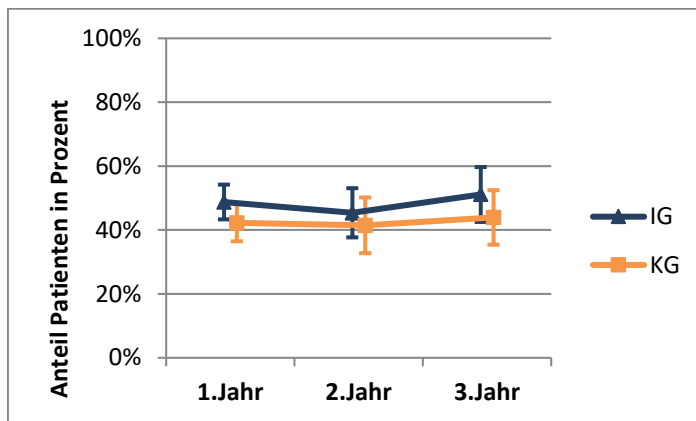
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



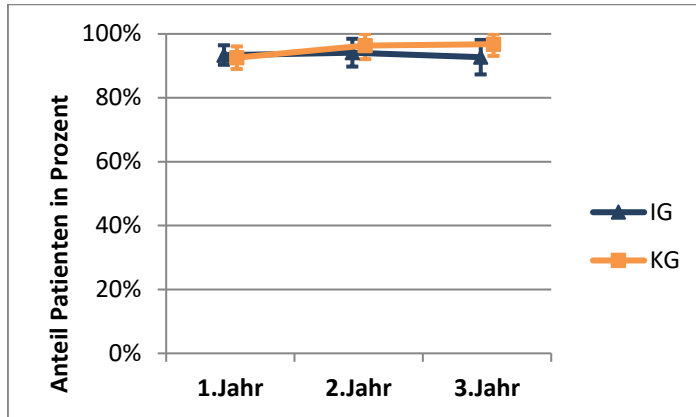
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



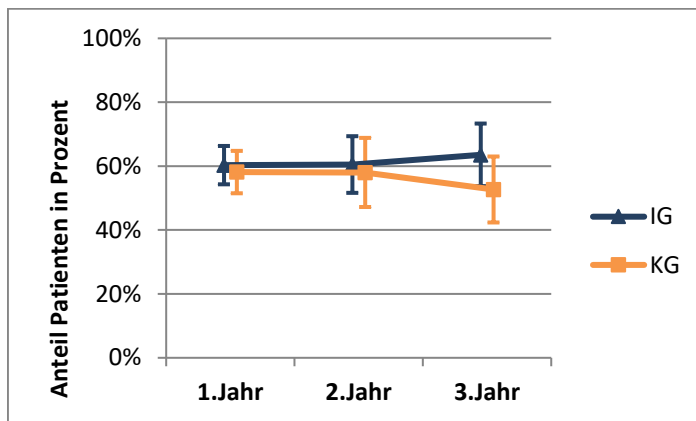
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, war kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich des **Anteils an Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) zwischen IG und KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Auch gab es bezüglich der **Dauer der Kontaktabbrüche** zwischen beiden Gruppen keinen statistisch signifikanten Unterschied.

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	1.159	1.159	1.184	1.184	1.159	1.159	1.184	1.184
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	76	475	72	453	76	475	72	453
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	22	199	23	185	22	199	23	183
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	12	87	11	70	12	85	11	69
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	36	200	38	193	36	200	38	193
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	16	87	15	90	16	87	15	89
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	10	45	<10	34	10	44	<10	33

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)	1.159	1.159	1.184	1.184	1.159	1.159	1.184	1.184
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)	28,9 %	39,6 %	29,2 %	35,3 %	22,4 %	36,0 %	19,4 %	32,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	27,8 %	41,5 %	31,6 %	33,7 %	25,0 %	37,0 %	21,1 %	31,1 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	22,7 %	14,6 %	4,3 %	15,7 %	4,5 %	9,0 %	0,0 %	12,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	25,0 %	12,6 %	0,0 %	12,2 %	6,3 %	9,2 %	0,0 %	6,7 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	0,0 %	11,5 %	0,0 %	11,4 %	0,0 %	4,7 %	0,0 %	1,4 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	13,3 %	0,0 %	8,8 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								

• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	227,1	308,1	257,0	315,6	292,9	343,1	333,1	348,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	248,3	312,6	258,5	309,0	307,7	346,6	318,9	341,7
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	216,5	277,5	231,0	284,6	261,0	326,4	0,0	319,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	220,3	286,6	0,0	256,9	261,0	323,6	0,0	319,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	229,8	0,0	224,7	0,0	266,5	0,0	284,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	254,7	0,0	196,9	0,0	266,5	0,0	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A³	615	615	578	578	615	615	578	578
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,5	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	11,6	131,9	10,1	125,6	8,9	119,7	8,1	114,9

Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B ⁴	259	259	250	250	259	259	250	250
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,5	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	16,4	142,2	12,4	110,0	12,7	131,4	10,2	97,3

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

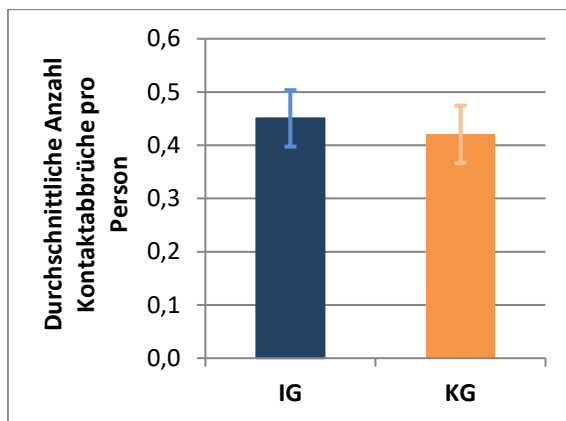
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

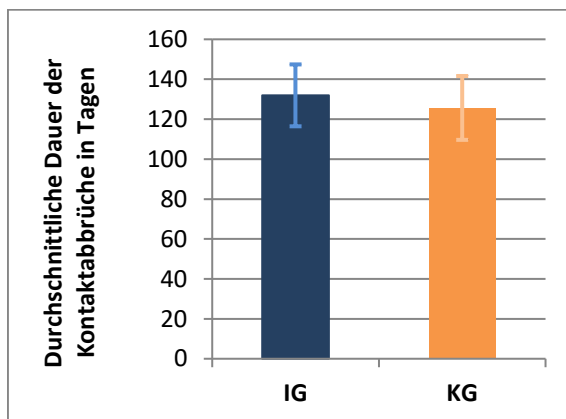
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

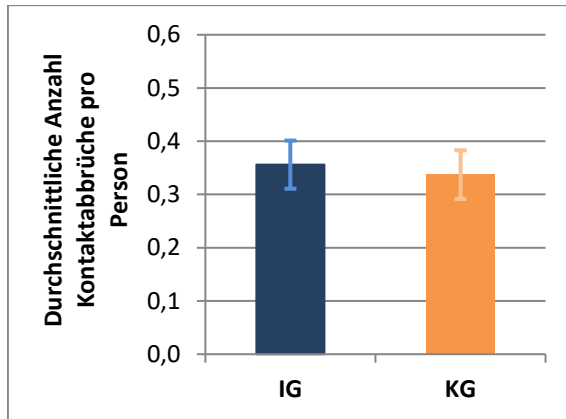
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

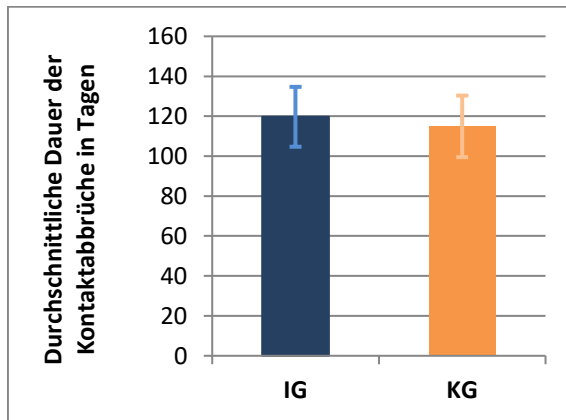


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,03 -0,05...0,10	5,72 -16,46...27,90	0,02 -0,05...0,08	4,33 -17,14...25,80

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	411	411	411	411	411	411	411	411	411	411
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	402	408	377	358	350	402	407	380	370	361
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	0,7%	1,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,5%	0,7%	1,9%	0,7%	0,2%
• Vier (B)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	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)

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)	363	363	363	363	363	372	372	372	372	372
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	359	355	342	324	306	365	366	348	333	327
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	1,4%	2,5%	0,6%	0,3%	0,6%	1,1%	0,5%	1,1%	0,8%	1,6%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%

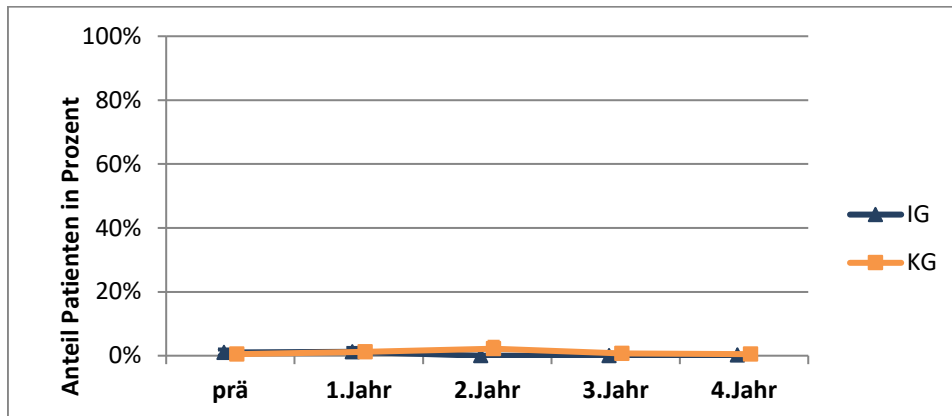
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

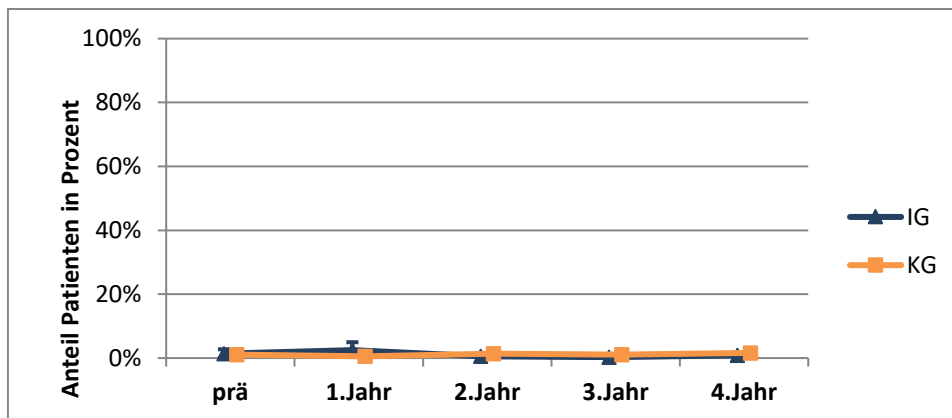


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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)	1.642	1.642	1.642	1.642
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.610	1.629	1.604	1.620
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,4%	1,3%	0,7%	1,8%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,1%	0,5%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%

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

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

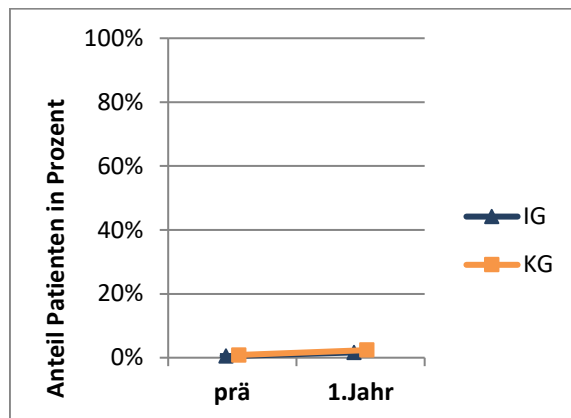
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.287	1.287	1.287	1.283	1.283	1.283
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.258	1.275	1.172	1.253	1.266	1.184
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	0,5%	1,6%	0,1%	0,5%	2,2%	0,9%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,3%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%

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

Abbildung 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.

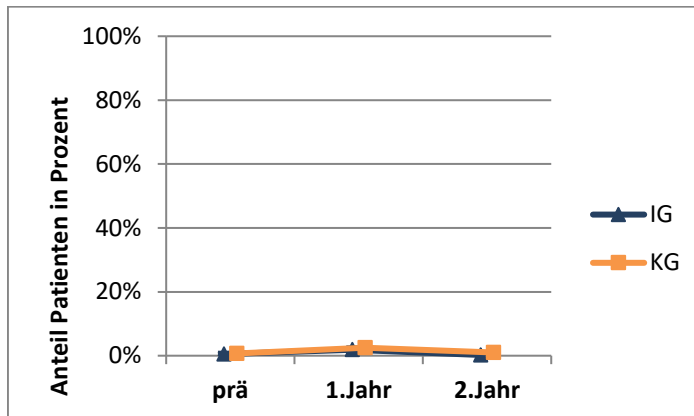


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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)	853	853	853	853	848	848	848	848
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	836	848	780	752	830	835	786	761
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,6%	1,3%	0,0%	0,1%	0,7%	2,2%	1,3%	0,6%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	410	410	410	410	414	414	414	414
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	405	401	387	366	407	406	386	369
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,2%	2,4%	0,5%	0,5%	1,0%	1,0%	1,0%	0,7%
• Vier (B)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%

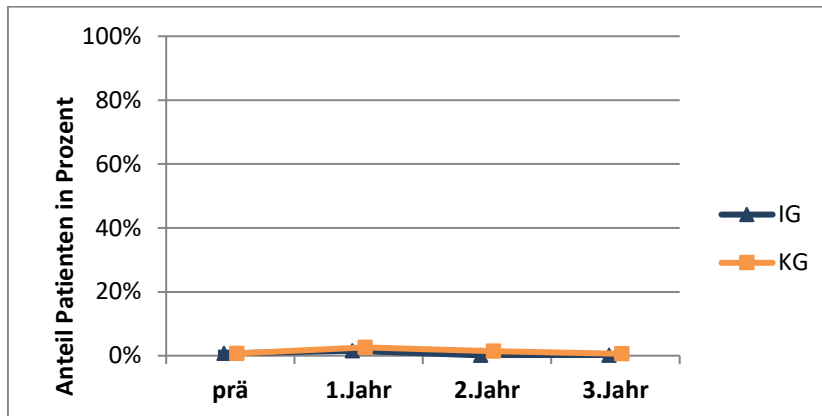
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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:

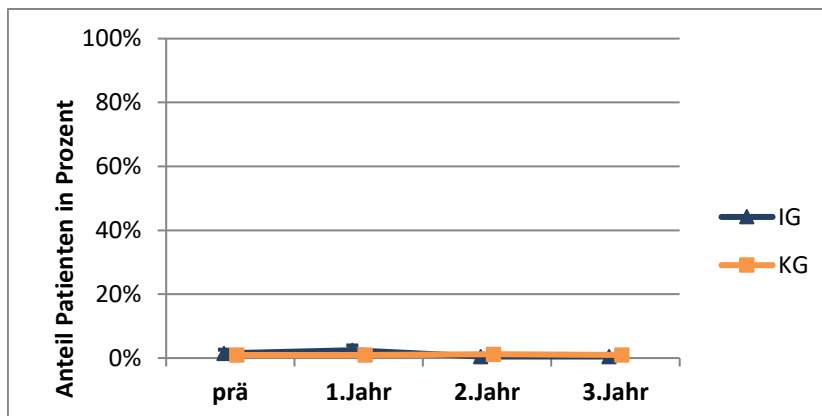
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden**, bei einem vergleichbaren Niveau. Auch bei den linikbekannten Patienten waren Niveau und Verlauf der Anzahl an AU-Episoden zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dabei wiesen die Patienten der IG stets (etwas) geringere AU-Tage als Patienten der KG auf (prä: -0,8; 1. Jahr: -5,5; 2. Jahr: -6,8; 3. Jahr: -4,7; 4. Jahr: -1,5 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

In der IG und der KG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) stets weniger AU-Tage als die älteren Patienten, mit Ausnahme für die IG im vierten Jahr nach Referenzfall (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F45 (somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) auf (wobei erstgenannte nur sehr wenige Fälle betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den F07

(Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftes Störung) (wobei erstgenannte sehr wenige Fälle betraf) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 156 im Anhang).

Bei den linikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein niedrigeres Niveau an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich (IG: 46,6 AU-Tage; KG: 51,6 AU-Tage). Dieser Unterschied vergrößerte sich im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall weiter, kehrte sich dann aber um (prä: -5,0; 1. Jahr: -13,0; 2. Jahr: -11,2; 3. Jahr: +0,3; 4. Jahr: +5,6 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG verzeichneten stets mehr AU-Tage als die älteren Patienten, während die jüngeren klinikbekannten Patienten der KG stets weniger AU-Tage aufwiesen (ausgenommen im Jahr vor Referenzfall) (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F45 (somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf (wobei erst- und letztgenannte sehr wenige Fälle betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F40-48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 156 im Anhang).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,6 bzw. +0,5 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg in der IG etwas weniger stark als in der KG an (IG: +58,8 AU-Tage; KG: +60,9 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Verlauf war zwischen beiden Gruppen im Wesentlichen vergleichbar, wobei die IG stets weniger AU-Tage als die KG aufwies (prä: -1,1; 1. Jahr: -1,9; 2. Jahr: -2,2 AU-Tage). Statistisch signifikante Gruppenunterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen parallele Verläufe erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wider. Sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl an AU-Tagen im Jahr vor Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Bei den klinikneuen Patienten blieb diese Anzahl stets geringer, bei den klinikbekannten Patienten vergrößerte sich dieser Unterschied, analog zu U1, zunächst und drehte sich im dritten Jahr nach Referenzfall zu einem größeren Wert in der IG.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	237	237	233	230	229	255	255	254	251	247
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,2	0,4	0,3	0,3	0,7	1,2	0,5	0,4	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	28,9	87,5	23,1	17,8	15,5	29,7	93,0	29,9	22,5	17,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,9%	17,3%	5,2%	5,2%	3,1%	28,6%	17,6%	9,1%	7,2%	6,5%
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)	0,6	0,7	1,7	0,1	0,2	0,1	0,4	1,5	1,6	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,8%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	166	166	166	162	161	186	186	183	181	181
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,0	1,1	0,7	0,8	0,5	1,0	1,1	0,8	0,7	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	46,6	48,5	25,1	29,6	23,8	51,6	61,4	36,2	29,2	18,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	13,9%	9,0%	6,6%	6,8%	4,3%	21,5%	11,8%	9,8%	6,6%	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	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	1,3	0,6	0,2	0,7	0,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

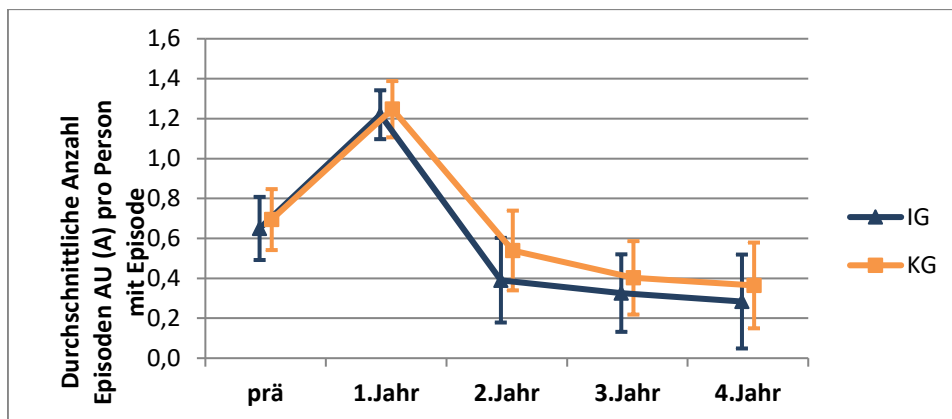
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

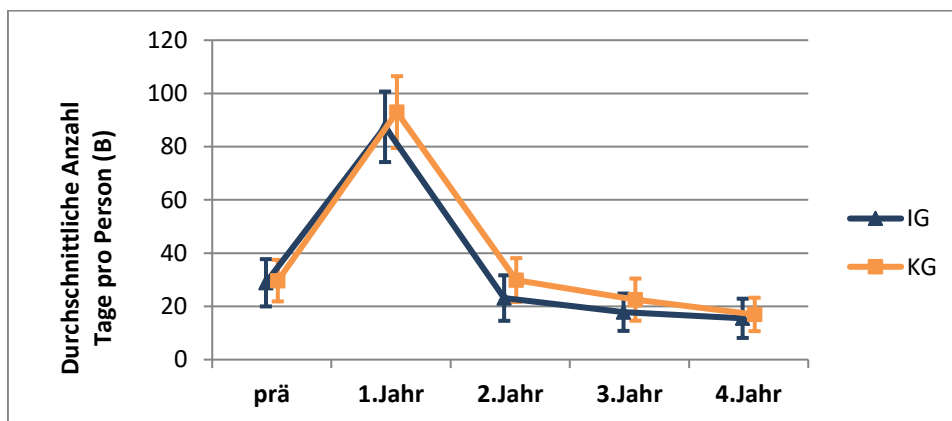
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

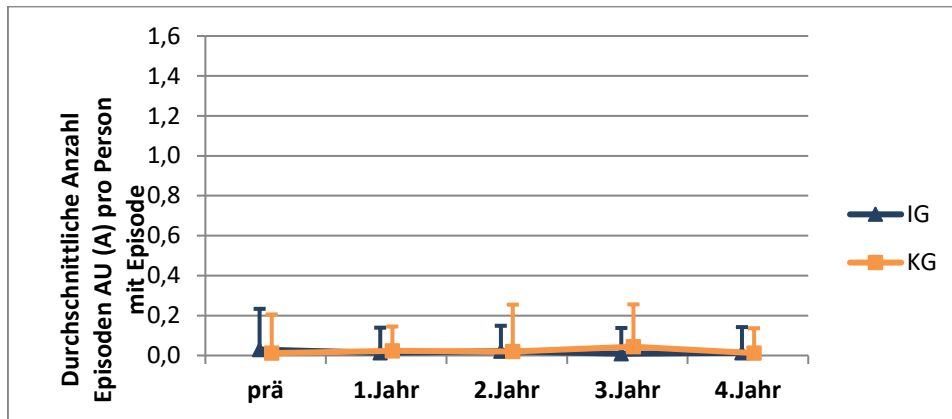


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

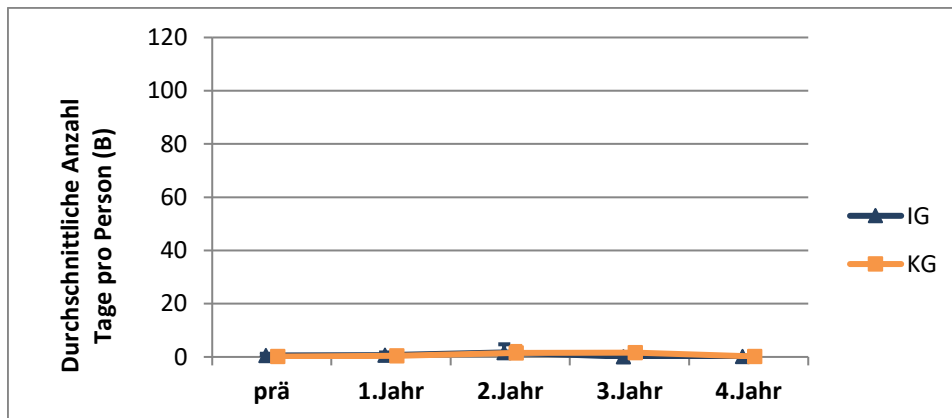


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



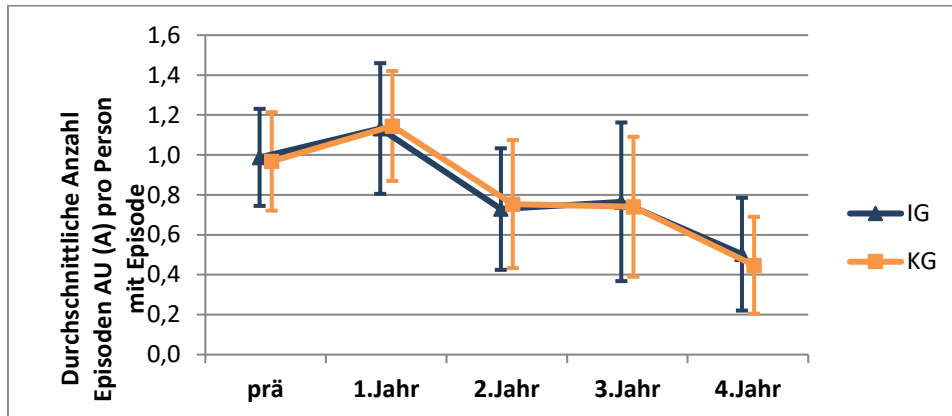
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

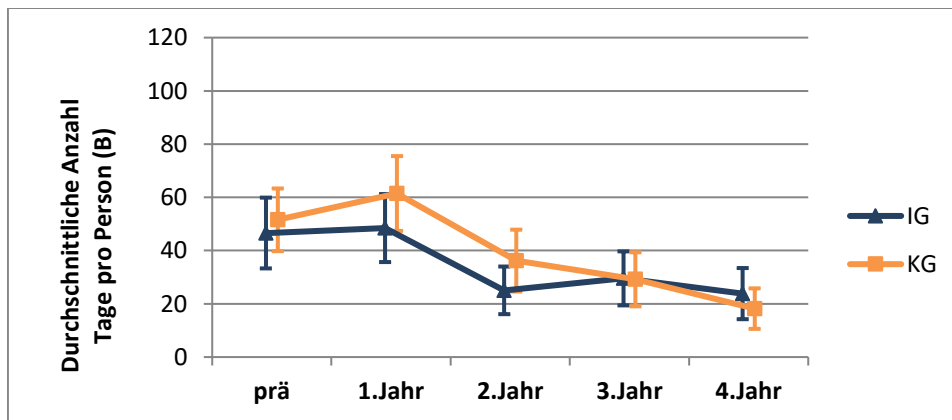
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

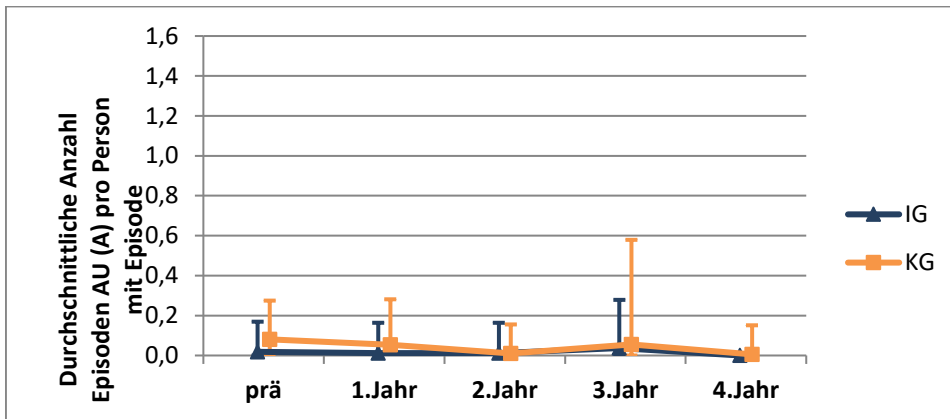


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

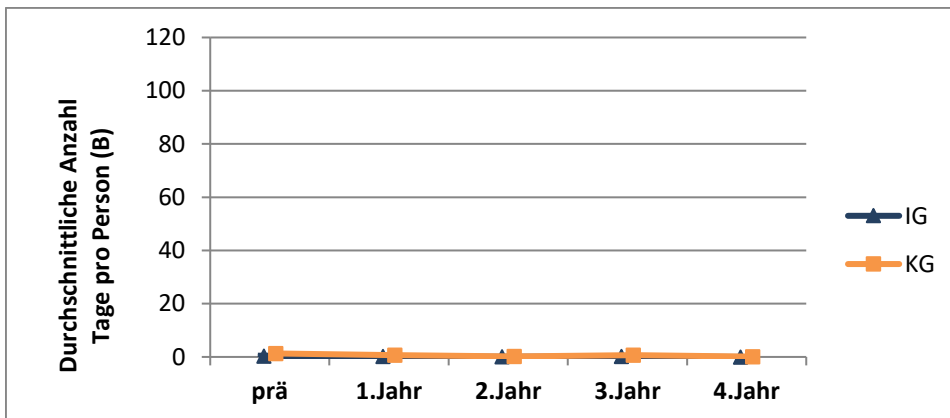


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,02 -0,19...0,22	-4,71 -22,07...12,65
DID Jahr 2	-0,11 -0,32...0,10	-6,24 -23,59...11,12
DID Jahr 3	-0,04 -0,24...0,17	-4,10 -21,46...13,26
DID Jahr 4	-0,03 -0,24...0,17	-0,64 -18,00...16,72
DID Jahr 1-4	—	-3,92 -18,65...10,81

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,03 -0,40...0,33	-8,03 -29,30...13,24
DID Jahr 2	-0,03 -0,40...0,33	-5,64 -26,91...15,63
DID Jahr 3	0,01 -0,36...0,37	5,38 -15,89...26,65
DID Jahr 4	0,03 -0,33...0,40	10,36 -10,91...31,63
DID Jahr 1-4	—	0,52 -16,51...17,55

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)	951	951	1.027	1.027
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)² • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,7	1,3	0,7	1,2
	27,7	86,6	27,2	88,2
	23,7%	17,8%	26,4%	15,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,3	1,1	0,2	0,5
	0,1%	0,5%	0,1%	0,0%

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

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

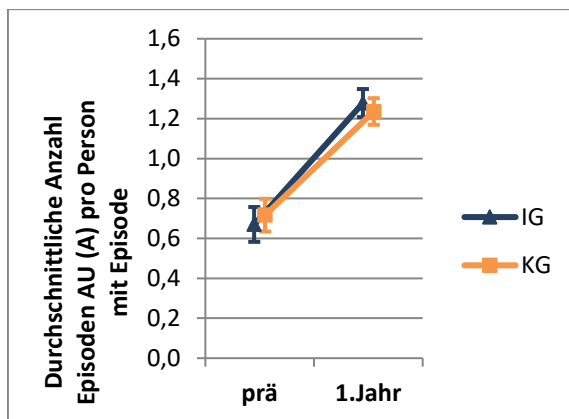
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

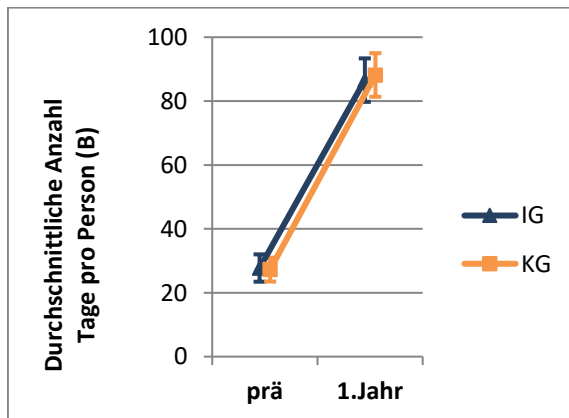
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

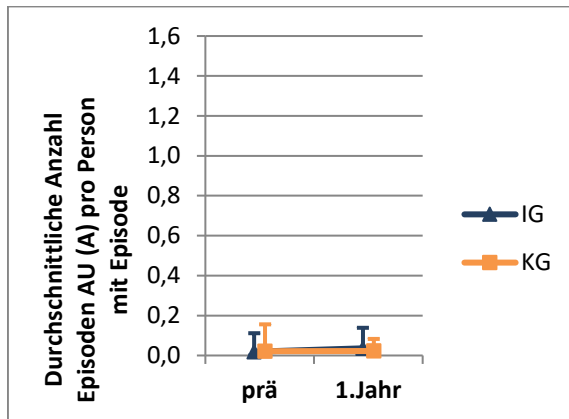


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

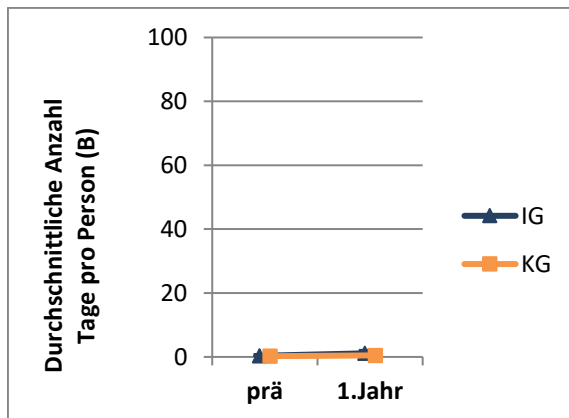


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	744	744	735	798	798	792
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,3	0,5	0,7	1,3	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,1	87,2	26,2	27,2	89,1	28,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,9%	18,4%	5,7%	26,6%	15,2%	8,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	1,3	0,9	0,3	0,5	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,7%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%

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

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

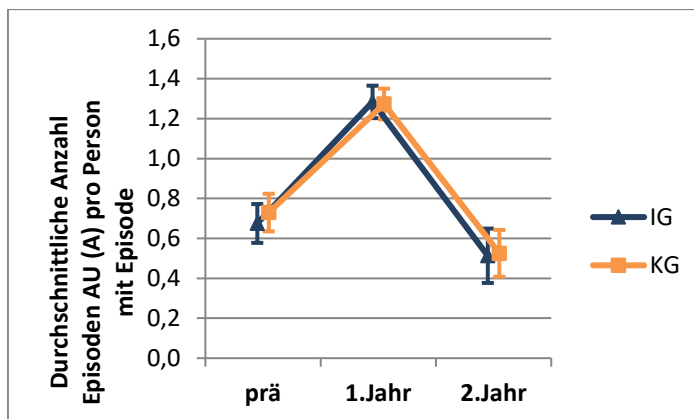
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

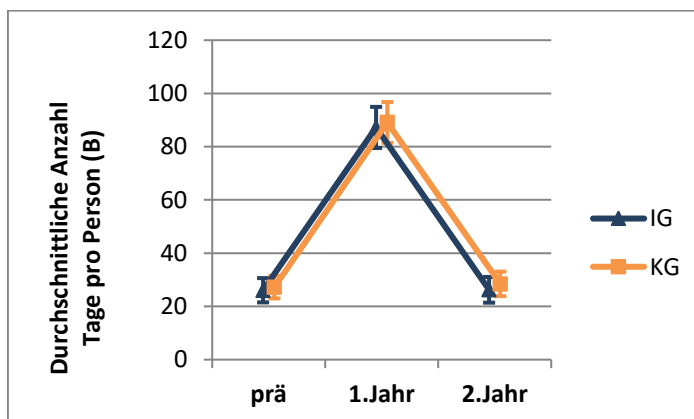
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

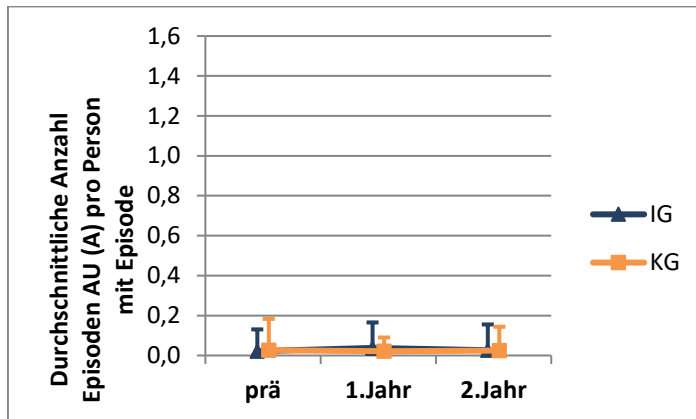


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

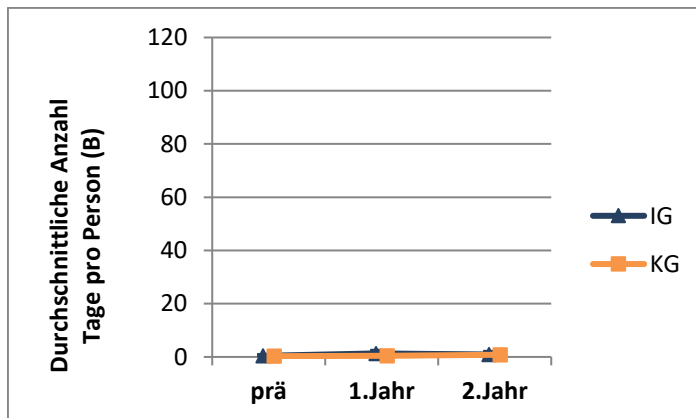


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,07 -0,07...0,20	-0,73 -11,47...10,01
DID Jahr 2	0,04 -0,09...0,17	-1,20 -11,95...9,54

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

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

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

Tabelle 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)	490	490	482	477	529	529	524	515
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,3	0,5	0,3	0,8	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,7	86,8	24,6	16,3	29,0	88,5	28,5	21,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,3%	18,8%	5,0%	4,8%	28,4%	15,3%	9,5%	5,6%
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	0,8	1,0	0,3	0,3	0,5	0,8	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,4%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	192	192	190	186	214	214	211	208
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,9	1,2	0,8	0,7	1,0	1,2	0,8	0,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	41,8	49,7	26,4	30,1	47,4	63,4	34,2	28,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	14,1%	10,4%	7,4%	6,5%	22,0%	11,2%	9,0%	6,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,9	0,4	0,0	0,2	1,6	0,6	0,3	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

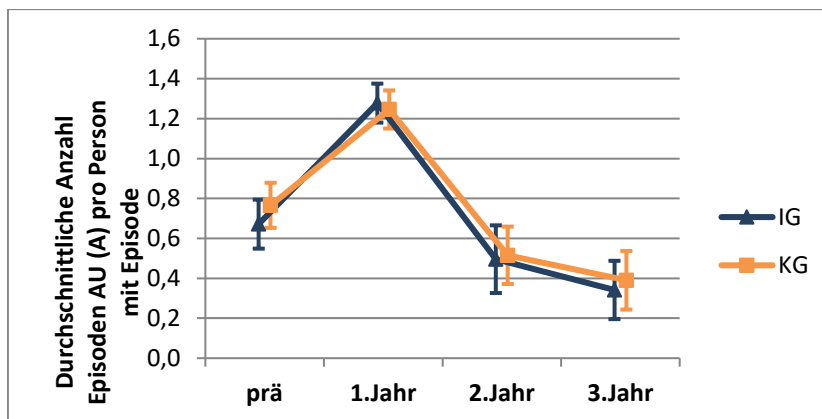
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

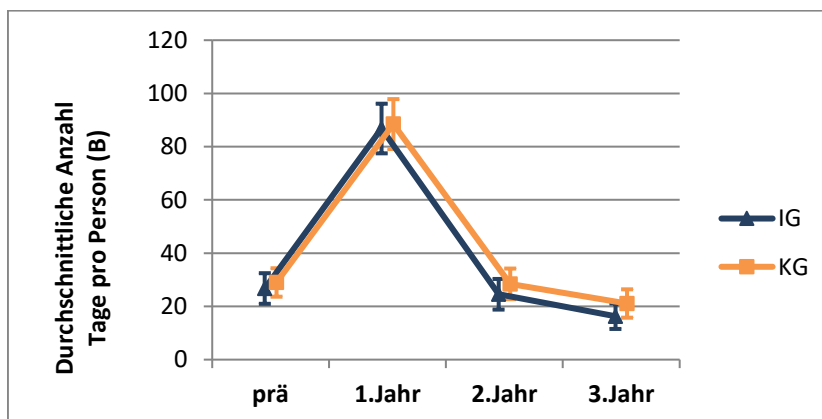
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

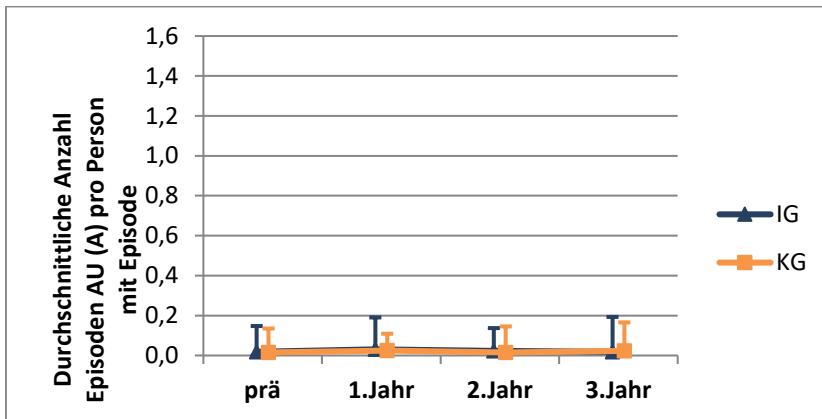


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

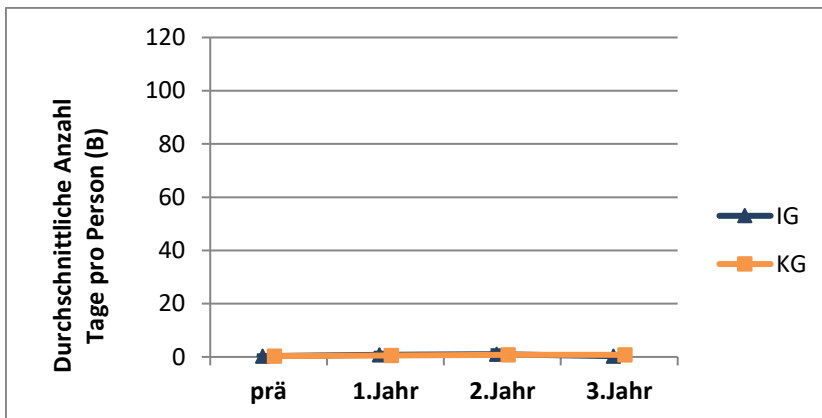


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



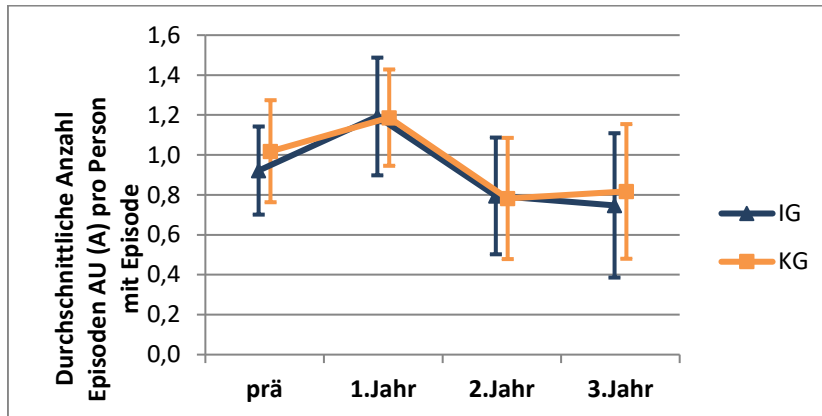
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

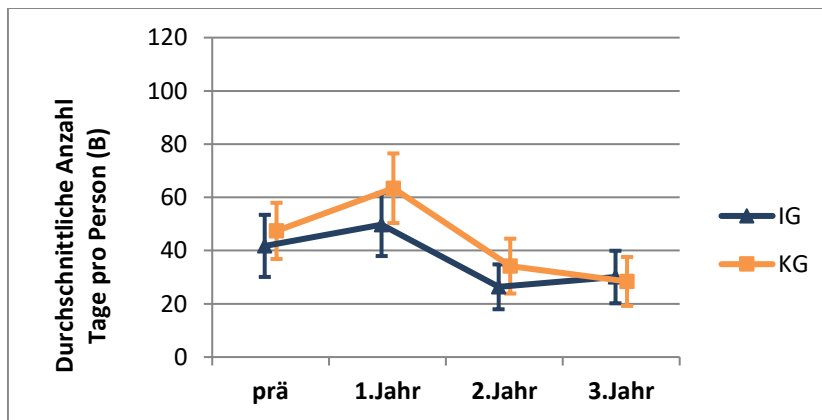
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

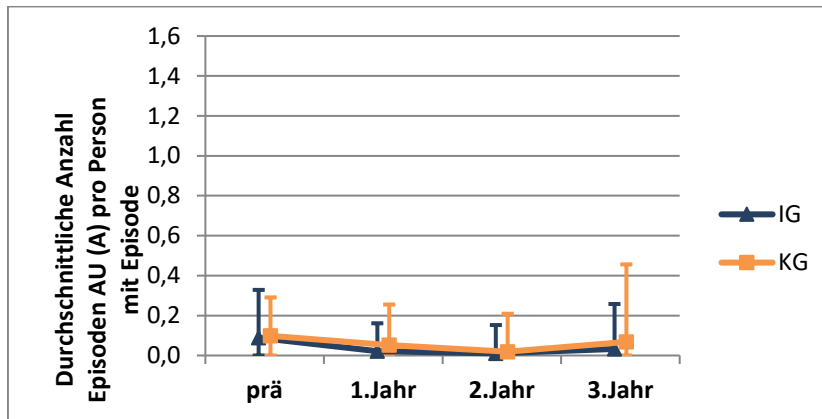


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

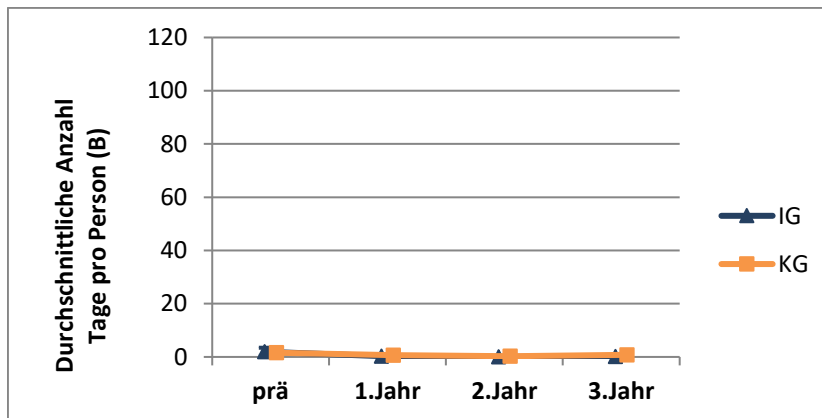


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil an Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas größer als in der KG (IG: 27,8 %; KG: 26,4 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war jedoch in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer: +18,5 Tage).

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	1.034	1.042
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	27,8%	26,4%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	130,5	110,8
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	530	513
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	16,2%	15,0%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	128,0	113,3
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	224	226
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	7,4%	7,8%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	127,6	124,3

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

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

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

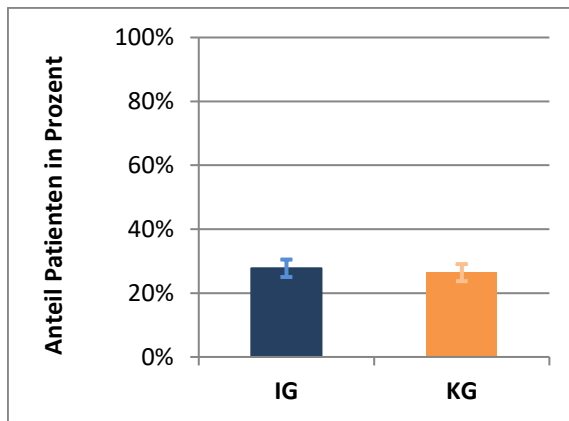
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

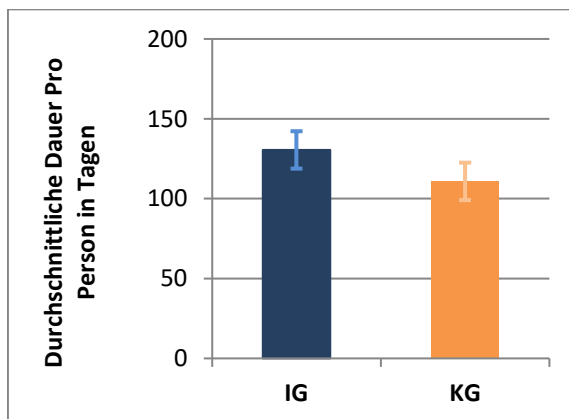


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,07 0,88...1,30	18,54* 1,93...35,15

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

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,5; KG: +0,6). Danach sank der Score erneut. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,7-4,0), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG und sehr wenig Veränderungen über die Zeit.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die mittleren Komorbiditäts-Scores in beiden Gruppen vergleichbar an, waren in der IG jedoch stets etwas größer als in der KG (+0,3).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse aus U1 und U2 wider. D.h. im ersten Jahr nach Referenzfall war ein kleiner Peak erkennbar. Die IG wies stets einen etwas höheren Score als die KG auf. Dieser Unterschied war jedoch gering und verringerte sich weiter über die Zeit. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu den anderen Untersuchungen bei den linikneuen Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach sowie ein stets etwas höherer Score zu erkennen. Dieser Unterschied war jedoch gering und nahm über die Zeit weiter ab. Bei den linikbekannten Patienten war kaum ein Unterschied zwischen IG und KG in Verlauf und Niveau ersichtlich.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,8	3,2	3,2	3,1	3,0	3,6	3,0	3,0	3,0

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)	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,9	3,9	4,0	3,8	3,7	3,9	4,0	3,9	3,9	3,7

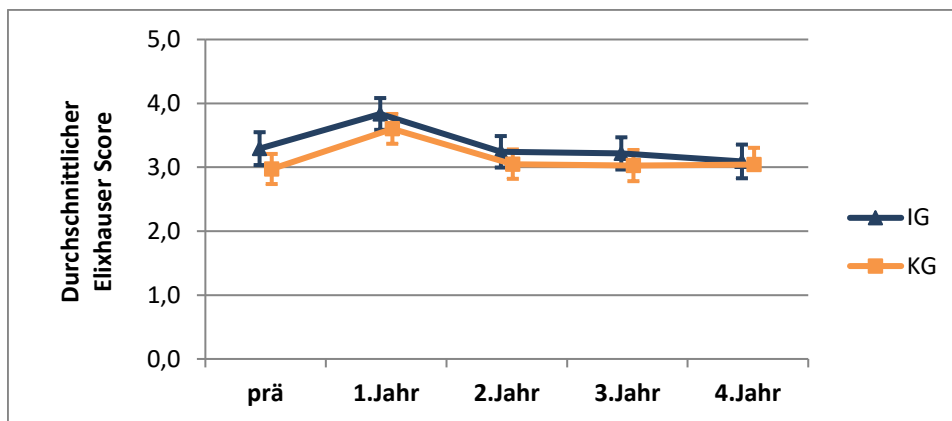
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

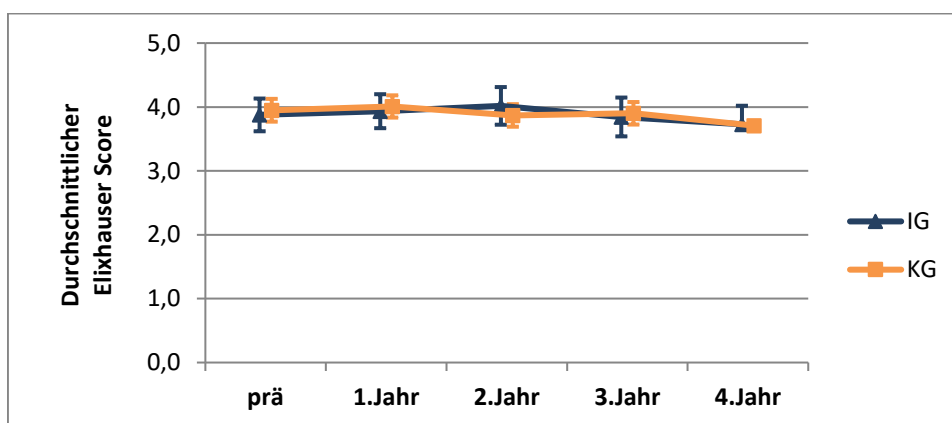


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,53...0,36
DID Jahr 2	-0,17 -0,62...0,28
DID Jahr 3	-0,22 -0,67...0,23
DID Jahr 4	-0,33 -0,78...0,12

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,00 -0,51...0,51
DID Jahr 2	0,28 -0,23...0,79
DID Jahr 3	-0,01 -0,52...0,50
DID Jahr 4	0,06 -0,45...0,57

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.642	1.642	1.642	1.642
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	4,0	3,0	3,7

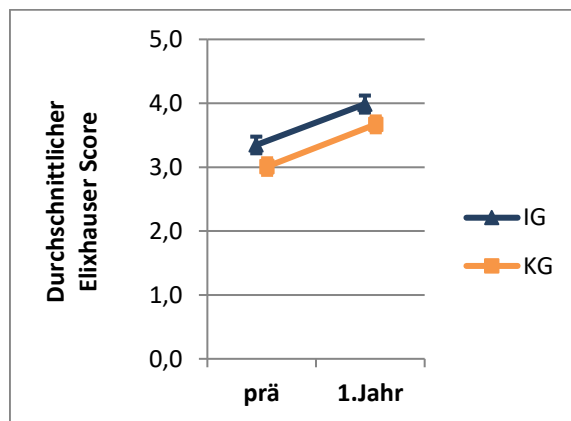
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,9	3,3	3,1	3,7	3,2

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

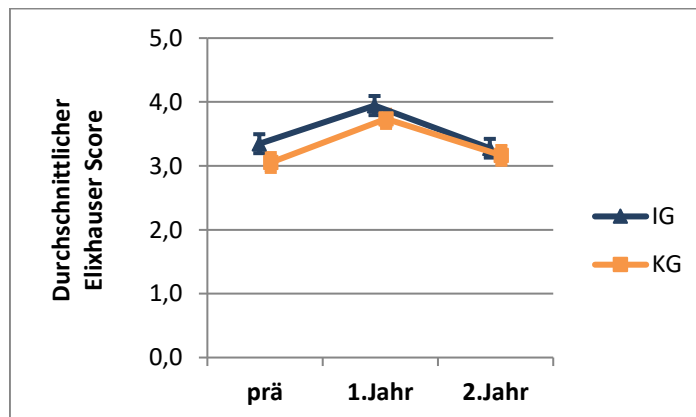


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,35...0,18
DID Jahr 2	-0,24 -0,50...0,02

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)	853	853	798	771	848	848	804	783
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	4,0	3,3	3,2	3,0	3,7	3,1	3,0

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	410	410	397	378	414	414	395	381
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,8	3,8	3,9	3,7	4,0	4,0	3,9	3,9

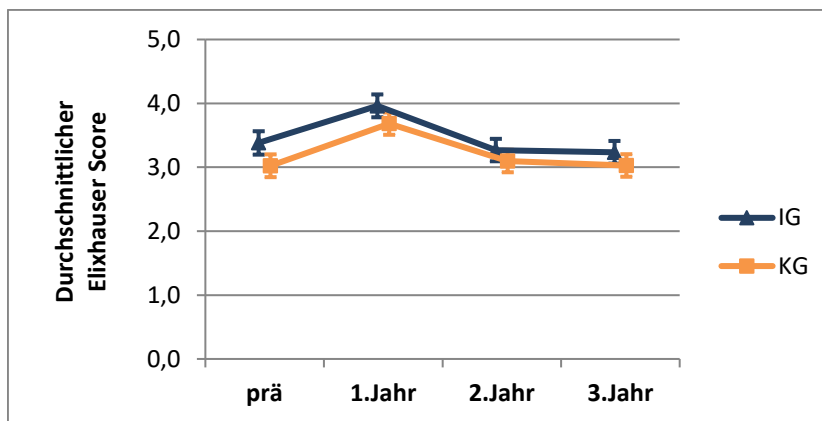
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

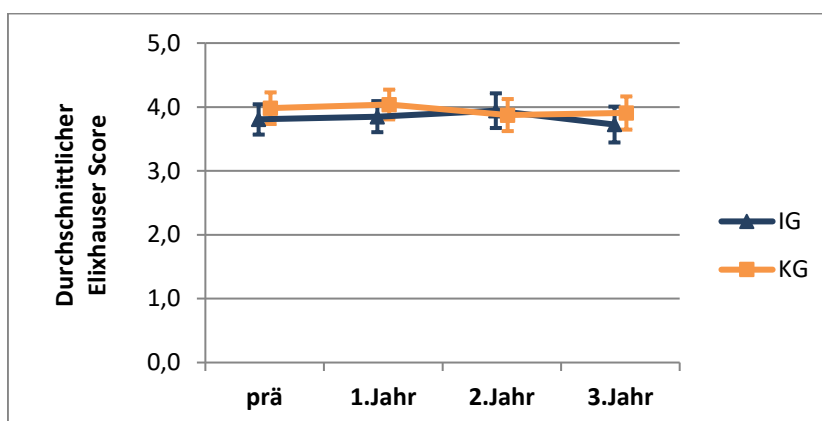


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), in der IG bei den linikneuen Patienten etwas höher (+1,2 %-Punkte) und bei den linikbekannten Patienten vergleichbar (-0,3 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die nach einem Jahr nach Referenzfall verstarben, in IG erneut etwas höher als in der KG (+1,5 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, in der IG etwas größer (+2,2 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 1,4).

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	411	411
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	14,6 %	13,4 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	363	372
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	11,3 %	11,6 %

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

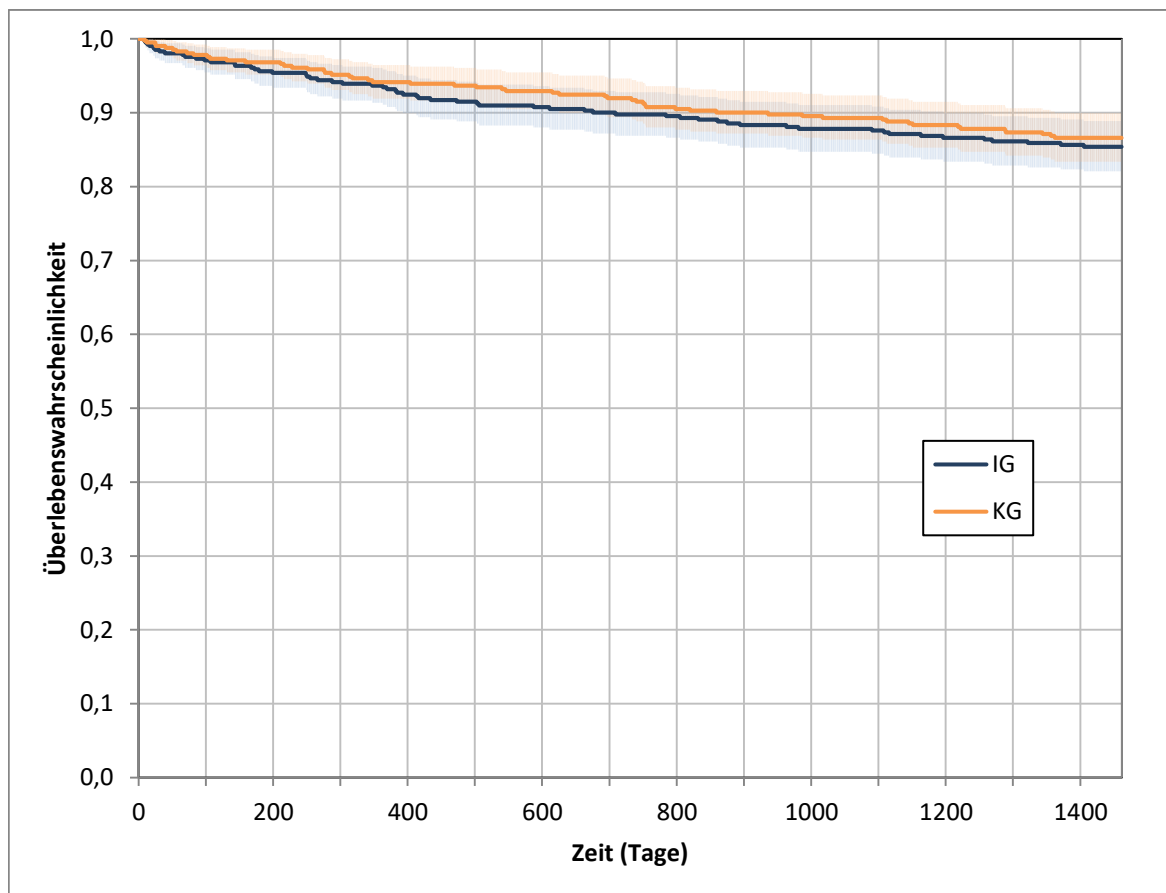
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

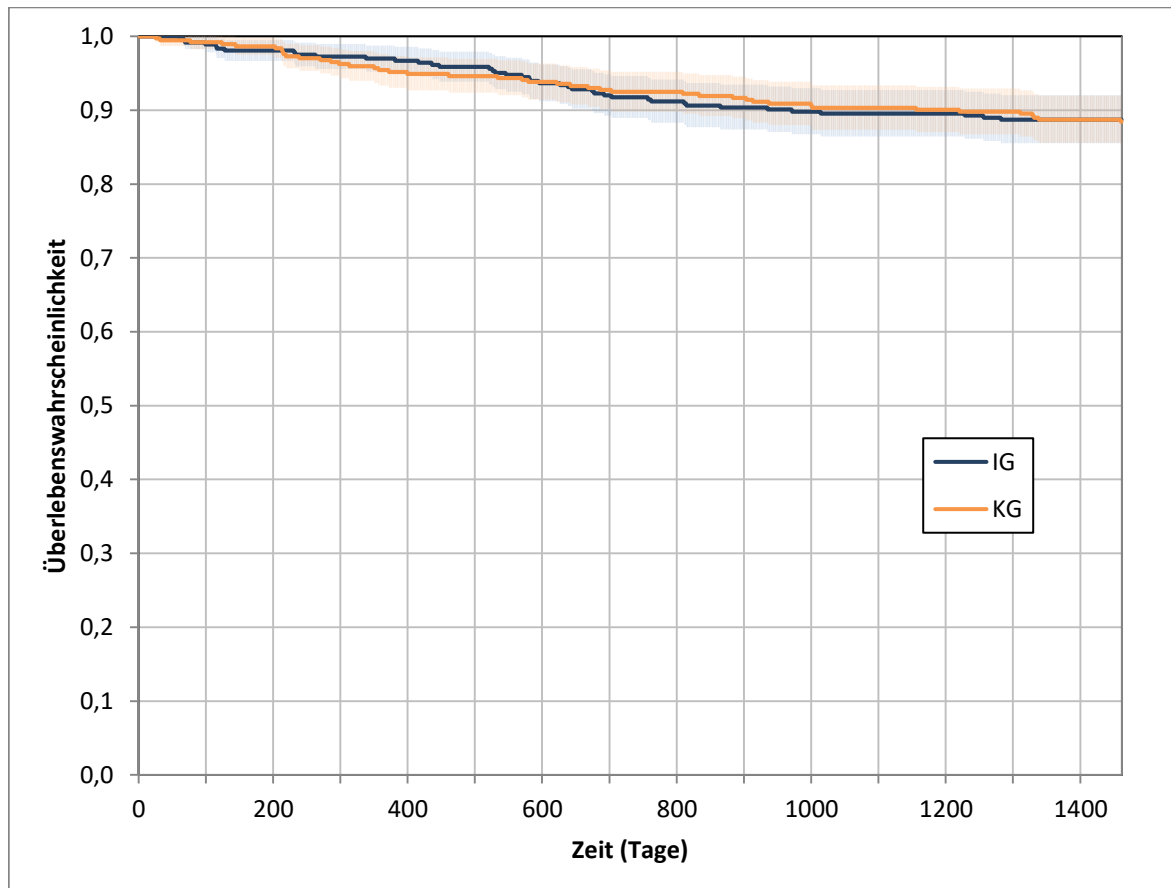
Überlebenswahrscheinlichkeit

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

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,08 0,74...1,57

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,03 0,66...1,60

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.642	1.642
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	6,6 %	5,1 %

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

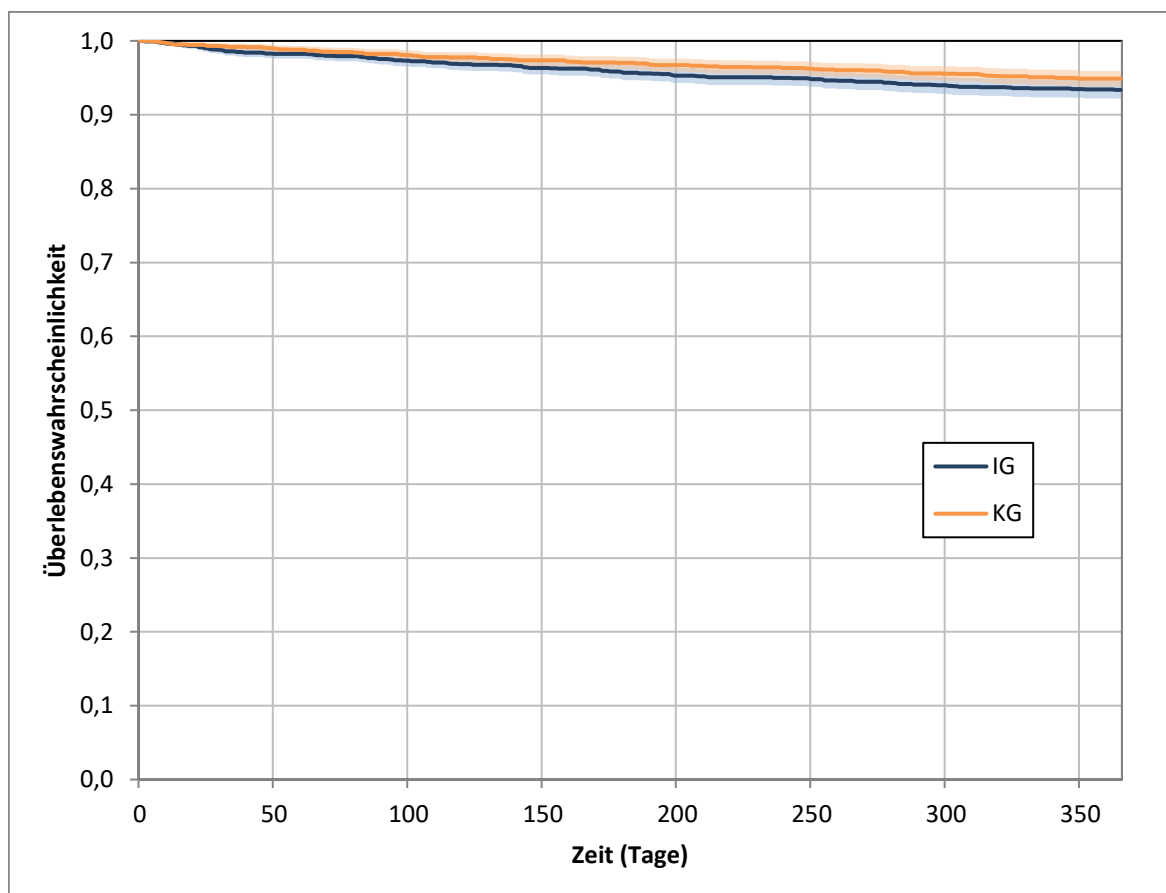
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.287	1.283
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	9,9 %	7,8 %

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

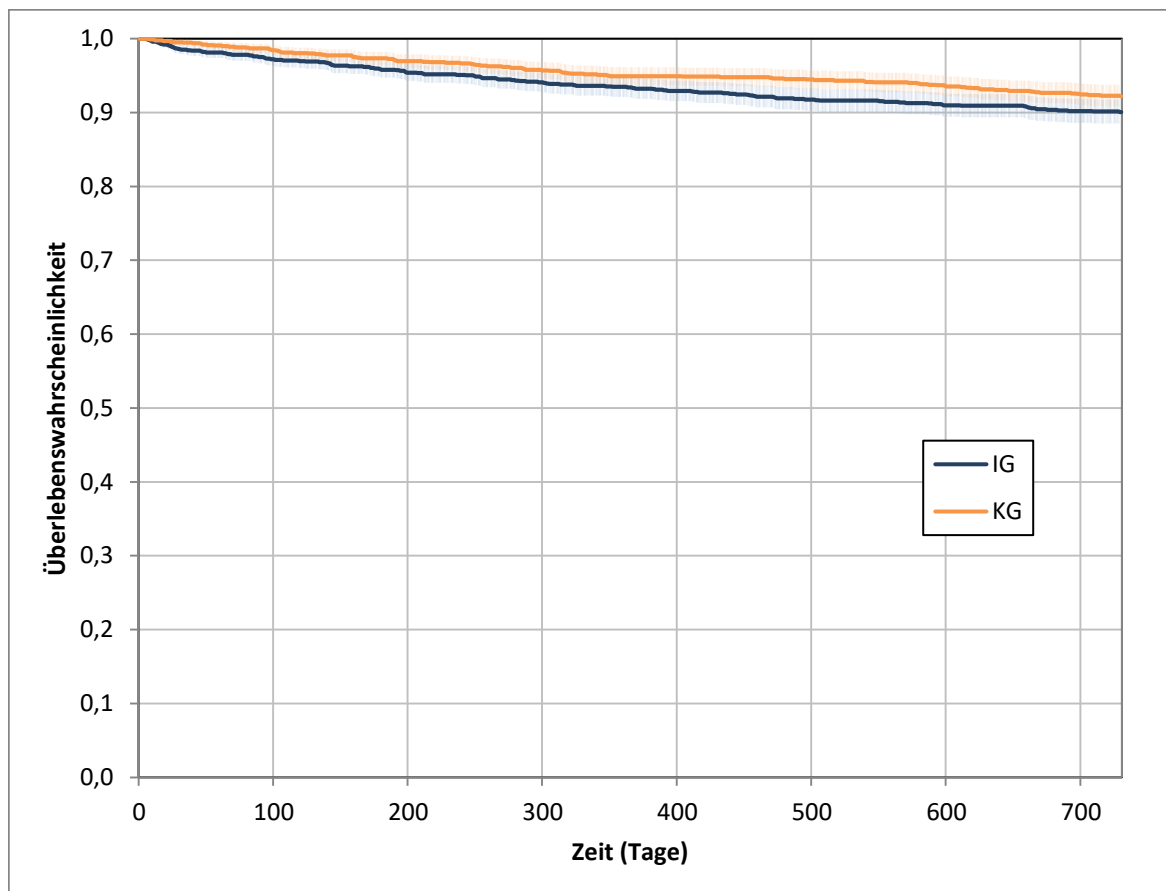


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,42* 1,08...1,85

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)	853	848
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	12,0 %	10,7 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	410	414
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	9,8 %	9,9 %

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

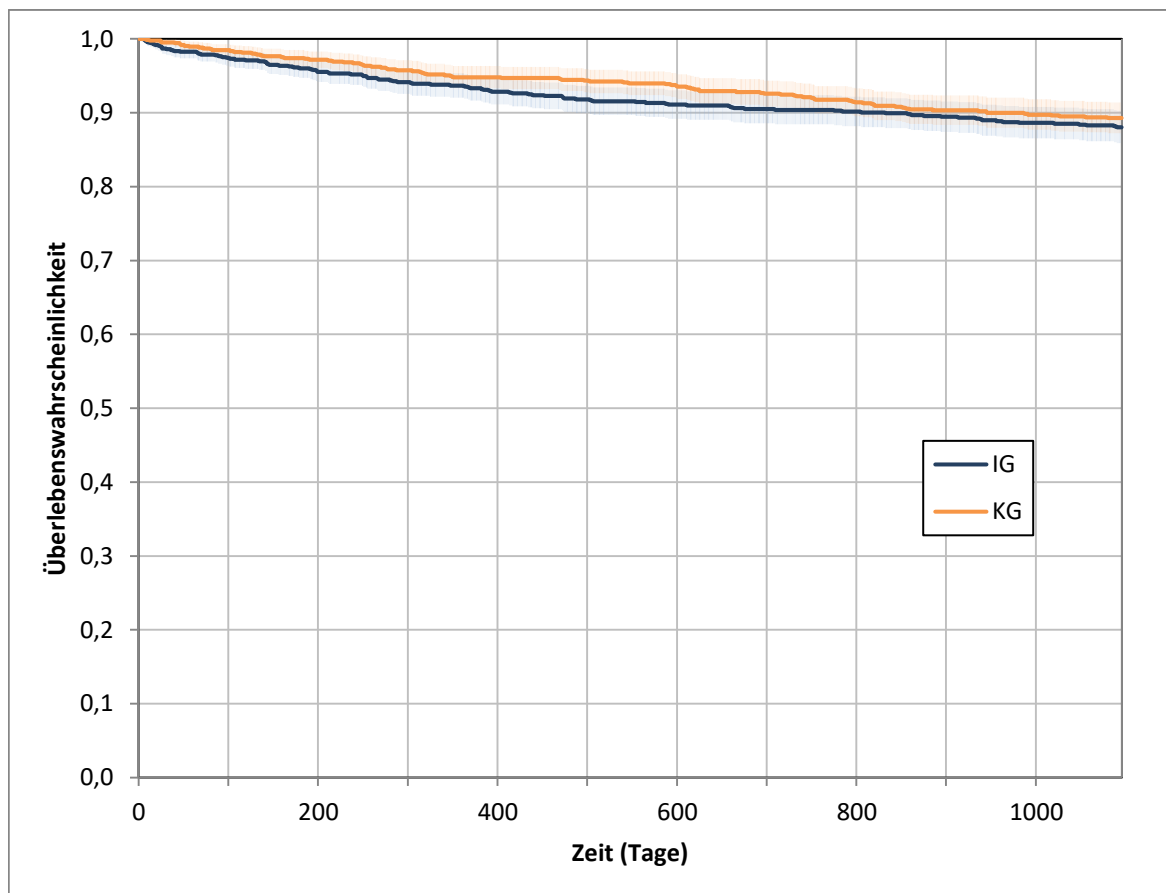
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

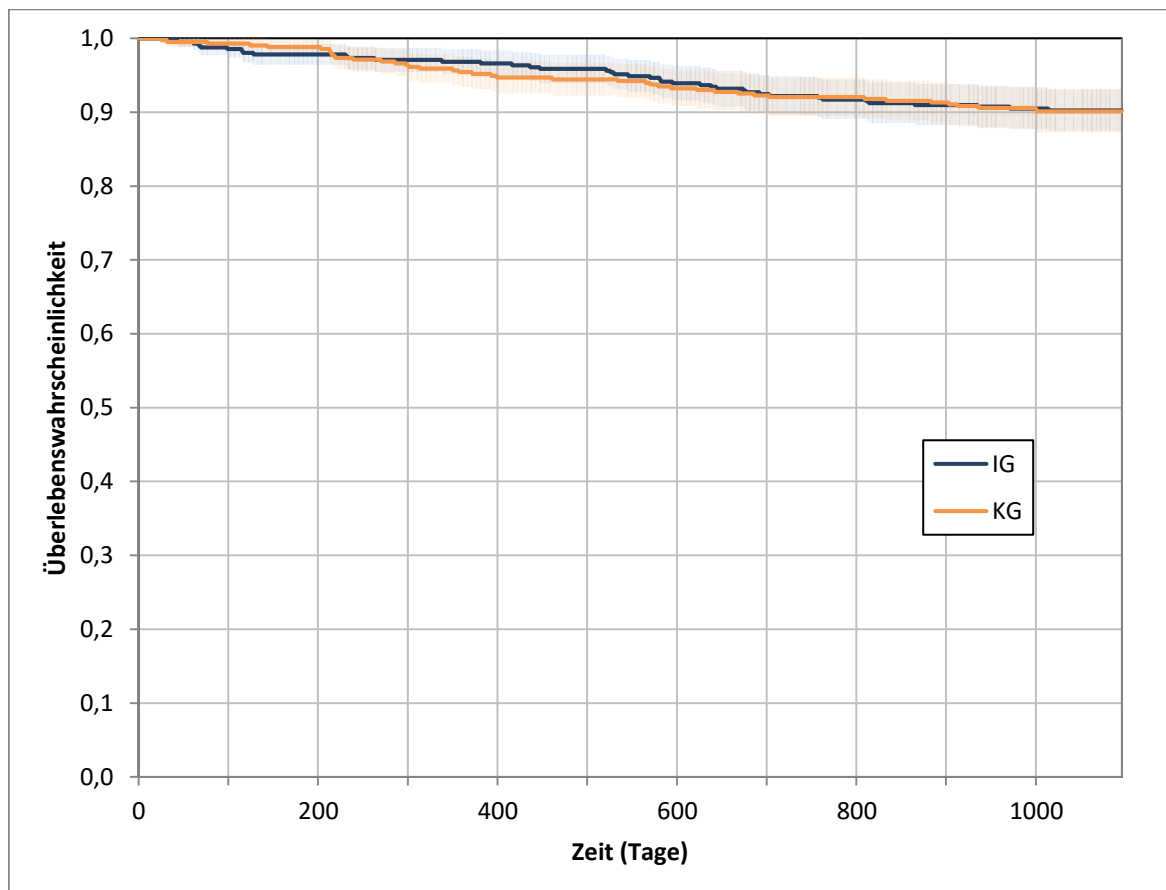


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG etwas geringer als in der KG (-1,4 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (+8,1 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-2,6 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil geringer (-8,2 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu etwas größeren Anteilen als die Patienten der KG (+1,7 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-6,7 %-Punkte). Jedoch waren beide Unterschiede statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 5,4 %-Punkte größer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,4 %-Punkte geringer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen beiden Gruppen vergleichbar (-0,2 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG größer als in der KG (+4,7 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG etwas geringer als in der KG (-1,9 %-Punkte). Auch dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,6 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut größer als in der KG (+3,2 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+7,9 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-2,1 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-3,7 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas größeren Anteilen als die Patienten der KG (+1,5 %-Punkte); während dieser Anteil bei den linikbekannten Patienten in der IG geringer ausfiel (-6,8 %-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	351	356
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	137	134
• Jegliche depr. Episode ³	213	207
• ohne Suchterkrankung ⁵	227	240
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	28,5 %	29,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,6 %	9,2 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	24,2 %	22,5 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	322	329
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	73	90
• Jegliche depr. Episode ³	135	159
• ohne Suchterkrankung ⁵	182	181
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	19,2 %	11,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,7 %	11,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	13,7 %	20,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

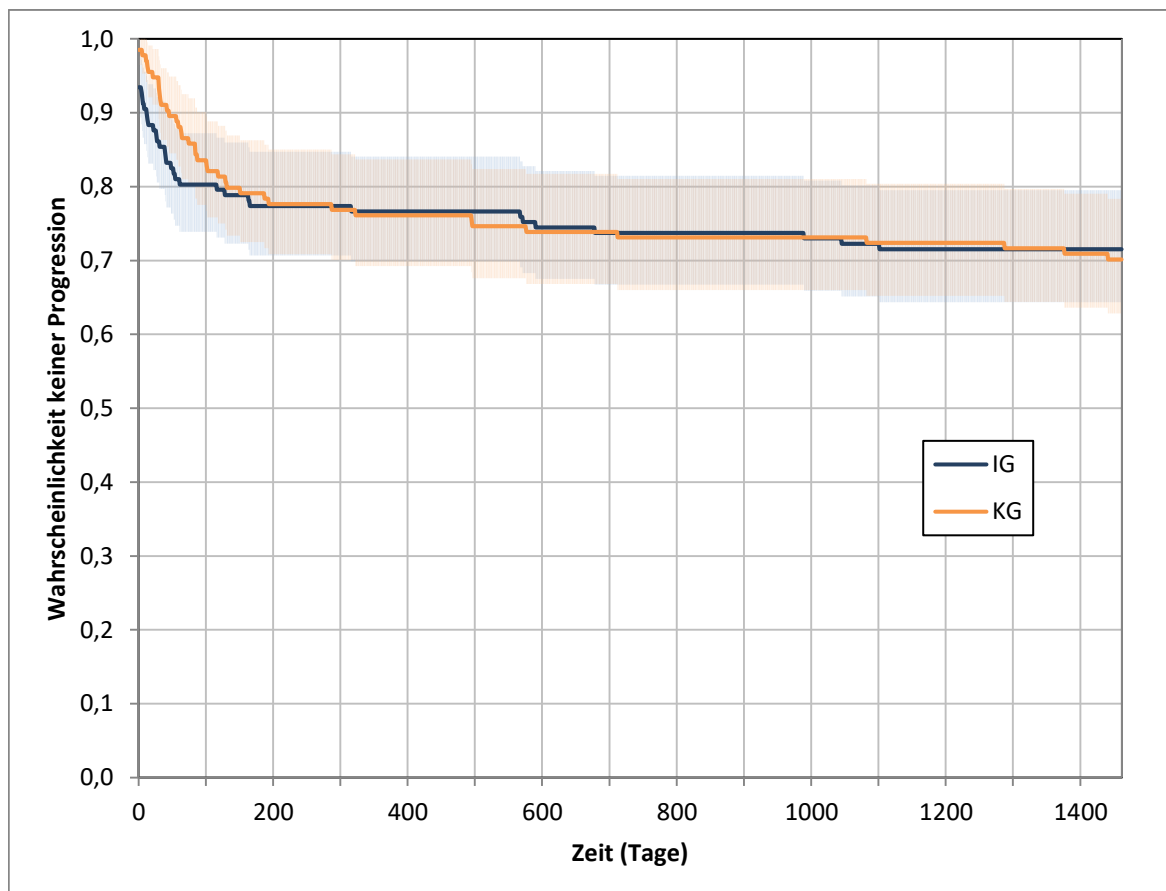
Klinikneue Patienten

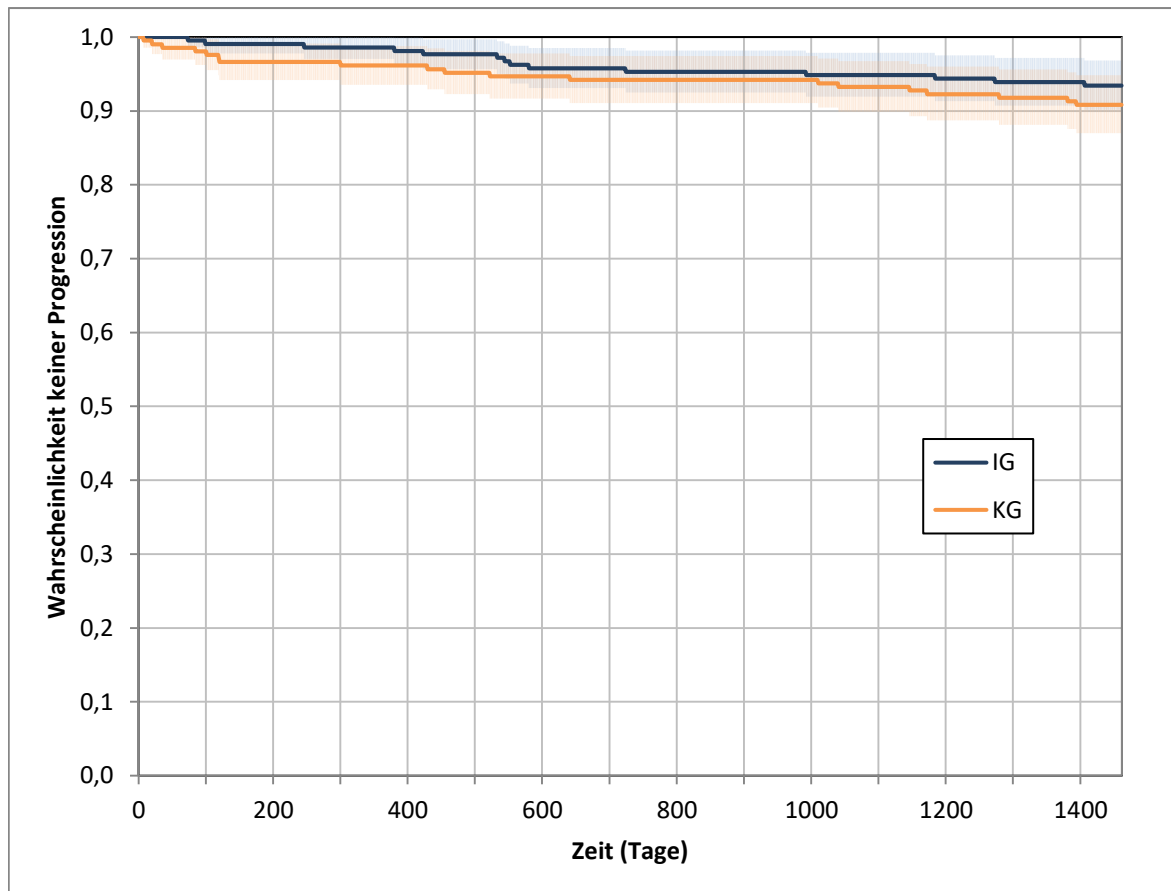
Legende für die folgenden Abbildungen:

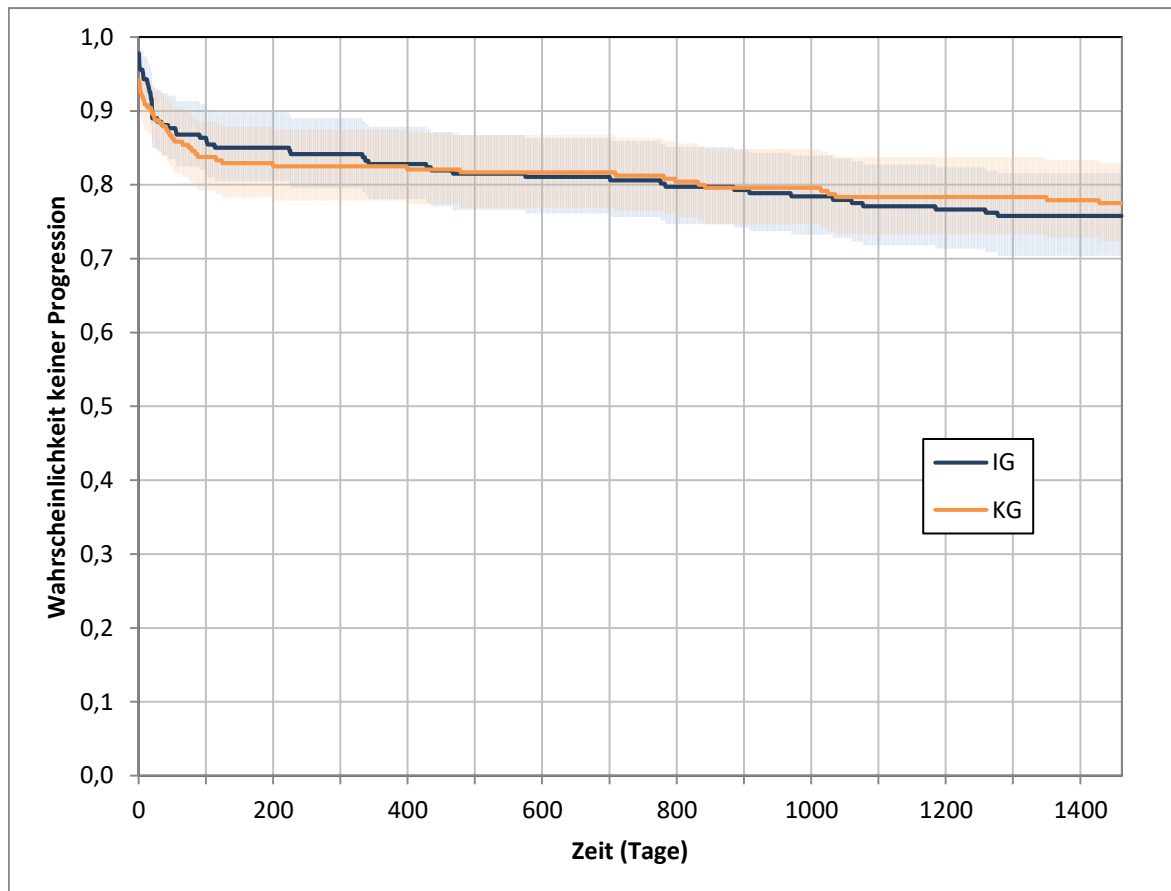
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

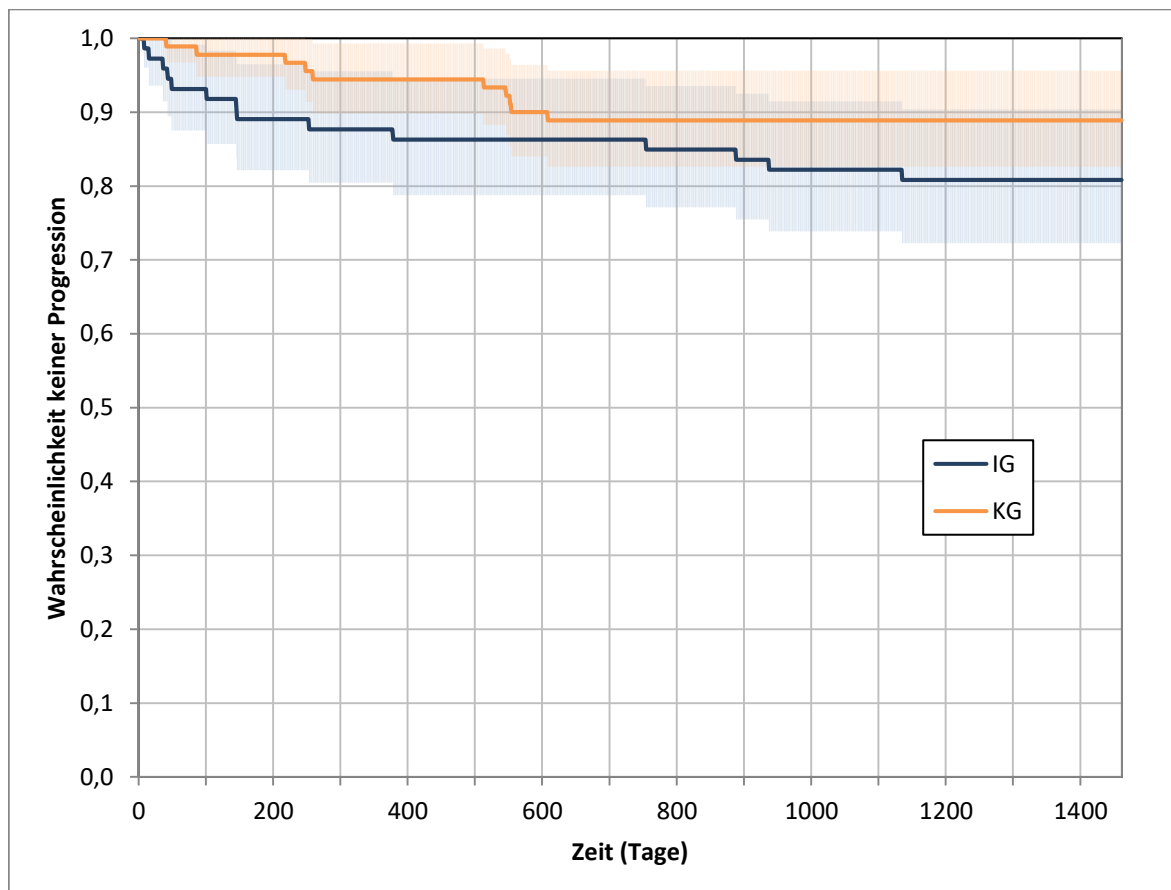
Progression C (→ Suchterkrankung)

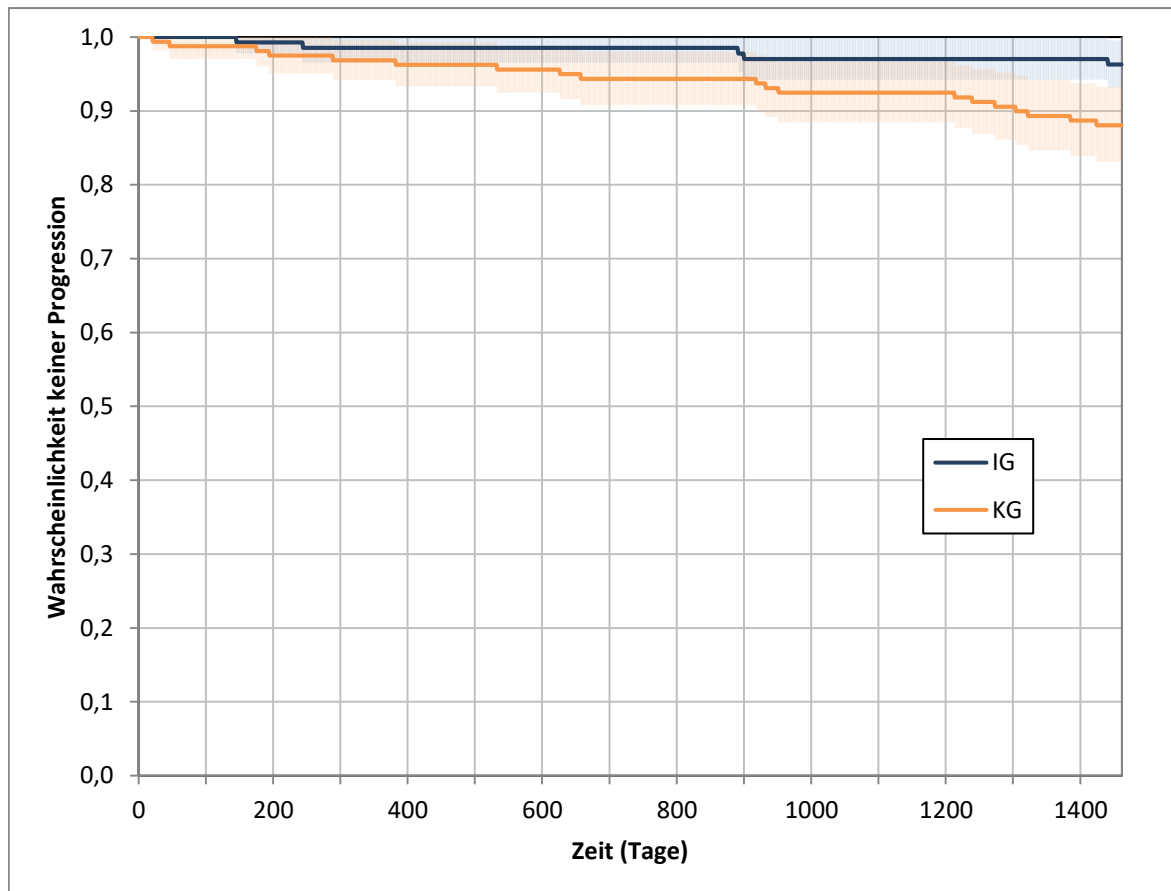
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

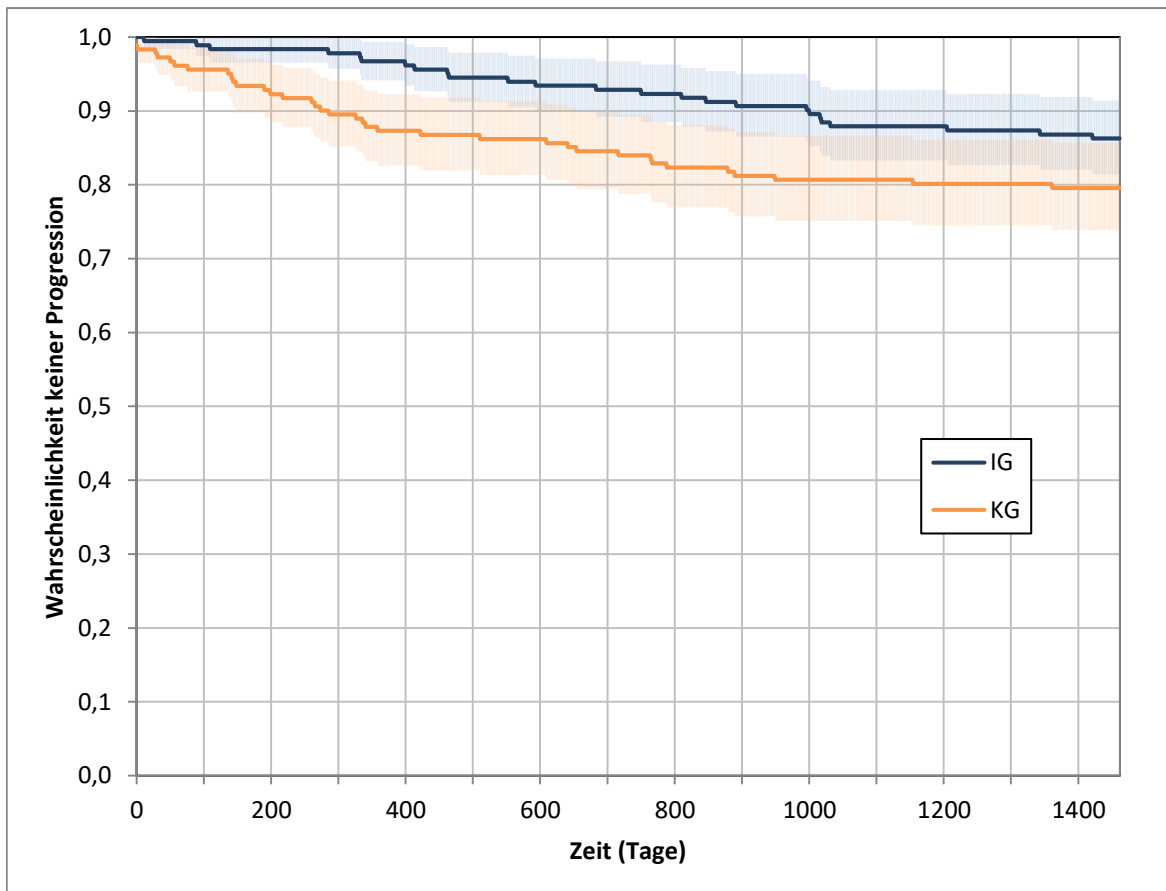


Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,02 0,64...1,61	0,72 0,36...1,45	1,18 0,81...1,73

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,71 0,70...4,19	0,24** 0,09...0,66	0,60 0,36...1,01

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	1.533	1.558
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	476 850 1.003	497 833 1.074
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	27,3 % 2,2 % 19,1 %	21,9 % 3,6 % 19,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

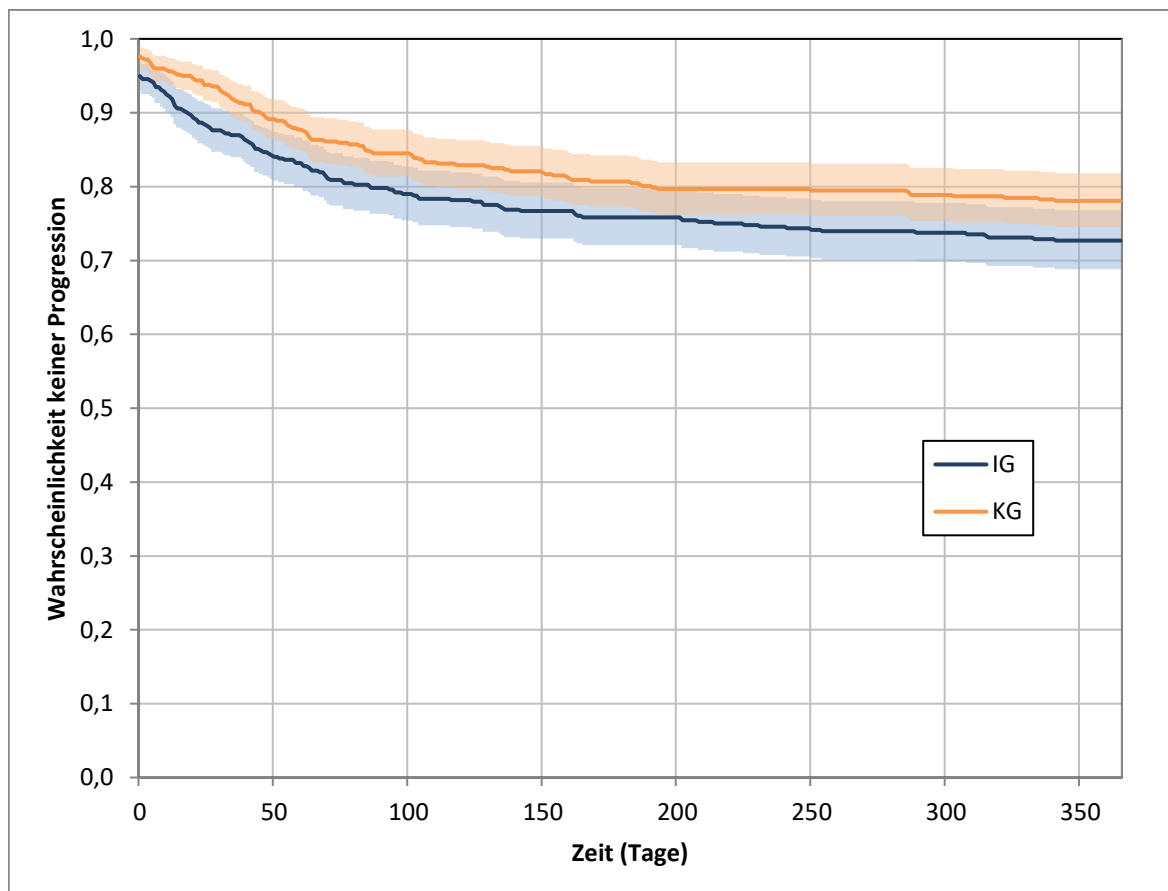
Klinikneue Patienten

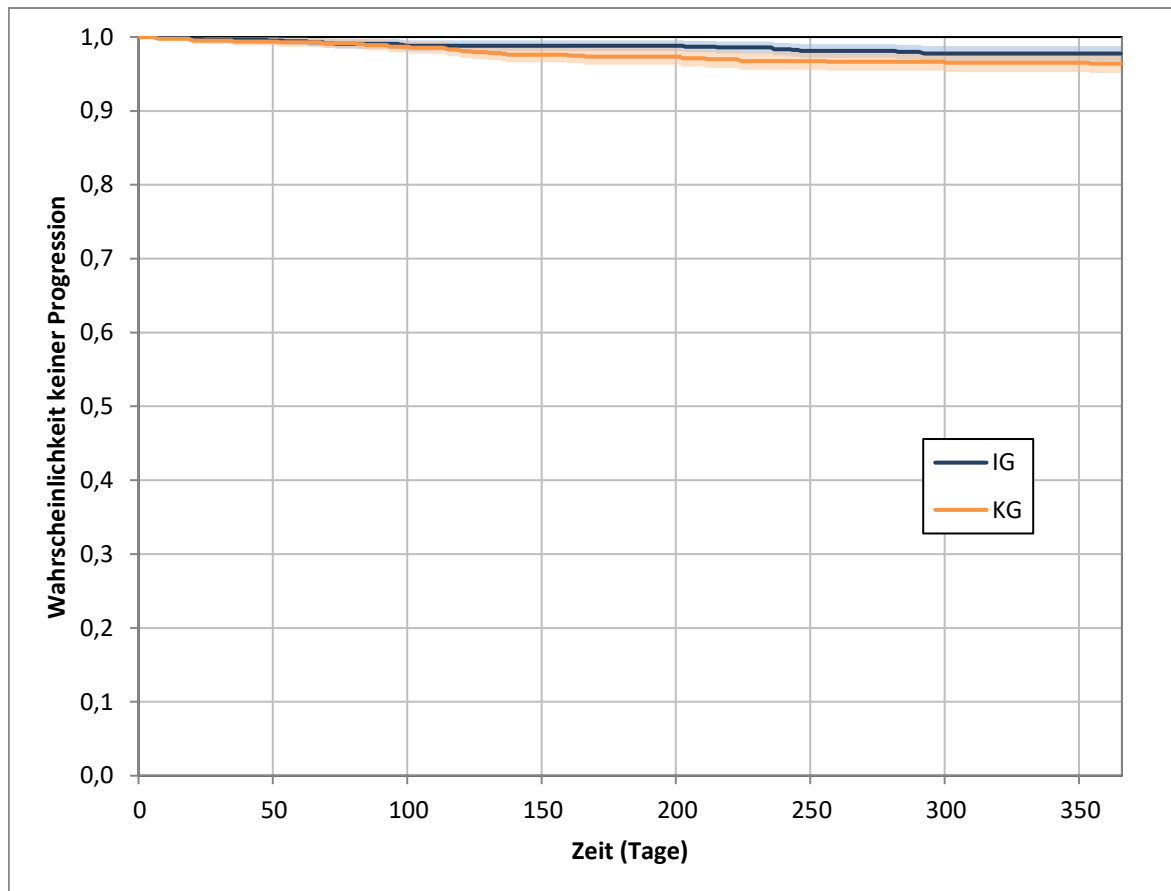
Legende für die folgenden Abbildungen:

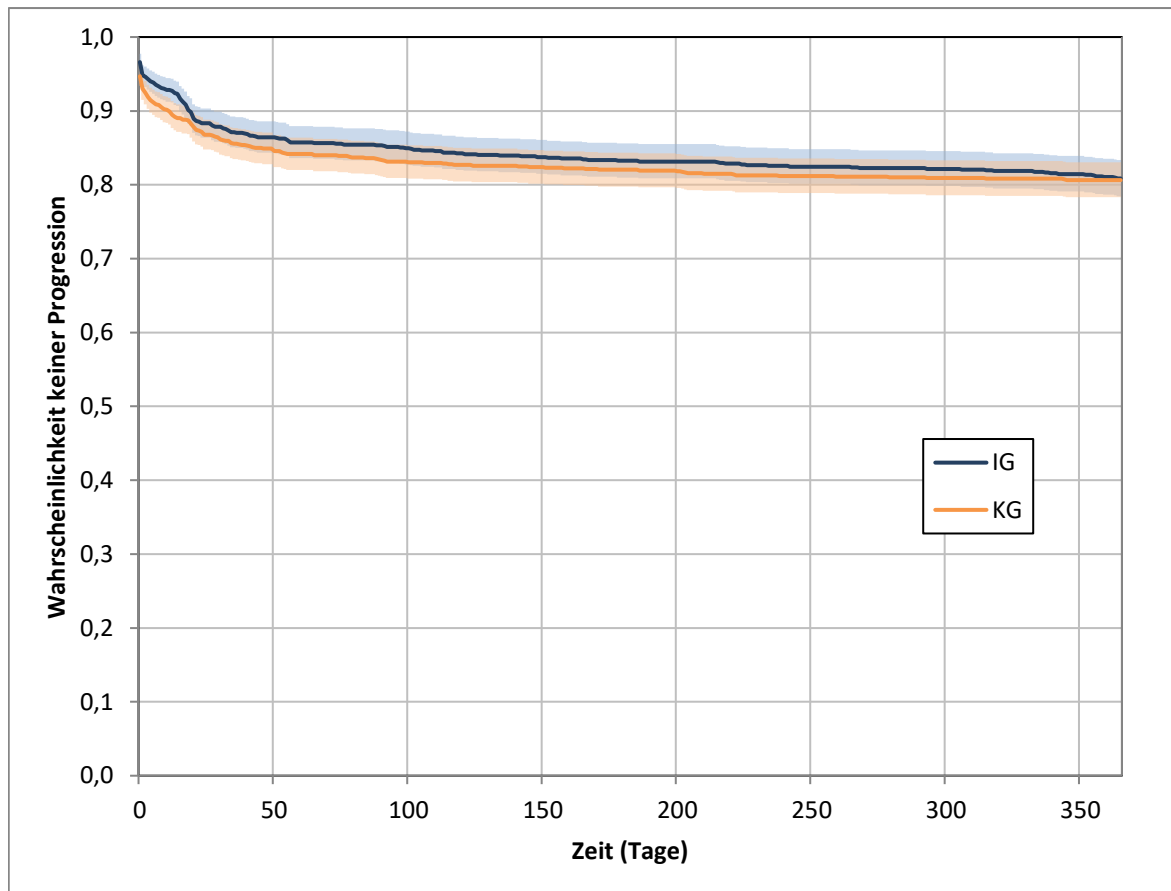
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.159	1.183
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	392	401
• Jegliche depr. Episode ³	669	652
• ohne Suchterkrankung ⁵	760	807
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	29,6 %	24,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,0 %	6,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	21,8 %	22,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

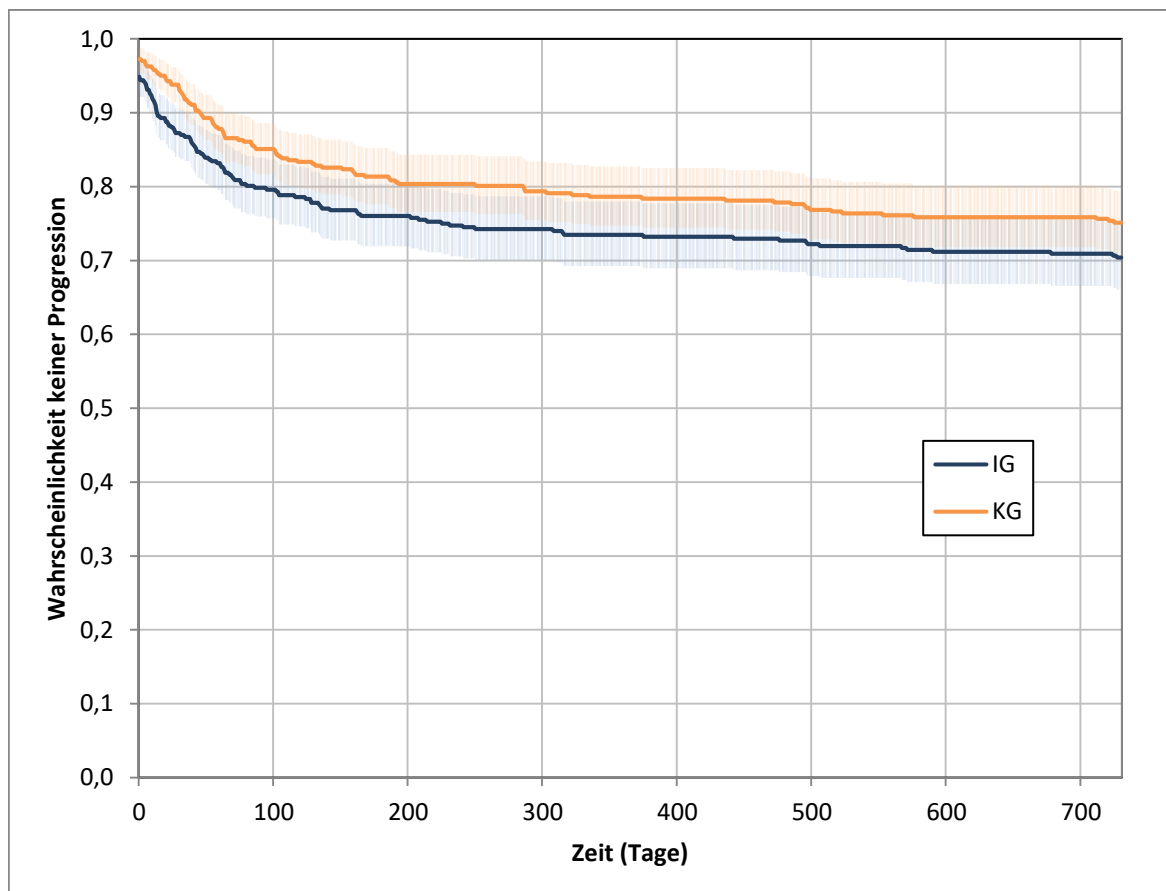
Klinikneue Patienten

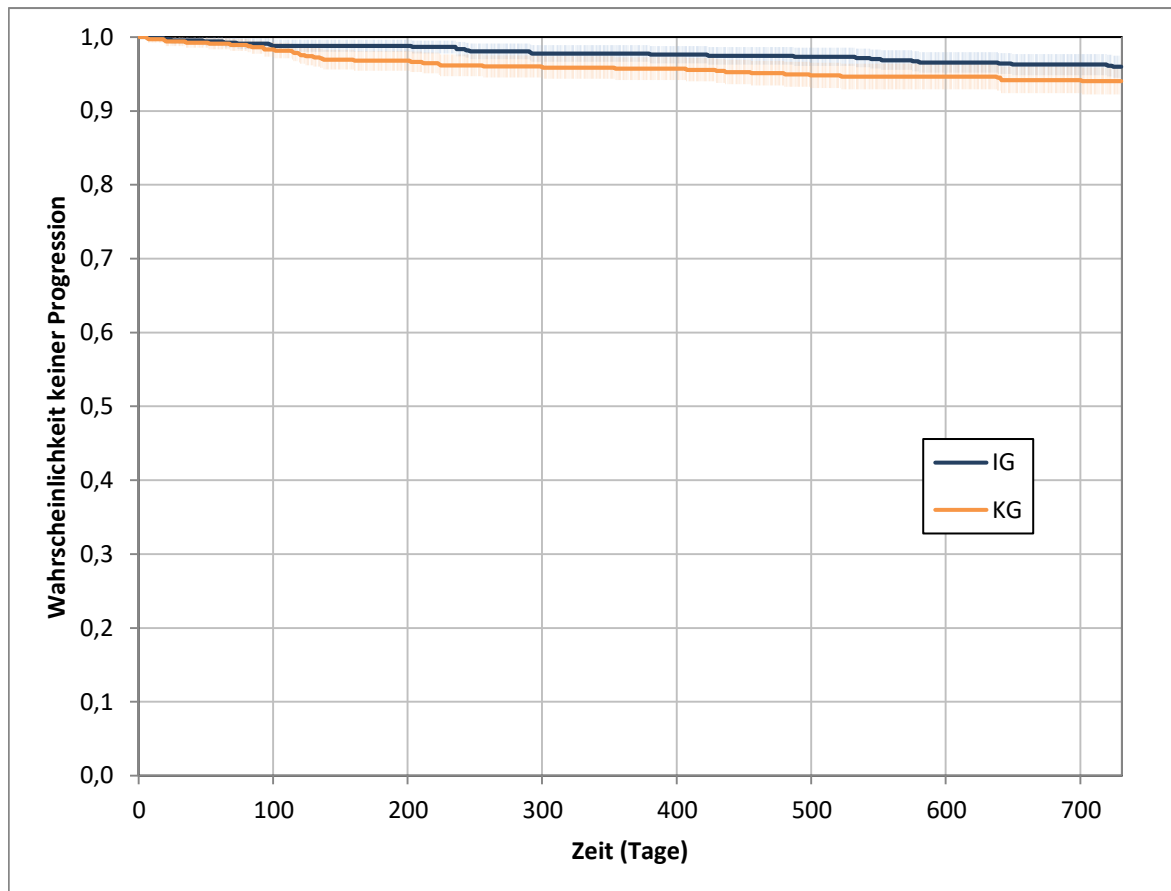
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

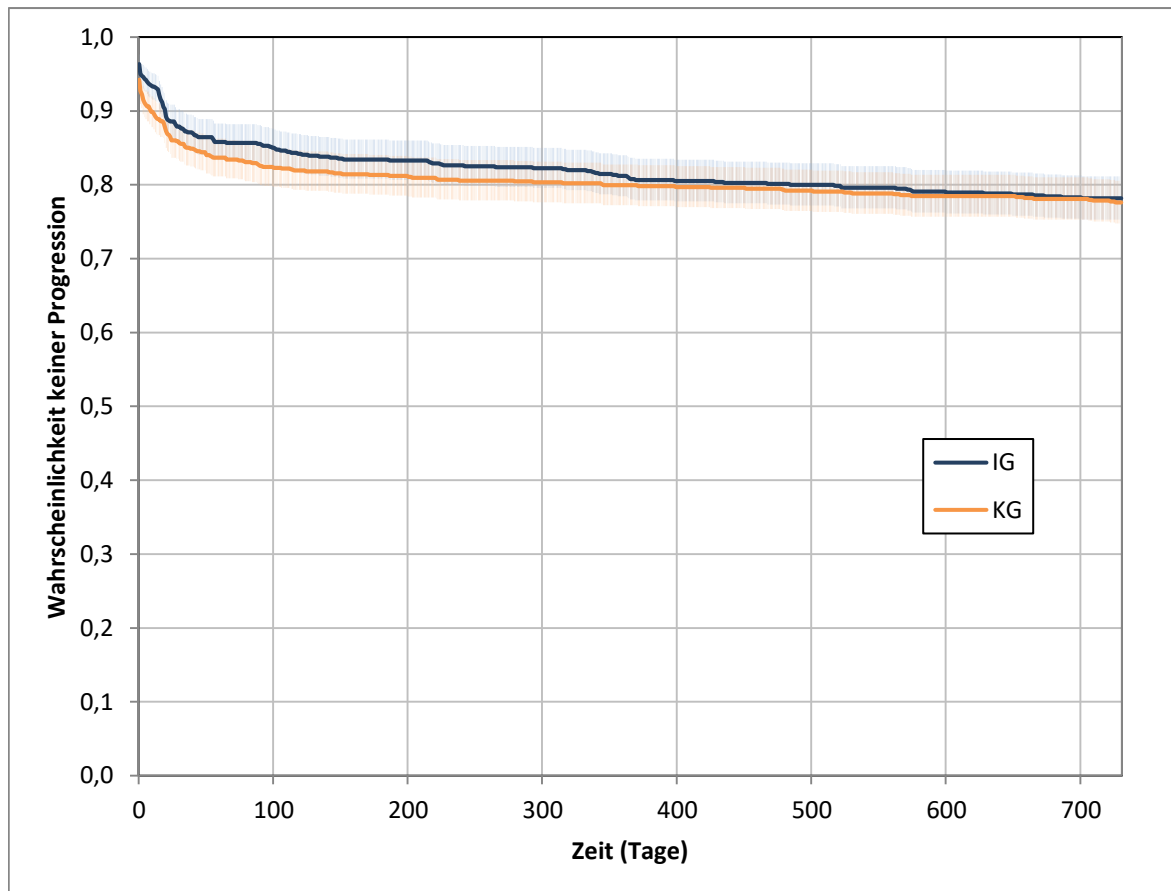
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,32* 1,01...1,73	0,65 0,40...1,07	0,91 0,73...1,12

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	751	757
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	271 439 482	270 420 515
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	30,3 % 4,8 % 23,0 %	27,0 % 6,9 % 21,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	370	373
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	79	97
• Jegliche depr. Episode ³	152	171
• ohne Suchterkrankung ⁵	201	198
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	20,3 %	12,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,3 %	7,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	12,4 %	19,2 %

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

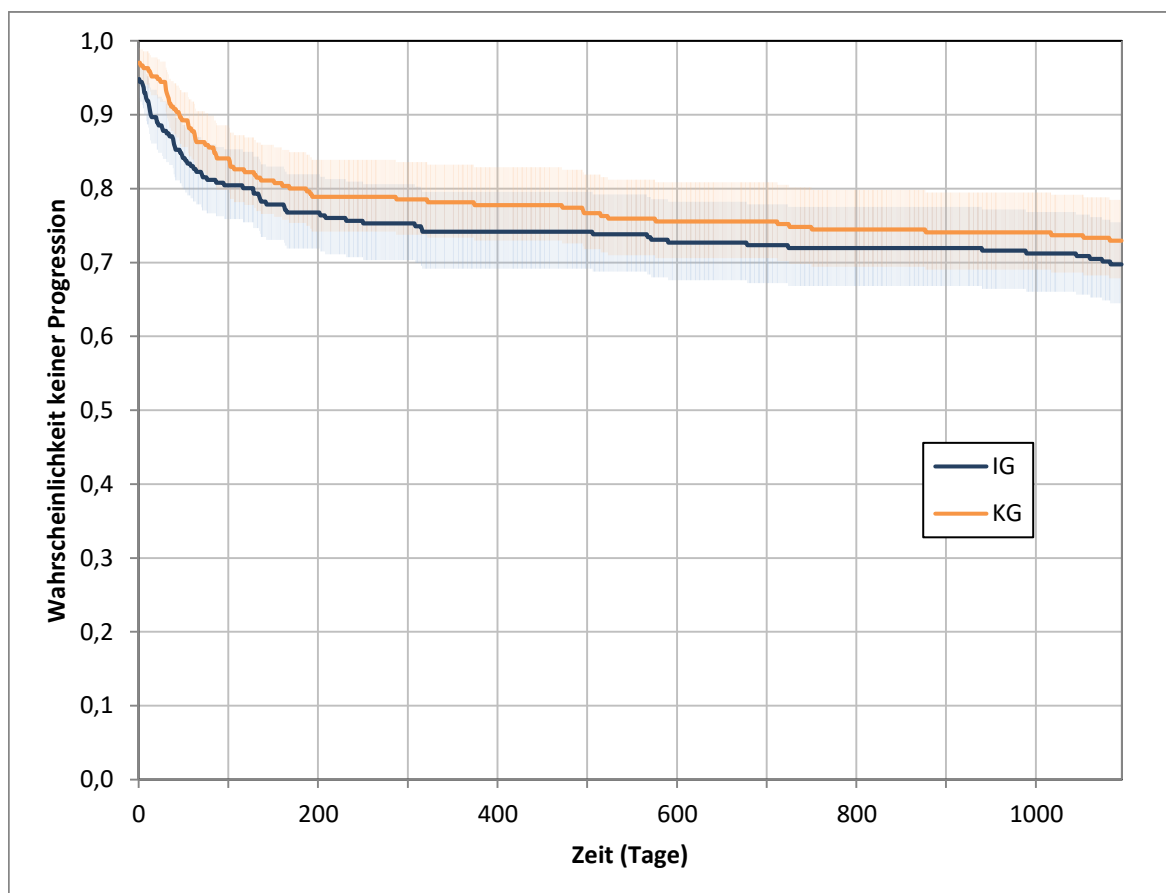
Klinikneue Patienten

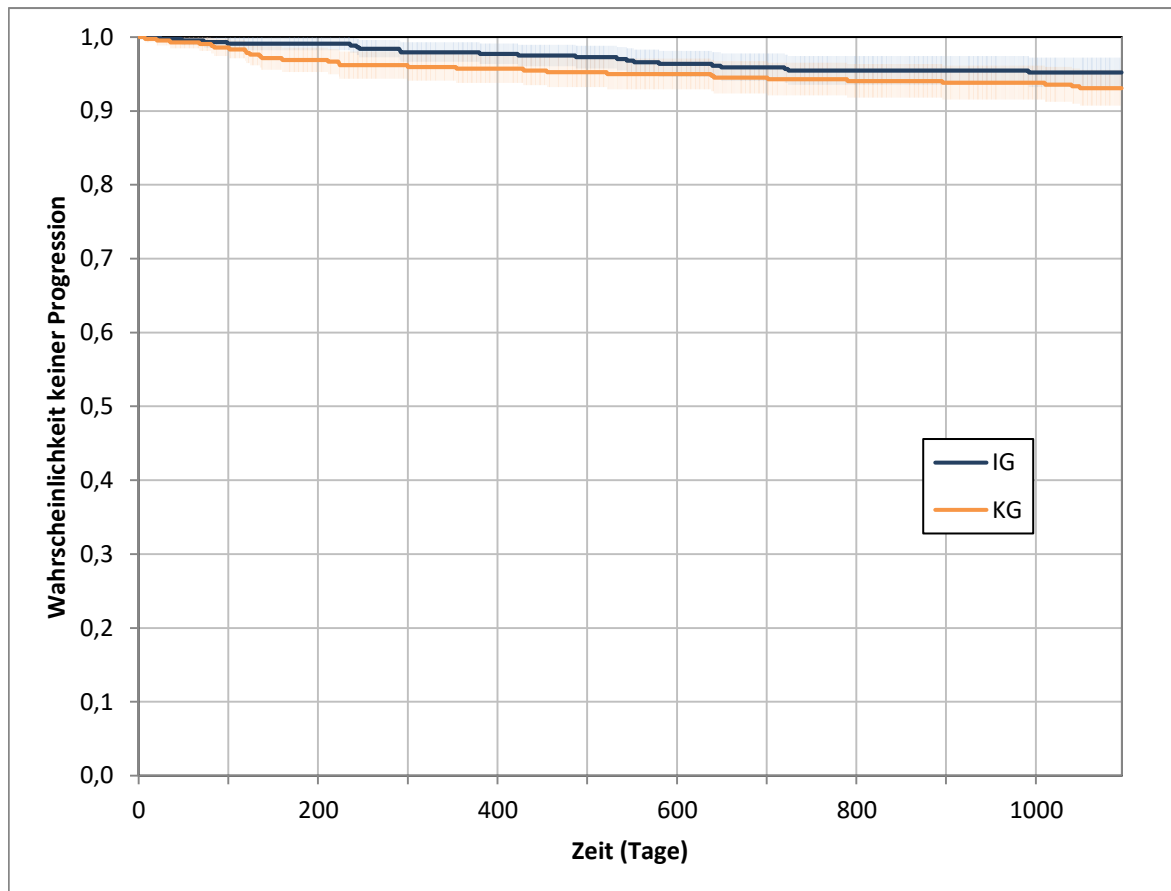
Legende für die folgenden Abbildungen:

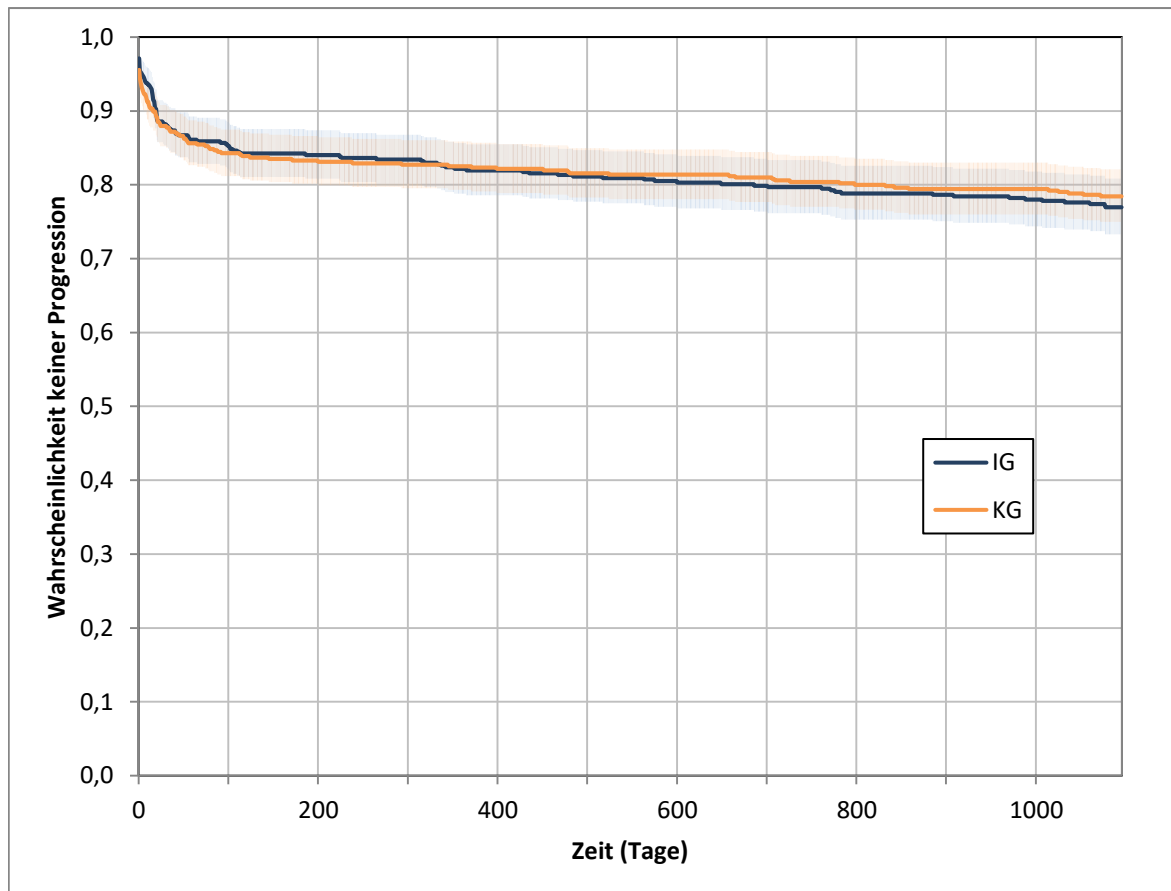
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

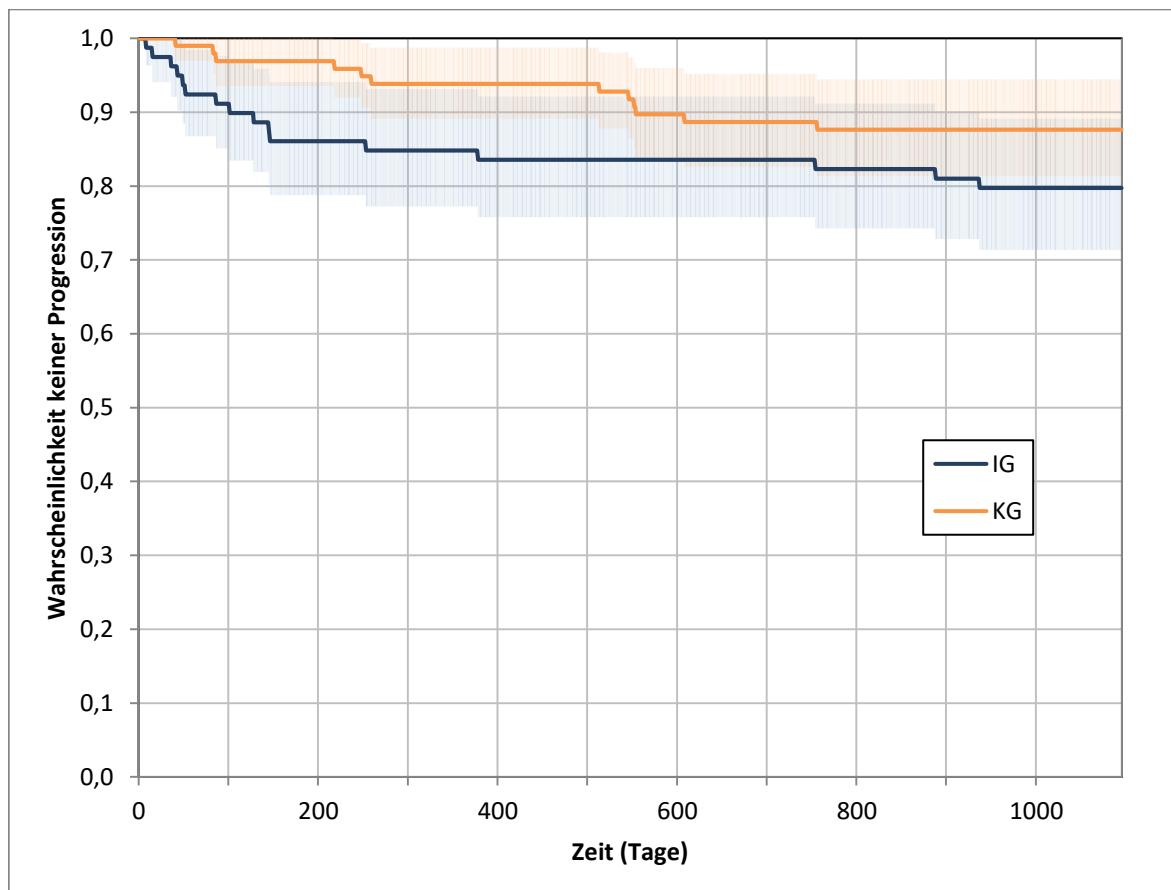
Progression C (→ Suchterkrankung)

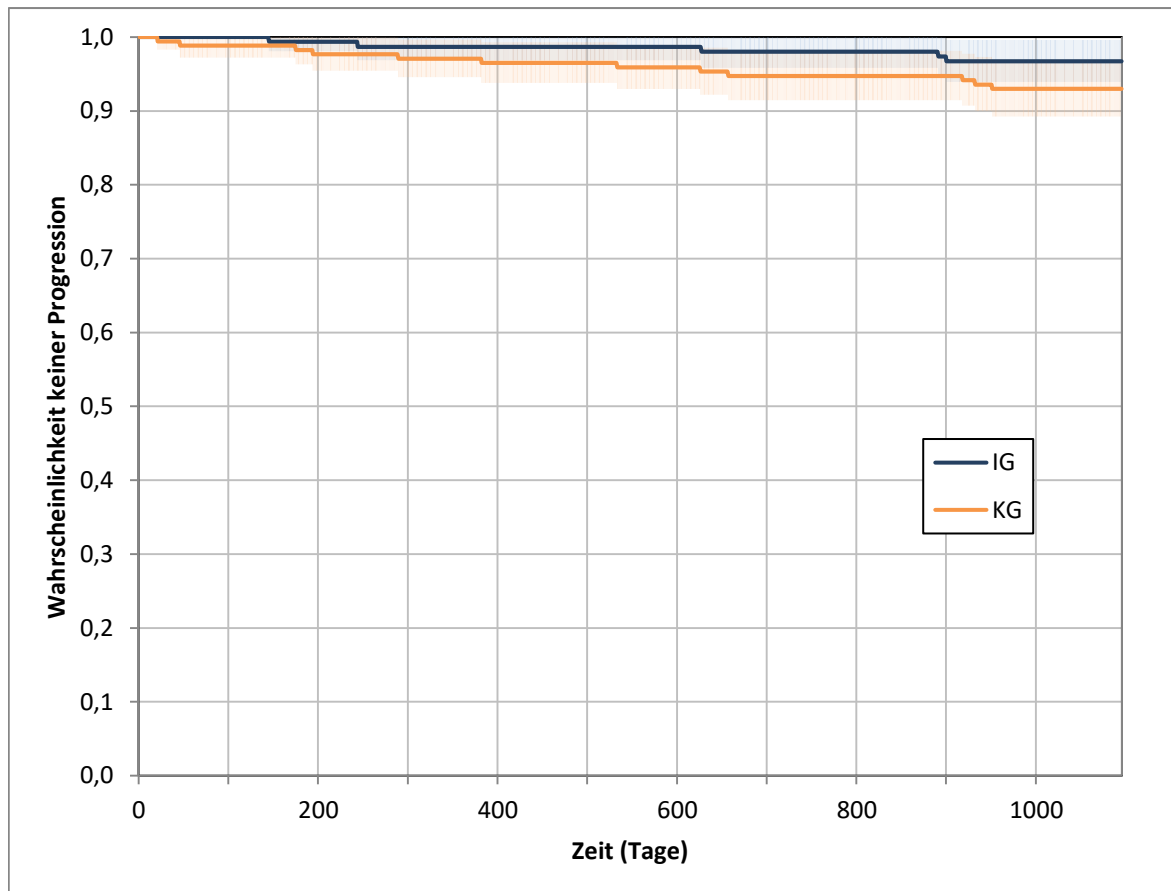
Klinikbekannte Patienten

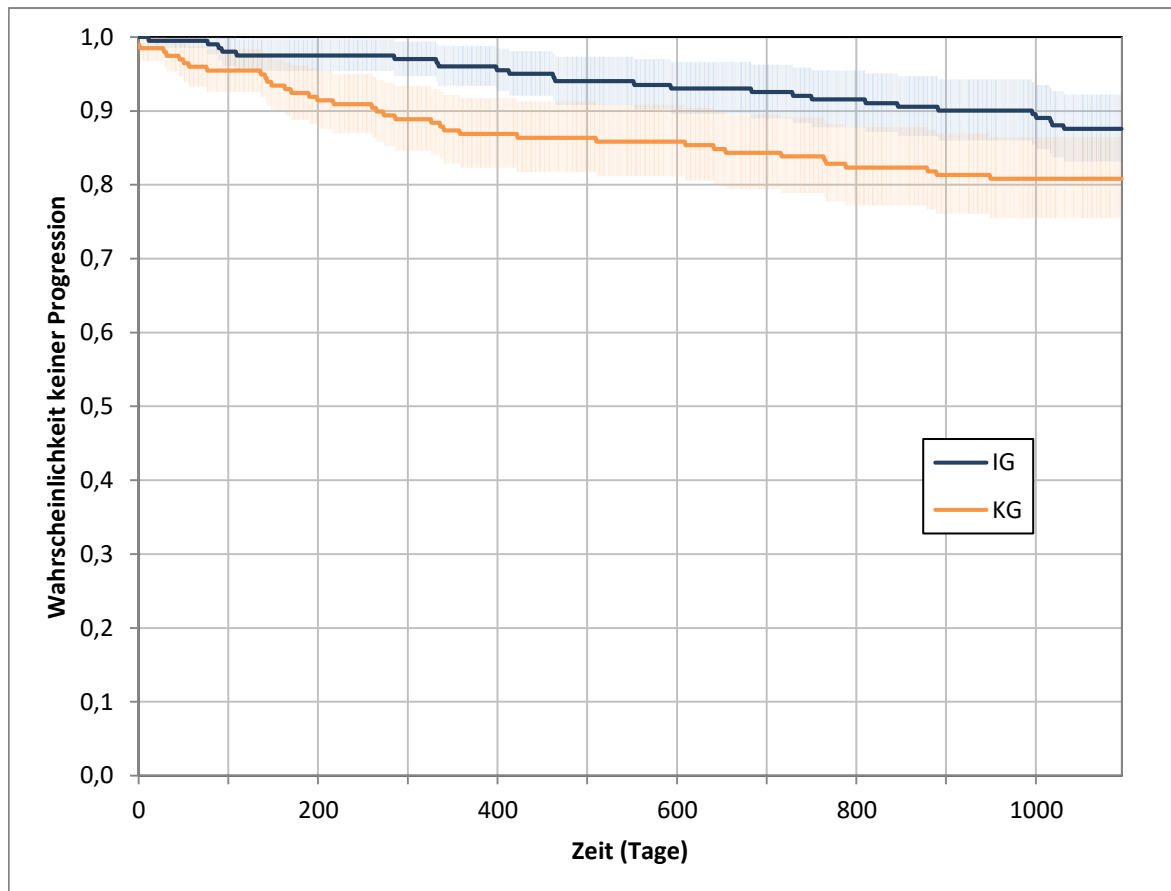
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 1,4 %; KG: 1,8 %) sowie Anteile von Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,0 %; KG: 0,0 %).

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG etwas größer als in der KG waren (IG: 7,3 %; KG: 3,9 %). Bei den anderen Untersuchungen zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG geringer als in der KG (IG: 44,1 %; KG: 50,0 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 1,4 %; KG: 1,5 %).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 91,0 %; KG: 92,0 %). Der Anteil an Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und antipsychotischer Medikation war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 92,2 %; KG: 96,0 %). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei der anderen Untersuchung zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>208</p> <p>1,4 %</p>	<p>163</p> <p>1,8 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>232</p> <p>0,0 %</p>	<p>189</p> <p>0,0 %</p>

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Demenz

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p>123</p> <p>7,3 %</p>	<p>128</p> <p>3,9 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>21</p> <p>47,6 %</p>	<p>25</p> <p>40,0 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>62</p> <p>30,6 %</p>	<p>69</p> <p>30,4 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ATC-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ATC-Codes: N05A

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ • Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>560 44,1 %</p>	<p>638 50,0 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ • Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>568 1,4 %</p>	<p>587 1,5 %</p>

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

² ATC Code: N06A

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

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

Schizophrenie

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

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">122</p> <p style="text-align: center;">91,0 %</p>	<p style="text-align: center;">112</p> <p style="text-align: center;">92,0 %</p>
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">77</p> <p style="text-align: center;">92,2 %</p>	<p style="text-align: center;">75</p> <p style="text-align: center;">96,0 %</p>
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;">27</p> <p style="text-align: center;">22,2 %</p>	<p style="text-align: center;">30</p> <p style="text-align: center;">6,7 %</p>

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ATC-Codes: N05A

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

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

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

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

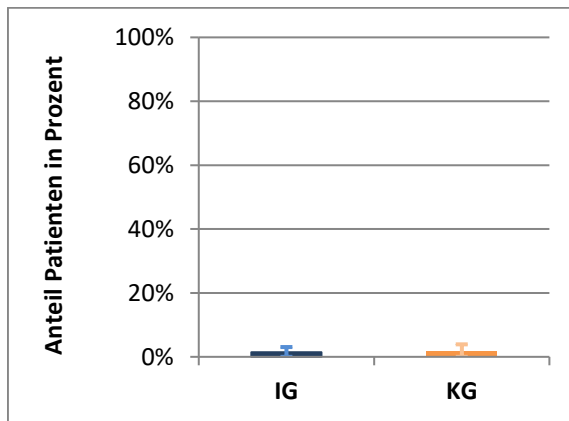
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

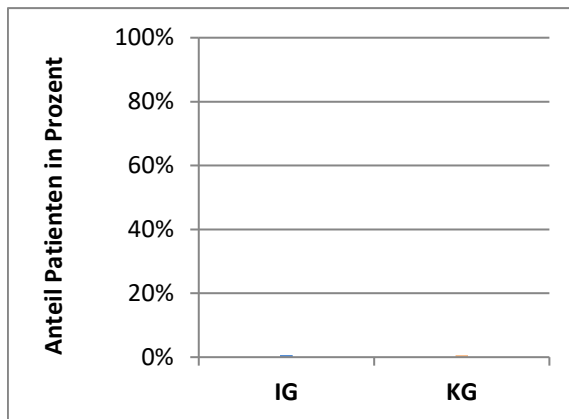
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

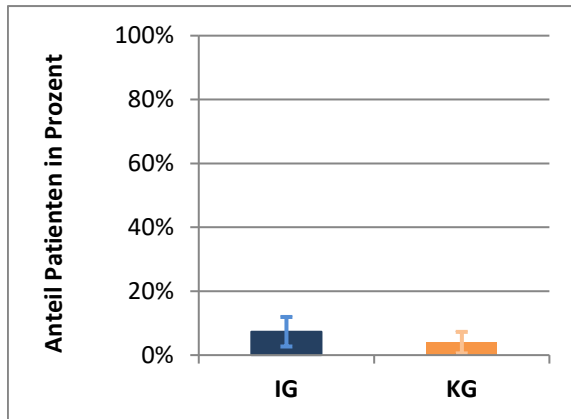
Alkoholabhängigkeit B



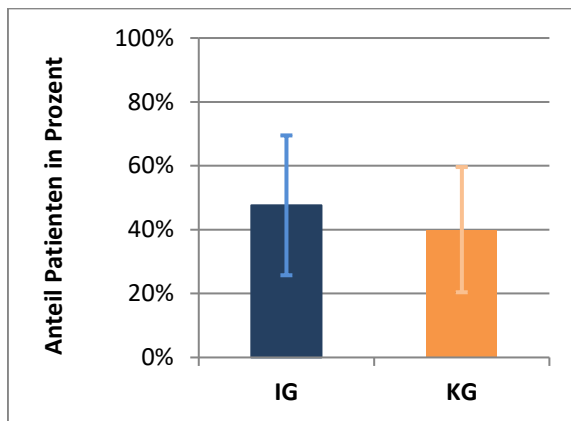
Alkoholabhängigkeit C



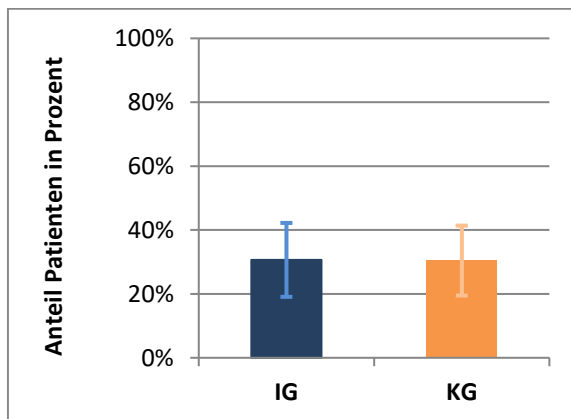
Demenz D



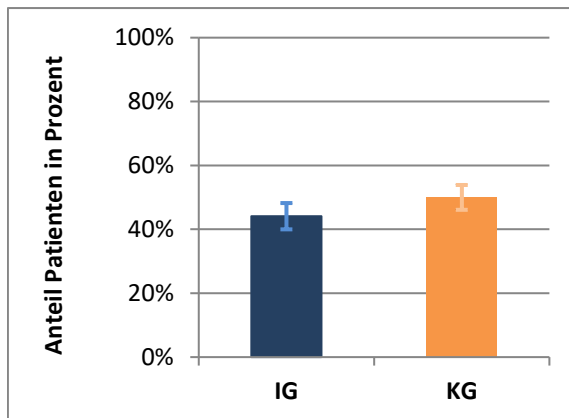
Demenz E



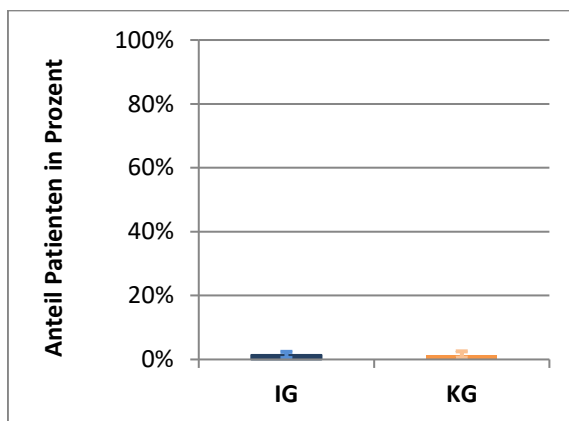
Demenz F



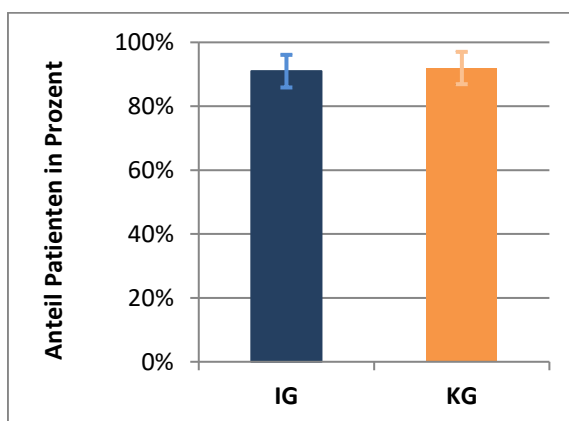
Depression G



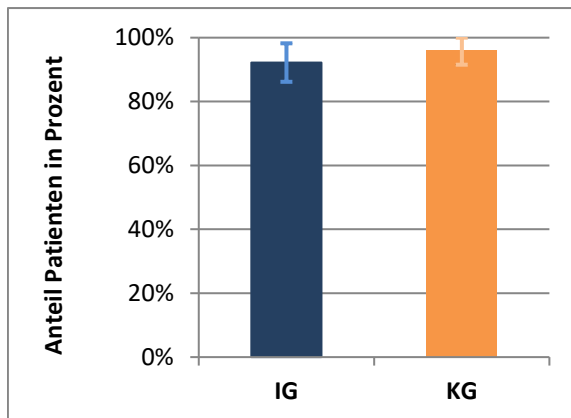
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

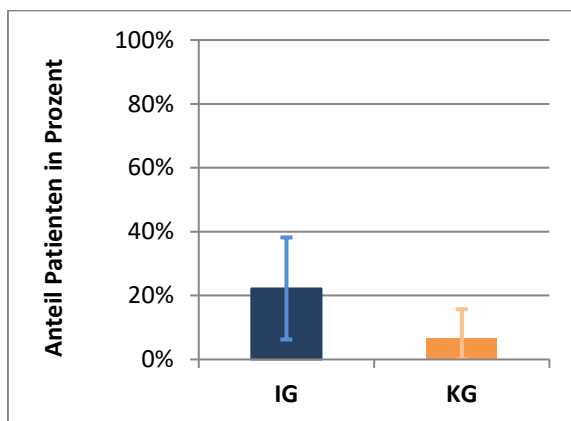


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,80 0,63...1,01	kf	0,90 0,35...2,33	0,42 0,10...1,86	kf

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

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

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant weniger Patienten der IG im teilstationären Setting und gleichviele vollstationär sowie in der PIA behandelt. In den sich an den Referenzfall anschließenden Nachbeobachtungszeiträume ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG; in den jeweiligen Settings wurden vergleichbar viele Patienten behandelt (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36).

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich zwischen IG und KG in keinem der untersuchten Zeiträume signifikante Unterschiede in der Anzahl der in den jeweiligen Settings behandelten Patienten (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant weniger Patienten der IG im teilstationären Setting und gleichviele vollstationär sowie in der PIA behandelt. Im Jahr nach Referenzfall lag der Anteil vollstationär behandelte Patienten in der IG signifikant über dem der KG, umgekehrt war der Anteil teilstationär behandelte Patienten in der IG geringer (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant weniger Patienten der IG im teilstationären Setting und gleichviele vollstationär sowie in der PIA behandelt. Im Jahr nach Referenzfall lag der Anteil vollstationär behandelte Patienten in der IG signifikant über dem der KG, umgekehrt war der Anteil teilstationär behandelte Patienten in der IG geringer. Im zweiten Jahr ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant weniger Patienten der IG im teilstationären Setting und gleichviele vollstationär sowie in der PIA behandelt. Im Jahr nach Referenzfall lag der Anteil vollstationär behandelter Patienten in der IG signifikant über dem der KG, umgekehrt war der Anteil teilstationär behandelter Patienten in der IG geringer. Im zweiten und dritten Jahr ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 40).

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich zwischen IG und KG in keinem der untersuchten Zeiträume signifikante Unterschiede in der Anzahl der in den jeweiligen Settings behandelten Patienten (vgl. Tabelle 68 und Abbildung 41).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

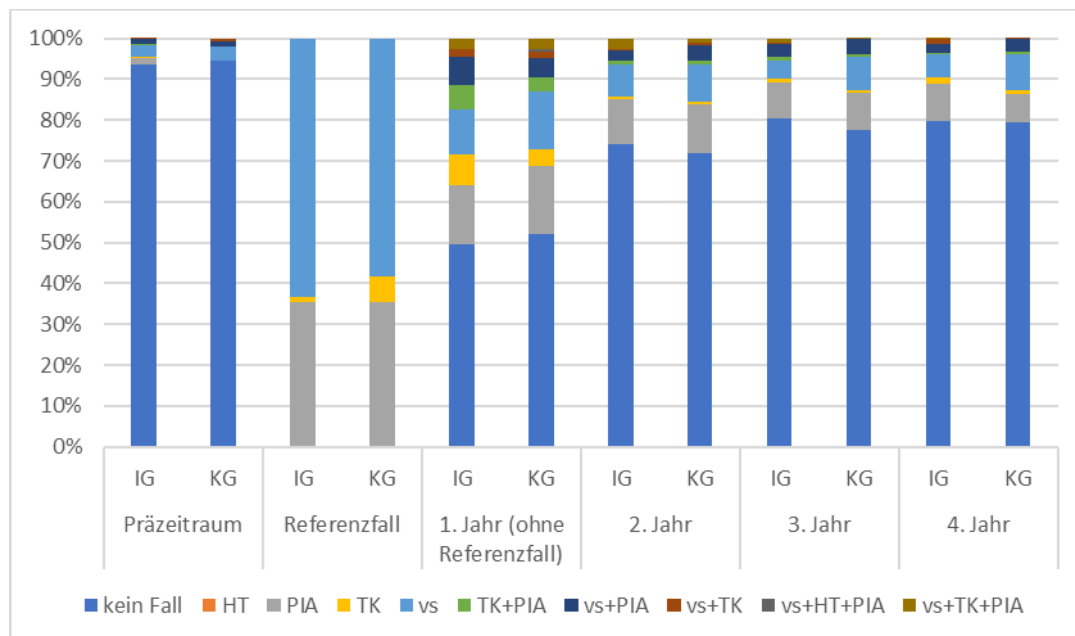
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA							11	11	>0,999	10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA								<10	>0,999									
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	<10	<10	>0,999				28	20	>0,999	<10	14	>0,999	12	14	>0,999	<10	11	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	>0,999				25	13	0,553	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	12	13	>0,999	260	239	0,46	45	59	>0,999	30	35	>0,999	17	31	0,574	21	33	>0,999
TK	<10		>0,999	<10	27	<0,001	31	16	0,355	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	<10	<10	>0,999	146	144	>0,999	59	69	>0,999	42	46	>0,999	33	34	>0,999	33	25	>0,999
HT						<10			>0,999									
kein Fall	385	388	>0,999				204	214	>0,999	285	278	>0,999	296	293	>0,999	287	292	>0,999
Gesamtergebnis	411	411	>0,999	411	411	0,003	411	411	0,553	384	387	>0,999	369	378	>0,999	360	367	>0,999

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

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



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

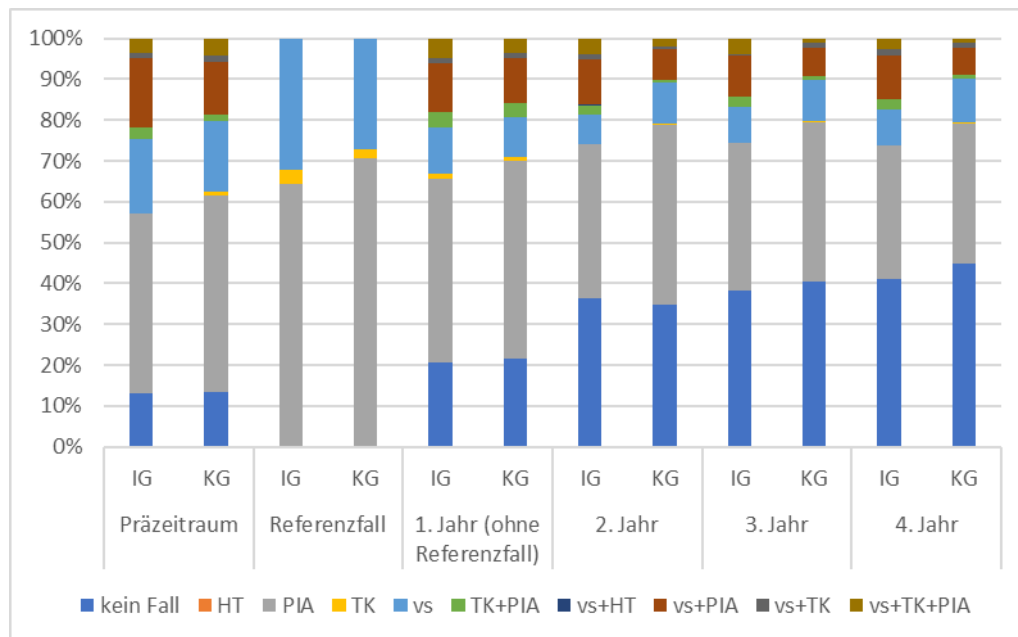
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	13	16	>0,999				18	13	>0,999	14	<10	>0,999	13	<10	0,378	<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	61	48	>0,999				44	41	>0,999	39	26	0,979	34	24	>0,999	35	22	0,655
vs+HT										<10		>0,999						
TK+PIA	11	<10	>0,999				13	13	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	66	65	>0,999	117	101	0,614	41	36	>0,999	25	35	>0,999	29	35	>0,999	28	36	>0,999
TK		<10	>0,999	12	<10	0,924	<10	<10	>0,999				<10	>0,999		<10	>0,999	
PIA	159	179	>0,999	234	262	0,497	163	180	>0,999	133	157	0,96	121	134	>0,999	106	115	>0,999
HT					<10	>0,999												
kein Fall	48	50	>0,999				75	80	>0,999	128	123	>0,999	127	139	>0,999	134	151	>0,999
Gesamtergebnis	363	372	>0,999	363	372	0,652	363	372	>0,999	352	355	0,979	333	344	0,548	325	336	>0,999

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

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



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

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

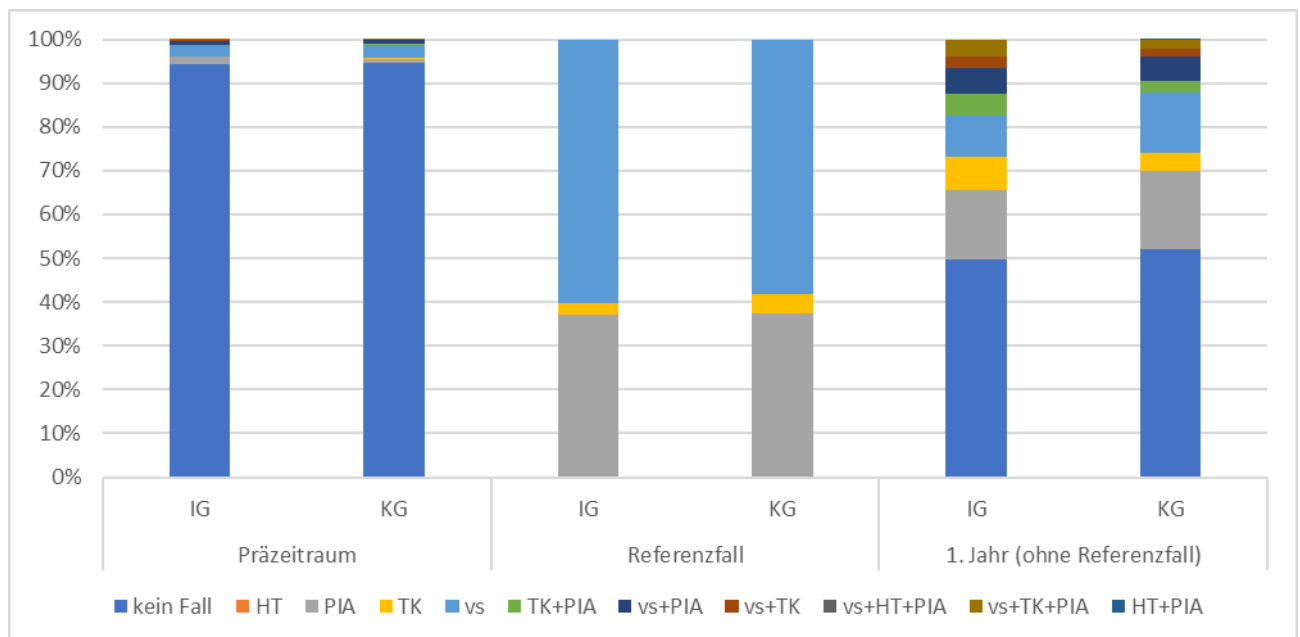
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				33	64	0,014
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA							<10		>0,999
TK+HT+PIA									
vs+TK	<10	<10	>0,999				29	43	0,677
vs+PIA	14	15	>0,999				91	97	>0,999
vs+HT									
TK+PIA	<10	<10	>0,999				46	84	0,007
TK+HT									
HT+PIA							<10		>0,999
vs	41	51	>0,999	990	956	0,724	223	154	0,002
TK	<10	<10	>0,999	44	74	0,033	70	124	<0,001
PIA	29	17	0,922	608	611	>0,999	294	259	0,677
HT					<10	>0,999			
kein Fall	1547	1551	>0,999				853	817	0,887
Gesamtergebnis	1642	1642	>0,999	1642	1642	0,106	1642	1642	<0,001

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

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



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

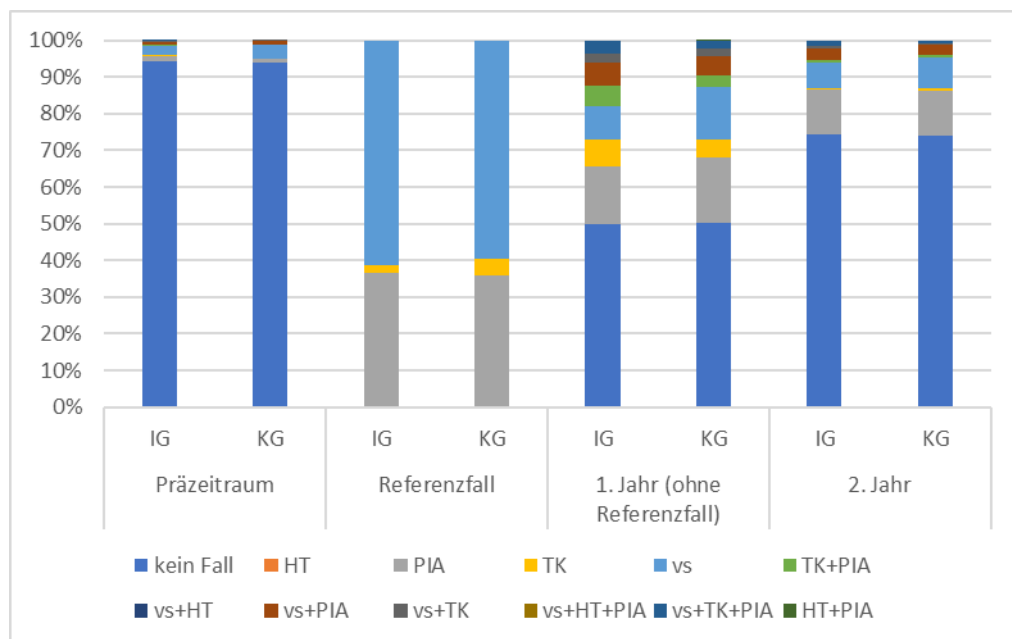
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10		>0,999				27	46	0,236	18	<10	>0,999
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA							<10		>0,999			
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	<10	>0,999				26	34	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	12	12	>0,999				69	81	>0,999	37	34	>0,999
vs+HT										<10		>0,999
TK+PIA	<10	<10	>0,999				37	69	0,02	<10	10	>0,999
TK+HT												
HT+PIA							<10		>0,999			
vs	33	47	>0,999	789	765	>0,999	186	117	<0,001	84	101	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	26	57	0,004	62	95	0,071	<10	<10	>0,999
PIA	21	13	>0,999	472	460	>0,999	227	202	>0,999	145	151	>0,999
HT					<10	>0,999						
kein Fall	1212	1205	>0,999				646	643	>0,999	894	900	>0,999
Gesamtergebnis	1287	1283	>0,999	1287	1283	0,018	1283	1287	<0,001	1202	1218	>0,999

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

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



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

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

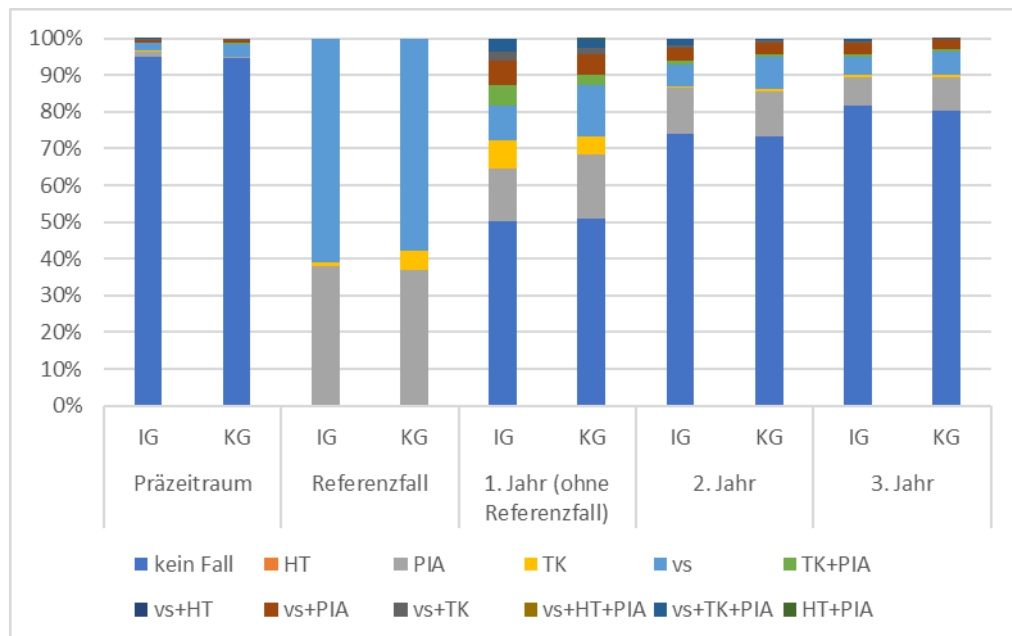
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10		>0,999				20	30	>0,999	16	<10	0,268	<10	<10	0,965
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA							<10		>0,999						
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	>0,999				15	22	>0,999	<10	<10	>0,999	<10		>0,999
vs+PIA	<10	<10	>0,999				47	56	>0,999	28	25	>0,999	25	21	>0,999
vs+HT										<10		>0,999			
TK+PIA	<10	<10	>0,999				24	48	0,055	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT															
HT+PIA							<10		>0,999						
vs	18	29	>0,999	519	489	0,597	118	80	0,045	49	71	0,46	38	51	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	10	45	<0,001	42	68	0,12	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	12	<10	0,727	324	313	>0,999	147	121	0,603	100	100	>0,999	61	71	>0,999
HT					<10	>0,999									
kein Fall	810	801	>0,999				432	428	>0,999	590	588	>0,999	629	629	>0,999
Gesamtergebnis	853	848	>0,999	853	848	<0,001	848	853	0,003	798	804	>0,999	771	783	>0,999

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

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



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

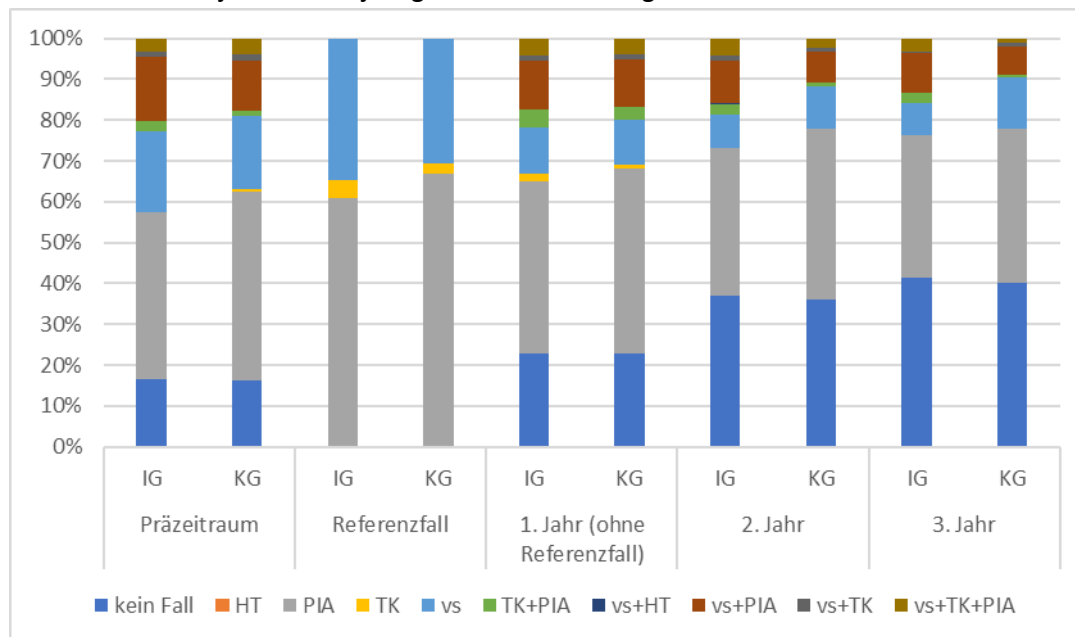
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	14	16	>0,999				18	16	>0,999	17	<10	>0,999	13	<10	0,383
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
vs+PIA	64	51	>0,999				49	47	>0,999	41	30	>0,999	37	26	0,888
vs+HT										<10		>0,999			
TK+PIA	11	<10	>0,999				17	14	>0,999	10	<10	0,952	<10	<10	0,851
TK+HT															
HT+PIA															
vs	80	74	>0,999	143	127	0,679	47	45	>0,999	33	41	>0,999	30	47	0,414
TK		<10	>0,999	17	10	0,679	<10	<10	>0,999		<10	>0,999		<10	>0,999
PIA	168	191	>0,999	250	276	0,518	172	188	>0,999	143	165	>0,999	132	143	>0,999
HT					<10	>0,999									
kein Fall	68	67	>0,999				94	94	>0,999	147	142	>0,999	156	153	>0,999
Gesamtergebnis	410	414	>0,999	410	414	0,679	410	414	>0,999	397	395	>0,999	378	381	0,175

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

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



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

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1: Die unterschiedliche Intensität der Behandlung klinikneuer Patienten hinsichtlich Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting, sowie die durchschnittliche Anzahl an PIA Kontakten werden in Tabelle 69 bis Tabelle 70 dargestellt. Die entsprechenden Darstellungen für die klinikbekannten Patienten finden sich in Tabelle 71 bis Tabelle 72.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

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

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	411	411	411	411	411	411	411	411	411	411	411	411
N mit Fall	18	21	3	4	260	239	5	27	92	99	75	47
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	0,1	0,0	0,0	1,2	1,8	0,0	0,7	1,0	0,9	1,7	0,8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,5	0,1	0,0	4,1	4,0	0,2	1,7	3,2	3,1	4,9	2,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	0,0	0,0	0,9	0,6	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,9	0,1	0,5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,4	0,1	0,5
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	2	0,9	0,1	0	6,7	7,2	0,2	2,4	5	7,1	6,8	3,9

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	411	411	411	411	411	411	384	387	369	378	360	367
N mit Fall	12	7	146	144	123	115	65	68	52	51	43	38
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,2	1,8	1,1	1,3	0,9	0,9	0,7	0,5	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,0	0,5	0,4	1,7	1,0	1,1	0,8	0,8	0,7	0,6	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,2	0,0	1,5	0,0	0,3	0,0	0,3		0,2	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,1	2,0	0,3	0,4	0,1	0,5	0,0	0,3	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,6	0,6	3,6	2,1	2,4	1,7	1,8	1,3	1,1	1,0
Gesamt	0,1	0,1	0,8	0,7	5,5	2,4	2,8	1,8	2,3	1,4	1,4	1,0

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
N	363	372	363	372	363	372	363	372	363	372	363	372
N mit Fall	145	135	29	30	117	101	12	8	107	95	40	35
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,6	2,0	0,7	0,7	0,5	0,6	0,3	0,2	1,3	1,2	0,8	0,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	5,5	4,6	2,5	1,4	1,7	2,0	0,7	0,4	2,8	3,5	2,2	1,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,6	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	0,0
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,1	1,6	0,0	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,4	1,9	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,7	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	9,3	10	3,2	2,4	2,8	3,3	1	0,8	4,9	7,8	3	2,2

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	363	372	363	372	363	372	352	355	333	344	325	336
N mit Fall	244	247	234	262	238	247	194	193	176	165	158	144
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,0	1,7	1,5	0,5	5,1	2,3	5,5	1,9	4,4	2,1	3,1	2,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	3,7	1,3	1,2	4,6	3,3	3,8	3,2	3,4	3,0	3,3	2,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,5	0,6	0,4	0,6	0,2	0,7	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,2	0,4	0,1	1,5	0,3	0,8	0,2	0,7	0,0	1,5	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,5	0,6	0,3	2,4	0,8	1,4	0,6	1,3	0,2	2,2	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	11,0	5,4	2,9	1,8	9,7	5,6	9,2	5,2	7,8	5,1	6,4	4,9
Gesamt	11,1	6,0	3,5	2,0	12,0	6,4	10,6	5,8	9,1	5,3	8,6	5,1

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 73, Tabelle 75) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.365,68 € mehr Kosten als die KG mit 1.038,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8.686,81 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.769,73 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 409,83 € nicht signifikant ($p=0,33$) schwächer aus als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 74, Tabelle 76 und Abbildung 43) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7.729,06 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 7.574,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 7.450,19 €. In der KG dagegen stiegen die Kosten auf 9.418,95 €. Die Verringerung der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.111,64 € nicht signifikant ($p=0,071$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 4.571,27 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.905,16 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 295,17 € nicht signifikant ($p=0,762$) etwas stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 77) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.091,07 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 977,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8.871,43 €. In der KG stiegen die Kosten auf 9.237,25 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 78, Tabelle 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.119,67 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 1.047,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.048,99 €. In der KG stiegen die Kosten auf 9.377,87 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.527,60 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.293,47 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.131,03 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 918,97 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.194,70 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.835,26 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.092,57 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.088,73 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7.545,54 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 7.278,98 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.990,15 €. In der KG stiegen die Kosten auf 9.918,35 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 4.855,95 €. In der KG sanken die Kosten auf 4.841,50 €.

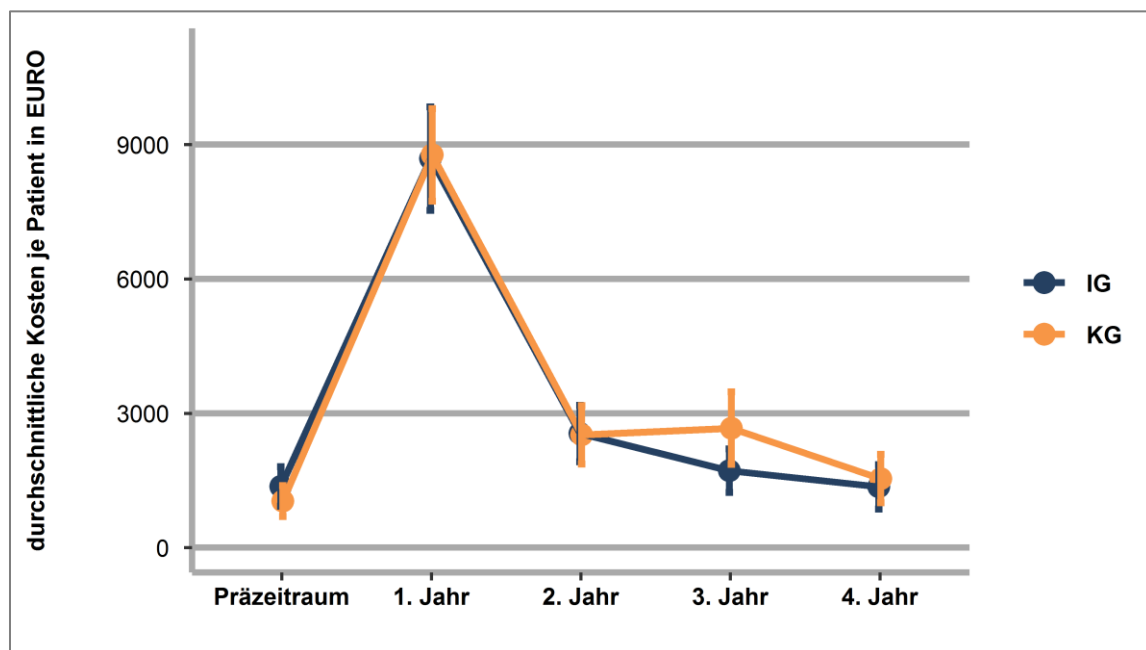
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	360	411	330	303	282	334	411	320	306	268
Mittelwert	1.365,68 €	8.686,81 €	2.546,22 €	1.717,72 €	1.356,47 €	1.038,76 €	8.769,73 €	2.517,87 €	2.666,80 €	1.540,15 €
Standardabweichung	4.577 €	11.953 €	6.328 €	4.794 €	4.823 €	3.567 €	10.691 €	6.554 €	8.025 €	5.303 €
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	29,73 €	1.283,04 €	34,70 €	25,24 €	15,15 €	18,97 €	1.255,94 €	35,39 €	17,28 €	0,00 €
Median	154,76 €	4.843,50 €	325,50 €	189,60 €	126,10 €	140,06 €	5.721,31 €	292,02 €	193,32 €	111,69 €
75%-Perzentil	714 €	11.050 €	1.082 €	886 €	526 €	586 €	11.427 €	1.306 €	1.061 €	683 €
Maximum	46.821 €	85.488 €	45.966 €	46.170 €	54.146 €	41.705 €	74.442 €	67.809 €	60.128 €	58.184 €

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



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	358	363	336	312	295	366	372	330	309	292
Mittelwert	7.729,06 €	7.450,19 €	5.726,79 €	5.079,74 €	4.571,27 €	7.574,61 €	9.418,95 €	5.052,93 €	4.931,62 €	3.905,16 €
Standardabweichung	13.446 €	11.232 €	12.607 €	11.241 €	11.344 €	13.758 €	16.002 €	10.504 €	11.175 €	9.725 €
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	953,43 €	799,77 €	276,41 €	253,58 €	181,45 €	810,28 €	1.202,92 €	368,22 €	332,32 €	115,06 €
Median	2.048,64 €	2.250,47 €	933,35 €	963,12 €	602,00 €	1.790,29 €	2.301,12 €	1.334,08 €	1.253,67 €	989,90 €
75%-Perzentil	8.951 €	9.265 €	3.494 €	3.099 €	2.335 €	9.016 €	11.374 €	3.621 €	3.147 €	2.310 €
Maximum	110.090 €	89.376 €	87.129 €	92.353 €	104.945 €	104.927 €	102.925 €	75.089 €	86.787 €	88.151 €

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

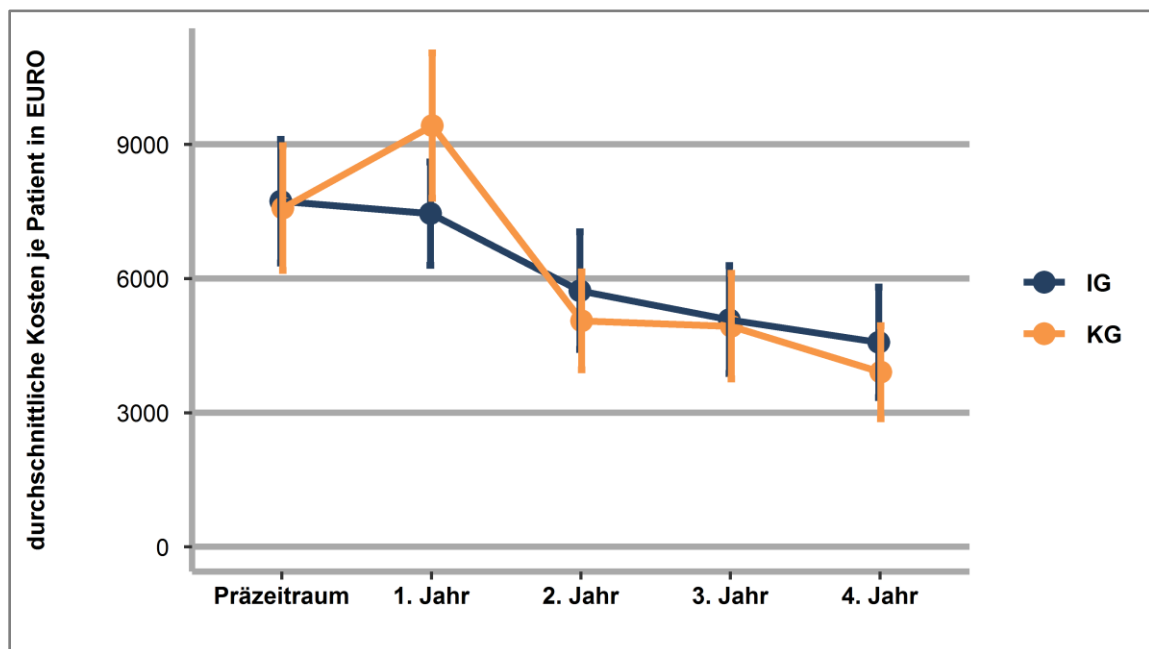


Tabelle 75: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.038,76 €	0,010	1.038,76 €	<0,001	-555,86 €	0,335
IG (vs. KG)	326,92 €	0,540	326,92 €	0,5167	334,55 €	0,494
Post (vs. Prä)	2.948,32 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-593,39 €	0,330				
1. Jahr (vs. Prä)			7.730,97 €	<0,001	7.730,97 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.479,11 €	0,004	1.414,70 €	0,004
3. Jahr (vs. Prä)			1.628,04 €	0,002	1.548,52 €	0,002
4. Jahr (vs. Prä)			501,39 €	0,334	407,62 €	0,419
IG x Jahr 1 (DiD)			-409,83 €	0,565	2.684,50 €	0,394
IG x Jahr 2 (DiD)			-298,56 €	0,680	-409,83 €	0,553
IG x Jahr 3 (DiD)			-1276 €	0,081	-293,01 €	0,677
IG x Jahr 4 (DiD)			-510,59 €	0,488	-1.284,00 €	0,070
Alter (30-47 J. vs. U30)					525,56 €	0,161
Alter (48-64 J. vs. U30)					583,06 €	0,111
Alter (Ü64 vs. U30)					357,74 €	0,410
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-111,80 €	0,642
F 00 (Demenz)					21,70 €	0,984
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-647,88 €	0,394
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					NA	NA
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-779,18 €	0,620
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.147,50 €	0,016
F 30-39 (Affektive Störungen)					397,85 €	0,316
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5.875,08 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.499,76 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-395,62 €	0,350
F 50 (Essstörungen)					-377,57 €	0,384
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					887,23 €	0,131
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-291,07 €	0,844
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.242,99 €	0,013
R ²	0,02		0,13		0,19	

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

Tabelle 76: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	7.574,61 €	<0,01	7.574,61 €	<0,01	6.301,62 €	0,000
IG (vs. KG)	154,45 €	0,866	154,45 €	0,86	200,14 €	0,822
Post (vs. Prä)	-1.671,08 €	0,021				
IG x Post (DiD)	-306,00 €	0,766				
1. Jahr (vs. Prä)			1.844,35 €	0,04	1.844,35 €	0,037
2. Jahr (vs. Prä)			-2.521,68 €	0,01	-2.576,13 €	0,004
3. Jahr (vs. Prä)			-2.642,98 €	0,00	-2.717,47 €	0,003
4. Jahr (vs. Prä)			-3.669,44 €	0,00	-3.773,74 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.123,22 €	0,10	4.718,49 €	0,056
IG x Jahr 2 (DiD)			519,41 €	0,69	-2.123,22 €	0,091
IG x Jahr 3 (DiD)			-6,33 €	1,00	556,43 €	0,661
IG x Jahr 4 (DiD)			511,65 €	0,70	-11,52 €	0,993
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.142,05 €	0,152
Alter (48-64 J. vs. U30)					-615,89 €	0,414
Alter (Ü64 vs. U30)					-2.243,01 €	0,009
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-528,94 €	0,231
F 00 (Demenz)					3.142,03 €	0,231
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-33,43 €	0,988
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					NA	NA
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					NA	NA
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					805,95 €	0,721
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.489,55 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5.528,98 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.146,12 €	0,070
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-982,61 €	0,179
F 50 (Essstörungen)					-2.213,47 €	0,023
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.974,16 €	0,102
F 70-79 (Intelligenzstörung)					6.758,81 €	0,007
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.471,03 €	0,171
R ²	0,003		0,03		0,06	

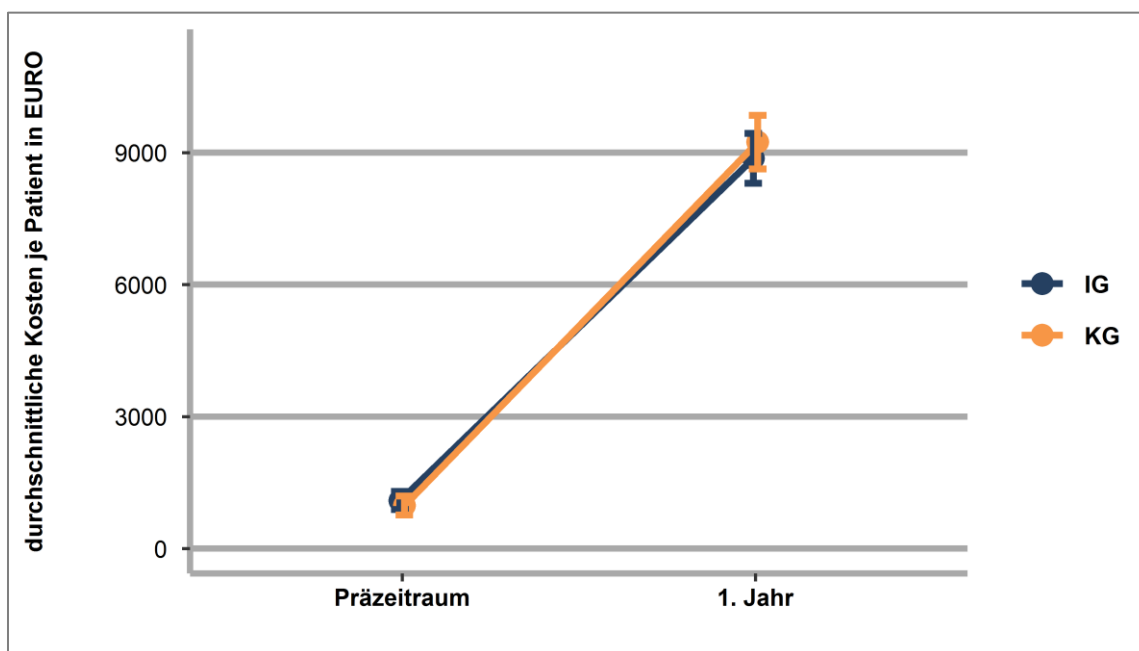
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 77: 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	1642	1642	1642	1642
N mit Fall	1436	1642	1329	1641
Mittelwert	1.091,07 €	8.871,43 €	977,08 €	9.237,25 €
Standardabweichung	4.249,85 €	11.738,84 €	4.416,18 €	12.604,41 €
Minimum	0,00 €	42,26 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	35,80 €	1.235,00 €	18,40 €	1.122,20 €
Median	145,44 €	5.152,04 €	117,15 €	5.088,56 €
75%-Perzentil	525,73 €	11.445,65 €	509,31 €	12.407,52 €
Maximum	83.321,93 €	122.893,34 €	106.091,36 €	135.603,59 €

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1287	1287	1202	1283	1283	1218
N mit Fall	1121	1287	1012	1036	1283	966
Mittelwert	1.119,67 €	9.048,99 €	2.527,60 €	1.047,12 €	9.377,87 €	2.293,47 €
Standardabweichung	4.489 €	12.267 €	8.376 €	4.656 €	12.178 €	6.452 €
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	72,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	32,50 €	1.232,75 €	35,92 €	16,81 €	1.187,78 €	19,93 €
Median	138,33 €	5.078,11 €	267,83 €	122,10 €	5.572,05 €	237,32 €
75%-Perzentil	540 €	11.614 €	1.014 €	550 €	12.635 €	1.046 €
Maximum	83.322 €	122.893 €	144.221 €	106.091 €	135.604 €	67.809 €

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

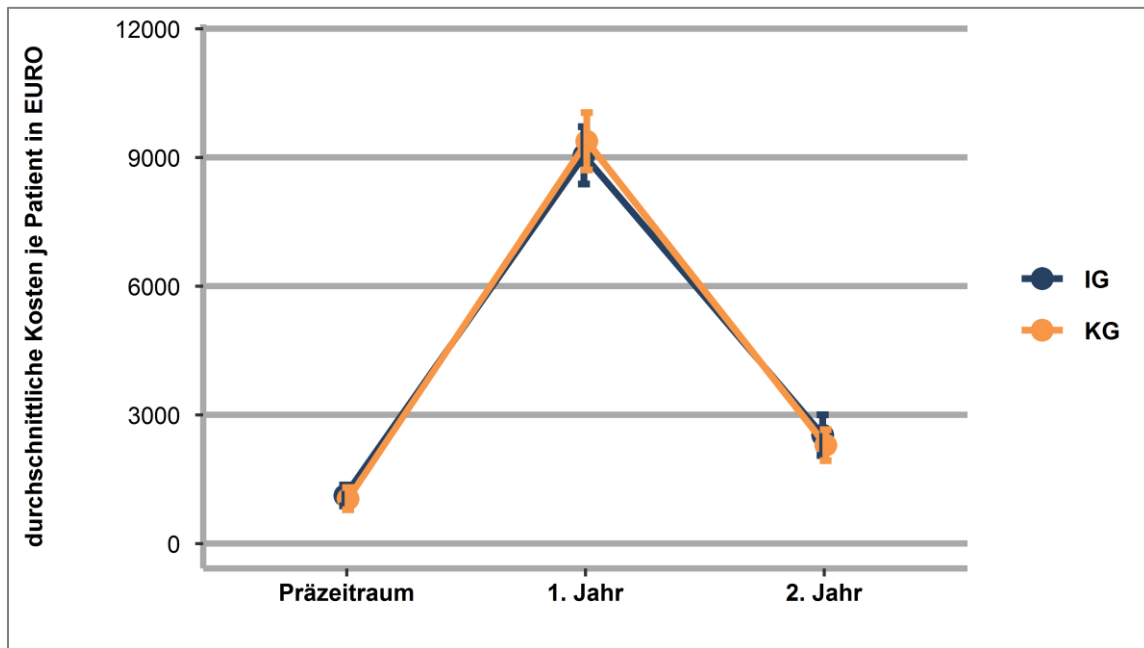


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.047,12 €	0,000	1.047,12 €	0,00	-679,11 €	0,153
IG (vs. KG)	72,54 €	0,840	72,54 €	0,83	80,38 €	0,811
Post (vs. Prä)	4.880,61 €	<0,01				
IG x Post (DiD)	-100,63 €	0,821				
1. Jahr (vs. Prä)			8.330,75 €	<0,01	8.330,75 €	<0,01
2. Jahr (vs. Prä)			1.246,35 €	0,00	1.222,99 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-401,43 €	0,41	-401,43 €	0,397
IG x Jahr 2 (DiD)			161,59 €	0,74	111,29 €	0,817
Alter (30-47 J. vs. U30)					65,21 €	0,843
Alter (48-64 J. vs. U30)					270,66 €	0,395
Alter (Ü64 vs. U30)					324,99 €	0,369
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					12,81 €	0,951
F 00 (Demenz)					-503,00 €	0,632
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-190,14 €	0,757
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					2.353,84 €	0,303
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1.283,76 €	0,228
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft Stör.)					2.280,91 €	0,214
F 30-39 (Affektive Störungen)					498,02 €	0,154
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					6.011,70 €	<0,01
F 45 (Somatoforme Störungen)					2.171,55 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-454,47 €	0,215
F 50 (Essstörungen)					-397,41 €	0,290
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					972,37 €	0,130
F 70-79 (Intelligenzstörung)					683,91 €	0,562
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.868,92 €	0,000
R ²		0,003		0,140		0,19

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

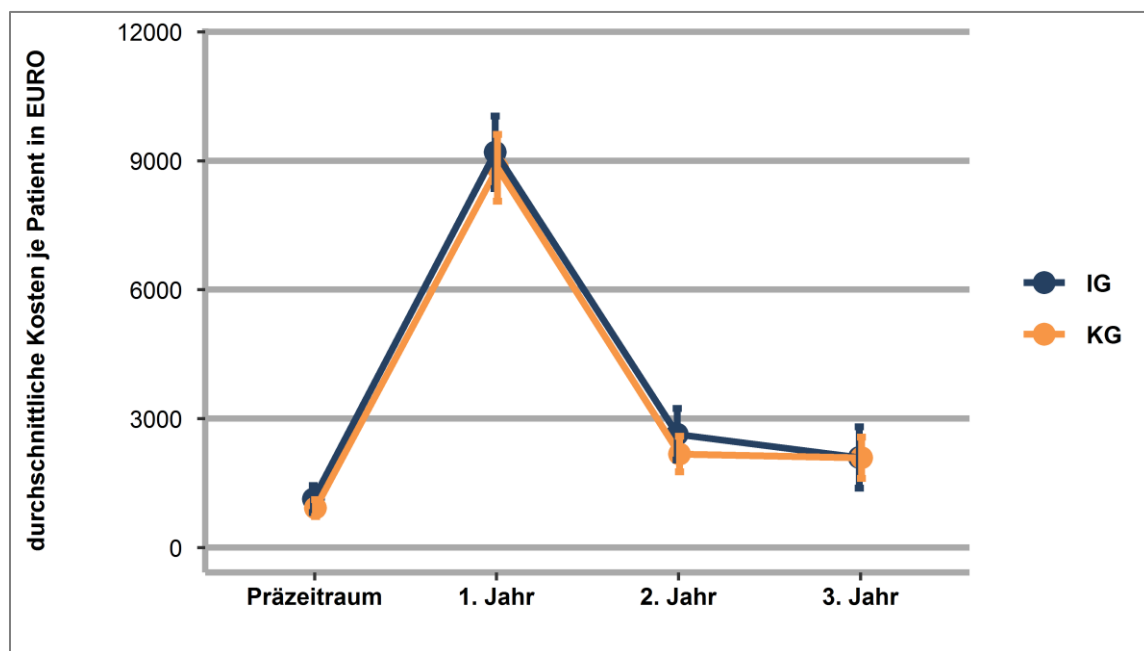
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	757	853	686	623	677	848	647	610
Mittelwert	1.131,03 €	9.194,70 €	2.634,65 €	2.092,57 €	918,97 €	8.835,26 €	2.174,45 €	2.088,73 €
Standardabweichung	4.665 €	12.588 €	8.683 €	10.109 €	2.942 €	11.539 €	5.975 €	6.852 €
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,95 €	1.232,98 €	38,69 €	17,65 €	13,91 €	1.144,28 €	25,00 €	12,16 €
Median	147,93 €	4.971,29 €	277,71 €	155,61 €	131,64 €	5.496,06 €	253,33 €	150,32 €
75%-Perzentil	591 €	11.851 €	1.027 €	784 €	537 €	11.934 €	1.134 €	733 €
Maximum	83.322 €	122.893 €	144.221 €	232.770 €	41.705 €	135.604 €	67.809 €	60.128 €

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

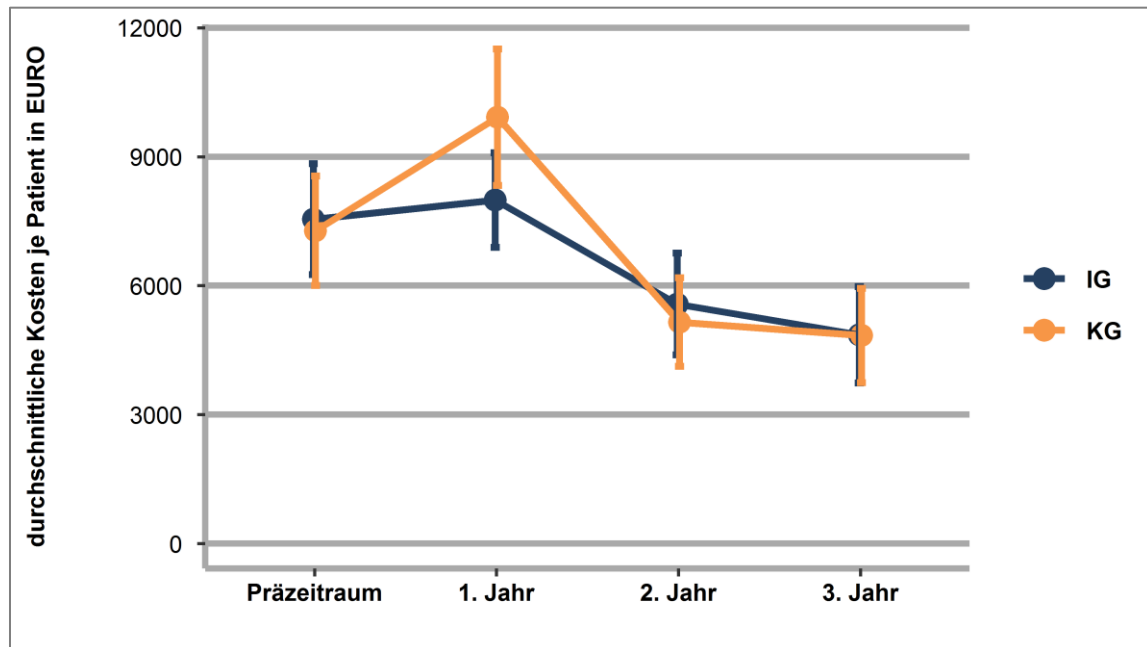


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	404	410	379	350	408	414	367	344
Mittelwert	7.545,54 €	7.990,15 €	5.573,02 €	4.855,95 €	7.278,98 €	9.918,35 €	5.152,08 €	4.841,50 €
Standardabweichung	13.337 €	11.367 €	12.036 €	11.136 €	13.229 €	16.478 €	10.439 €	10.922 €
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	825,88 €	884,84 €	278,44 €	215,20 €	738,77 €	1.235,70 €	353,25 €	313,72 €
Median	1.938,01 €	2.846,32 €	954,10 €	843,26 €	1.711,40 €	2.752,18 €	1.316,62 €	1.247,47 €
75%-Perzentil	8.718 €	10.289 €	3.743 €	2.969 €	9.017 €	11.858 €	4.178 €	3.271 €
Maximum	110.090 €	89.376 €	87.129 €	92.353 €	104.927 €	105.548 €	75.089 €	86.787 €

Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 82, Tabelle 84 und Abbildung 48) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 829,05 € höhere Kosten als die KG mit 667,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.441,18 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.971,24 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 691,56 € nicht signifikant ($p=0,367$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 775,37 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.120,99 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 83, Tabelle 85 und Abbildung 49) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.965,01 € höhere Kosten als die KG mit 5.757,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.362,85 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.132,76 €. Die Verringerung der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.977,21 € nicht signifikant ($p=0,087$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.173,31 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.594,54 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 332,44 € nicht signifikant ($p=0,728$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 86 und Abbildung 50) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 641,78 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 626,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.360,44 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.502,74 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 87, Tabelle 88 und Abbildung 51) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 677,44 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 688,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.569,24 €. In der KG stiegen die Kosten

auf 7.571,32 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 990,70 € signifikant ($p=0,030$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.756,01 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.604,37 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 89 und Abbildung 52) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 665,21 € höhere Kosten als die KG mit 568,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.707,52 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.039,01 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.429,18 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.587,13 €.

Bei den linikbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 53) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.874,53 € höhere Kosten als die KG mit 5.572,36 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.710,38 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.659,69 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3.385,08 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.340,54 €.

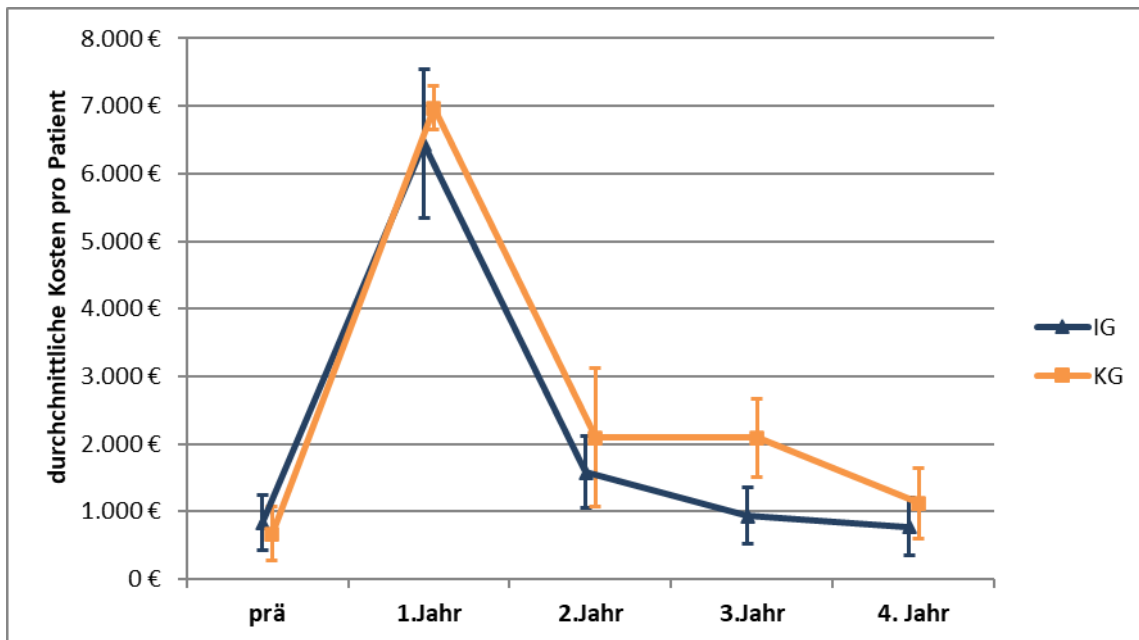
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	40	287	57	37	28	40	277	58	50	35
Mittelwert	829,05 €	6.441,18 €	1.583,10 €	937,28 €	775,37 €	667,55 €	6.971,24 €	1.766,02 €	2.089,85 €	1.120,99 €
Standardabweichung	4.200 €	11.317 €	5.300 €	4.155 €	4.149 €	3.371 €	10.269 €	5.668 €	7.829 €	5.136 €
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 €	3.170,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.501,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.978,73 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.733,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	44.918 €	82.346 €	45.085 €	44.980 €	50.962 €	40.038 €	71.844 €	52.207 €	59.472 €	57.549 €

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



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	150	164	88	79	65	141	147	73	70	51
Mittelwert	5.965,01 €	5.362,85 €	4.007,87 €	3.566,13 €	3.173,31 €	5.757,71 €	7.132,76 €	3.404,64 €	3.362,46 €	2.594,54 €
Standardabweichung	13.166 €	10.532 €	11.597 €	10.558 €	10.485 €	13.446 €	15.912 €	10.049 €	10.749 €	9.455 €
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	6.597,25 €	6.037,18 €	173,70 €	0,00 €	0,00 €	5.828,40 €	6.508,89 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	110.090 €	88.837 €	86.995 €	89.353 €	101.404 €	104.462 €	102.925 €	74.519 €	86.353 €	87.716 €

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

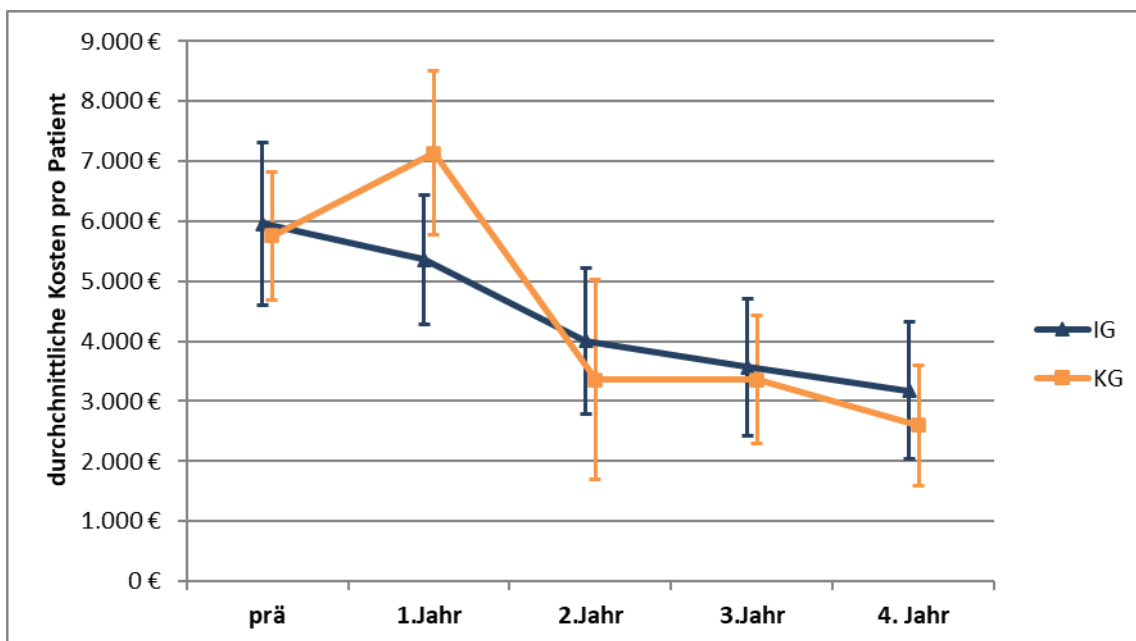


Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	667,55 €	<0,001	667,55 €	<0,001	-1.557,15 €	0,006
IG (vs. KG)	161,50 €	0,543	161,50 €	0,543	72,68 €	0,746
Post (vs. Prä)	2.410,87 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-693,84 €	0,077				
1. Jahr (vs. Prä)			6.303,69 €	<0,001	7.234,03 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.098,47 €	<0,001	1.989,59 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			1.422,30 €	<0,001	2.304,08 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			453,44 €	0,113	1.326,60 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-691,56 €	0,367	-601,37 €	0,429
IG x Jahr 2 (DiD)			-344,42 €	0,426	-253,43 €	0,551
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.314,07 €	0,009	-1.229,12 €	0,010
IG x Jahr 4 (DiD)			-507,13 €	0,225	-429,91 €	0,260
Alter (30-47 J. vs. U30)					274,01 €	0,544
Alter (48-64 J. vs. U30)					379,17 €	0,400
Alter (Ü64 vs. U30)					537,76 €	0,310
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-103,26 €	0,723
F 00 (Demenz)					-319,37 €	0,617
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-540,45 €	0,365
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-785,50 €	0,265
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					4.647,49 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					522,35 €	0,254
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.082,84 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.051,75 €	0,014
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-294,78 €	0,580
F 45 (Somatoforme Störungen)					32,35 €	0,947
F 40-48 (ohne F43 und F45)					758,20 €	0,332
F 50 (Essstörungen)					-718,52 €	0,234
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					110,59 €	0,888
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-678,61 €	0,586
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.005,20 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.522,55 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.529,65 €	0,510
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.885,68 €	0,024
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					262,01 €	0,165
R ²		0,015		0,104		0,175

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

Tabelle 85: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.757,71 €	<0,001	5.757,71 €	<0,001	-154,22 €	0,938
IG (vs. KG)	207,30 €	0,833	207,30 €	0,833	-115,26 €	0,887
Post (vs. Prä)	-1.571,15 €	0,020				
IG x Post (DiD)	-332,44 €	0,728				
1. Jahr (vs. Prä)			1.375,05 €	0,132	6.140,88 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-2.353,07 €	0,002	2.372,60 €	0,127
3. Jahr (vs. Prä)			-2.395,25 €	<0,001	2.321,20 €	0,123
4. Jahr (vs. Prä)			-3.163,17 €	<0,001	1.517,24 €	0,323
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.977,21 €	0,087	-1.641,50 €	0,159
IG x Jahr 2 (DiD)			395,93 €	0,728	761,38 €	0,481
IG x Jahr 3 (DiD)			-3,64 €	0,997	328,66 €	0,753
IG x Jahr 4 (DiD)			371,47 €	0,737	716,28 €	0,483
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.272,07 €	0,122
Alter (48-64 J. vs. U30)					-214,18 €	0,787
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.546,54 €	0,060
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-437,60 €	0,456
F 00 (Demenz)					2.159,10 €	0,214
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-136,22 €	0,927
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.773,15 €	0,237
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2.212,33 €	0,064
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.408,99 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					832,16 €	0,422
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-231,83 €	0,792
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1.241,45 €	0,168
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.583,29 €	0,484
F 50 (Essstörungen)					4.043,02 €	0,418
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					469,79 €	0,677
F 70-79 (Intelligenzstörung)					3.249,10 €	0,220
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.254,32 €	0,444
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					14.209,05 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.144,29 €	0,235
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					219,32 €	0,833
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.305,70 €	0,340
R ²		0,004		0,015		0,122

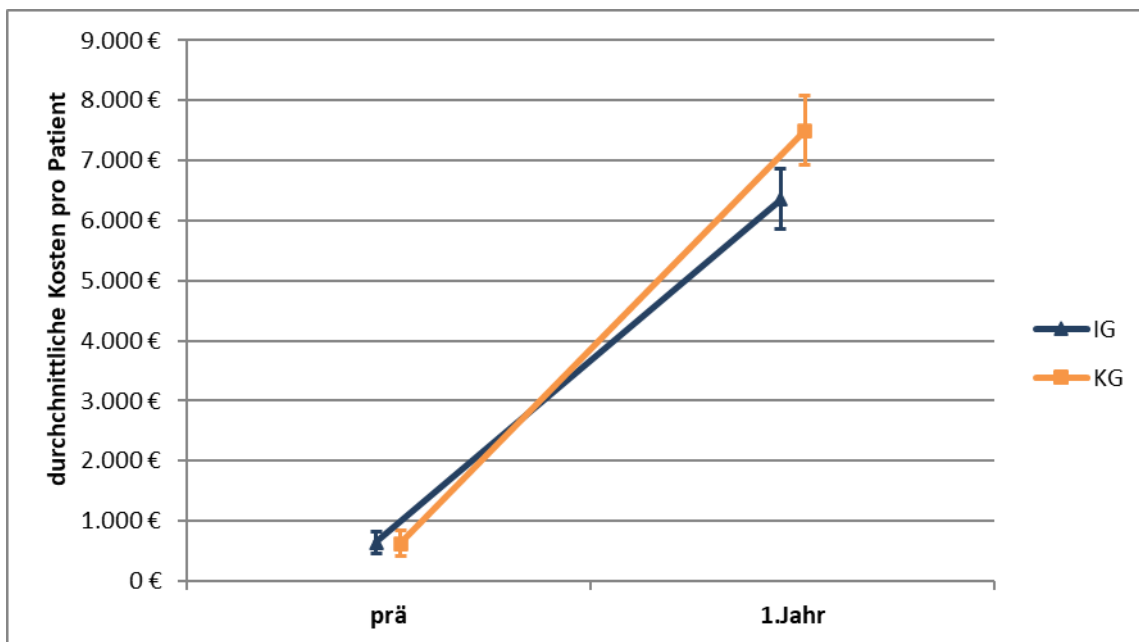
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	134	1.108	155	1.100
Mittelwert	641,78 €	6.360,44 €	626,00 €	7.502,74 €
Standardabweichung	3.877 €	10.575 €	4.256 €	12.101 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	2.955,82 €	0,00 €	3.078,58 €
75%-Perzentil	0 €	7.637 €	0 €	10.049 €
Maximum	80.331 €	120.823 €	105.758 €	134.705 €

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	105	879	163	132	883	162
Mittelwert	677,44 €	6.569,24 €	1.756,01 €	688,83 €	7.571,32 €	1.604,37 €
Standardabweichung	4.101 €	11.172 €	7.762 €	4.526 €	11.647 €	5.854 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	3.168,88 €	0,00 €	0,00 €	3.501,60 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	7.664 €	0 €	0 €	10.410 €	0 €
Maximum	80.331 €	120.823 €	135.147 €	105.758 €	134.705 €	59.608 €

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

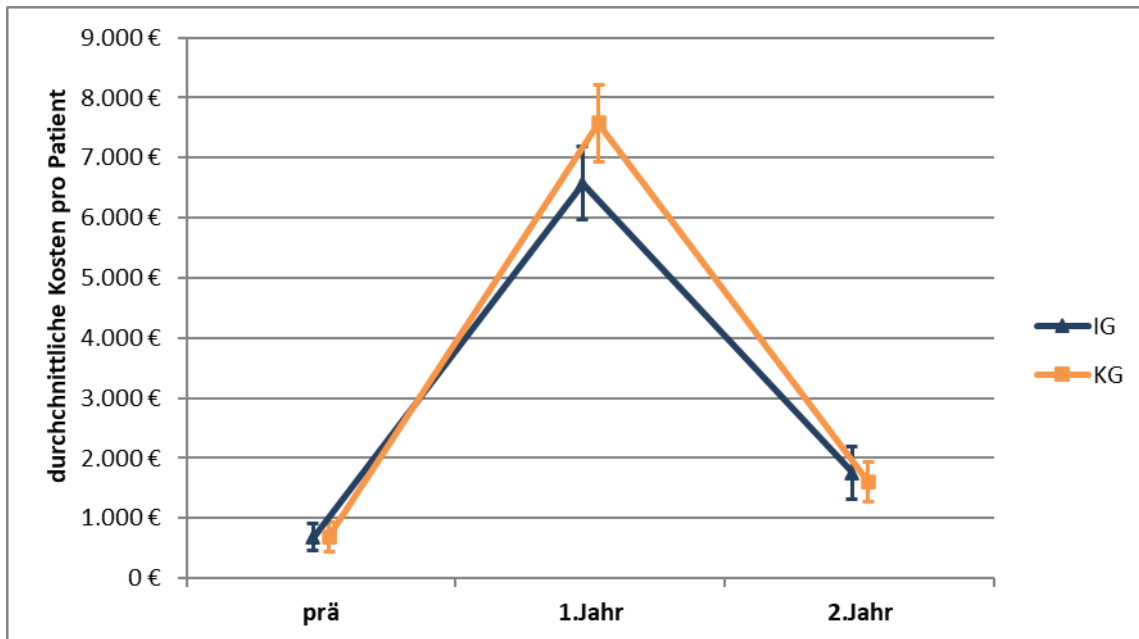


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	688,83 €	<0,001	688,83 €	<0,001	-1.553,41 €	<0,001
IG (vs. KG)	-11,38 €	0,947	-11,38 €	0,947	88,41 €	0,561
Post (vs. Prä)	3.976,56 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-409,19 €	0,205				
1. Jahr (vs. Prä)			6.882,49 €	<0,001	7.714,87 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			915,54 €	<0,001	1.743,57 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-990,70 €	0,030	-1.082,31 €	0,019
IG x Jahr 2 (DiD)			163,03 €	0,587	32,53 €	0,913
Alter (30-47 J. vs. U30)					30,22 €	0,928
Alter (48-64 J. vs. U30)					359,71 €	0,305
Alter (Ü64 vs. U30)					813,73 €	0,044
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					44,04 €	0,842
F 00 (Demenz)					-879,29 €	0,128
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-384,18 €	0,413
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.971,18 €	0,363
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.486,74 €	0,002
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					2.552,53 €	0,083
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					613,28 €	0,079
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.022,05 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.282,23 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-676,16 €	0,066
F 45 (Somatoforme Störungen)					-207,22 €	0,563
F 40-48 (ohne F43 und F45)					407,11 €	0,480
F 50 (Essstörungen)					509,81 €	0,418
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.468,80 €	0,132
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.981,36 €	0,083
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.328,66 €	0,360
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.584,70 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.219,08 €	0,273
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.023,67 €	0,007
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					57,37 €	0,595
R ²		0,044		0,109		0,168

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

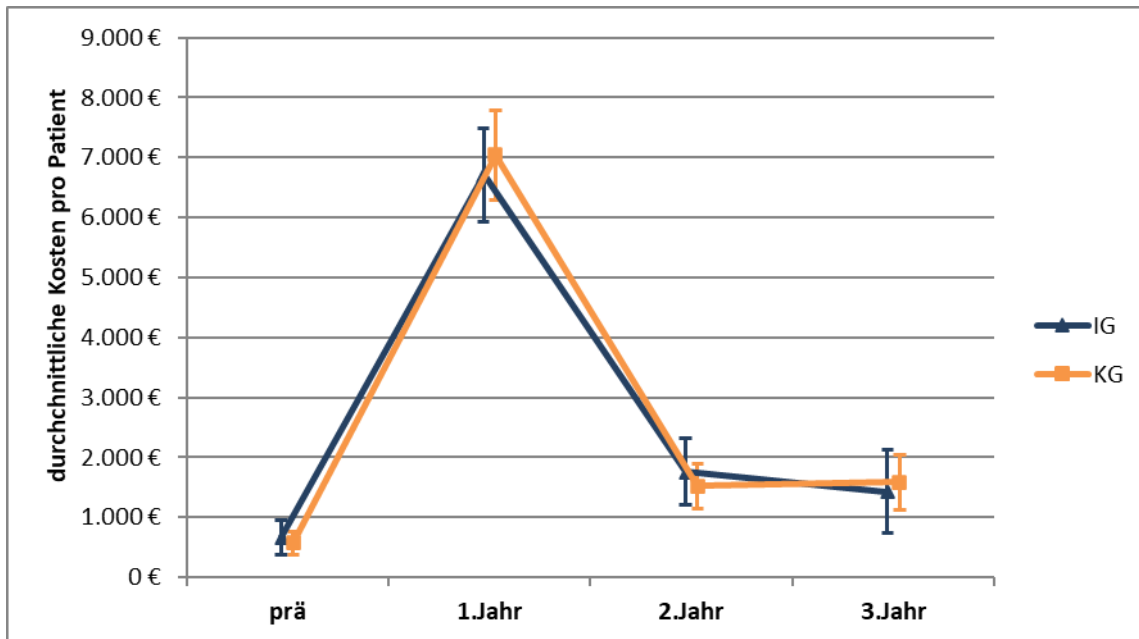
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	70	582	109	79	85	565	113	81
Mittelwert	665,21 €	6.707,52 €	1.759,34 €	1.429,18 €	568,83 €	7.039,01 €	1.524,38 €	1.587,13 €
Standardabweichung	4.316 €	11.580 €	7.928 €	9.838 €	2.737 €	11.117 €	5.369 €	6.622 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	3.218,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.188,72 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.967,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.598,27 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	80.331 €	120.823 €	135.147 €	232.714 €	40.038 €	134.705 €	52.207 €	59.472 €

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

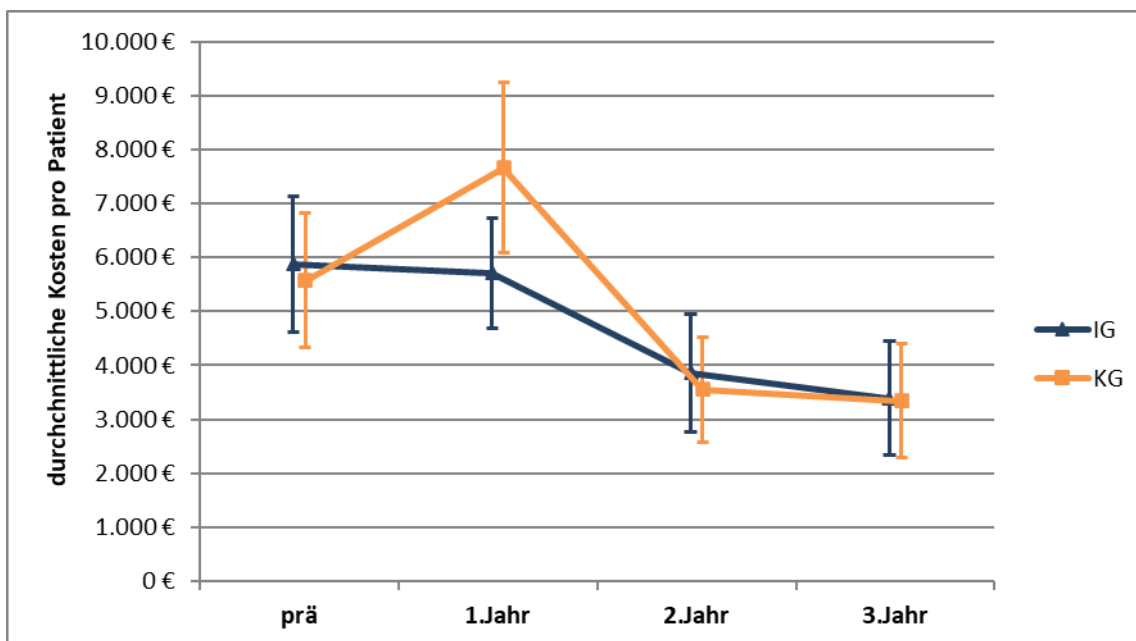


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	168	194	102	83	157	178	89	84
Mittelwert	5.874,53 €	5.710,38 €	3.862,18 €	3.385,08 €	5.572,36 €	7.659,69 €	3.548,39 €	3.340,54 €
Standardabweichung	13.047 €	10.586 €	11.049 €	10.478 €	12.912 €	16.424 €	9.955 €	10.502 €
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	6.388,75 €	6.722,75 €	724,32 €	0,00 €	6.142,62 €	8.034,03 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	110.090 €	88.837 €	86.995 €	89.353 €	104.462 €	104.906 €	74.519 €	86.353 €

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



10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Stationersetzende Leistungen wurden in allen Untersuchungsperspektiven nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen, sodass auf eine Ergebnisbeschreibung, Tabellen sowie Abbildungen verzichtet wird.

10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 91, Tabelle 93 und Abbildung 54) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 26,06 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 17,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.349,11 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.067,32 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 273,43 € nicht signifikant ($p=0,233$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 105,59 €. In der KG sanken die Kosten auf 30,45 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 92, Tabelle 94 und Abbildung 55) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 534,25 € höhere Kosten als die KG mit 441,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 728,48 €. In der KG stiegen die Kosten auf 596,96 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 39,07 € nicht signifikant ($p=0,844$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 299,51 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 57,68 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 172,88 € nicht signifikant ($p=0,257$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 95 und Abbildung 56) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 29,61 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 22,24 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.675,14 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.035,53 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 96, Tabelle 97 und Abbildung 57) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 32,77 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 14,42 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.651,92 €. In der KG stiegen die Kosten

auf 1.089,23 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 544,34 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 212,26 €. In der KG sanken die Kosten auf 194,28 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 98 und Abbildung 58) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,03 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 21,82 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.666,25 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.111,70 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 108,37 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 85,28 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 99 und Abbildung 59) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 487,33 € mehr Kosten als die KG mit 402,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 931,64 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 647,75 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 422,83 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 147,38 €.

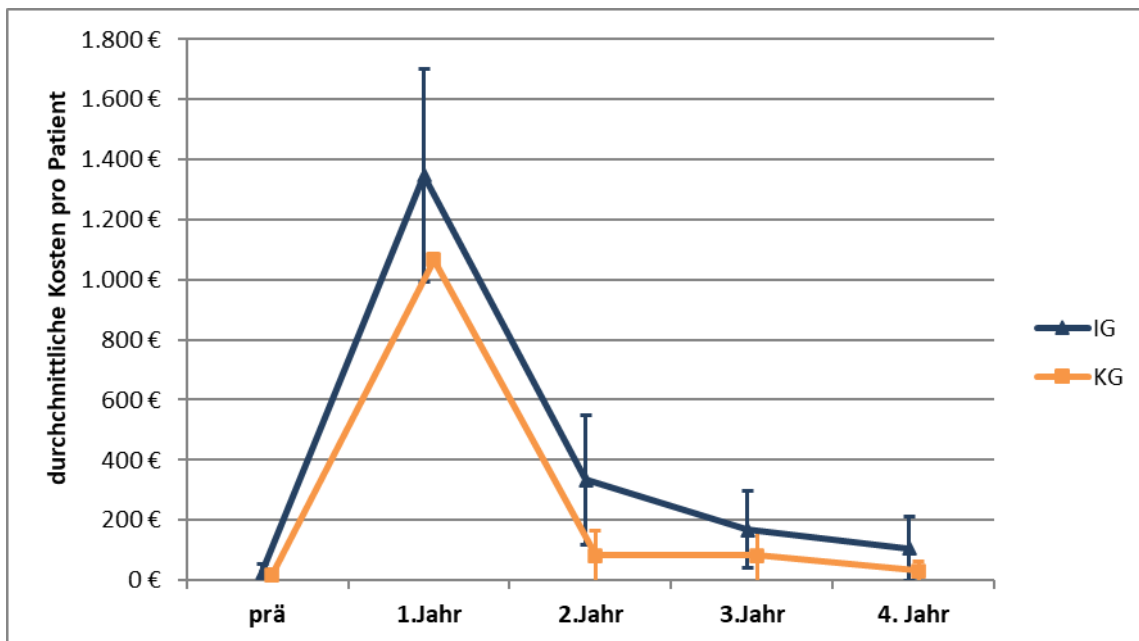
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 91: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	< 10	80	18	10	< 10	< 10	72	14	< 10	< 10
Mittelwert	26,06 €	1.349,11 €	333,49 €	167,62 €	105,59 €	17,70 €	1.067,32 €	220,61 €	82,43 €	30,45 €
Standardabweichung	329,27 €	3.664,61 €	2.160,96 €	1.263,32 €	1.048,10 €	209,17 €	2.802,19 €	1.450,48 €	769,43 €	425,91 €
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	5.247 €	25.446 €	27.675 €	18.555 €	14.124 €	3.711 €	14.862 €	18.942 €	9.172 €	7.052 €

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



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 92: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	29	50	26	22	16	31	43	14	12	< 10
Mittelwert	534,25 €	728,48 €	612,74 €	430,66 €	299,51 €	441,80 €	596,96 €	191,00 €	163,24 €	57,68 €
Standardabweichung	2.482,24 €	2.391,04 €	2.828,80 €	1.917,48 €	1.633,97 €	1.787,69 €	2.041,80 €	1.151,37 €	1.127,94 €	743,40 €
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	31.874 €	18.671 €	23.350 €	17.567 €	16.784 €	15.956 €	14.245 €	11.215 €	11.694 €	12.692 €

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

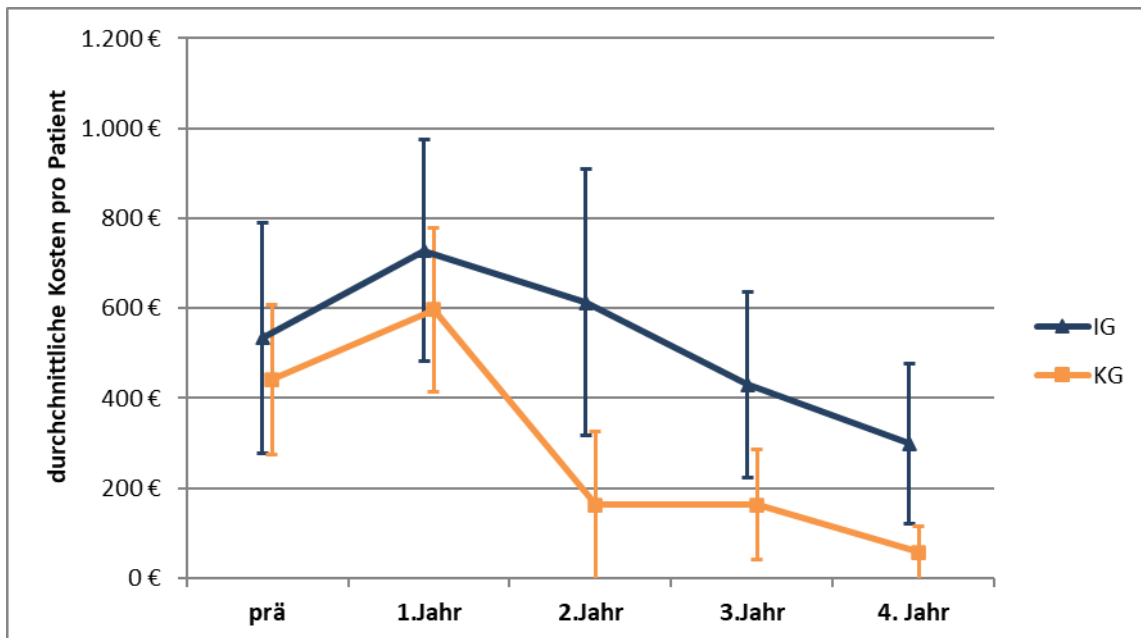


Tabelle 93: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	17,70 €	0,086	17,70 €	0,086	94,52 €	0,425
IG (vs. KG)	8,36 €	0,664	8,36 €	0,664	27,79 €	0,221
Post (vs. Prä)	349,36 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	137,97 €	0,099				
1. Jahr (vs. Prä)			1.049,62 €	<0,001	1.059,15 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			202,91 €	0,007	193,21 €	0,011
3. Jahr (vs. Prä)			64,72 €	0,080	52,26 €	0,228
4. Jahr (vs. Prä)			12,75 €	0,604	-5,71 €	0,846
IG x Jahr 1 (DiD)			273,43 €	0,233	263,92 €	0,248
IG x Jahr 2 (DiD)			104,52 €	0,437	97,34 €	0,466
IG x Jahr 3 (DiD)			76,83 €	0,321	61,13 €	0,426
IG x Jahr 4 (DiD)			66,78 €	0,287	55,24 €	0,367
Alter (30-47 J. vs. U30)					113,20 €	0,260
Alter (48-64 J. vs. U30)					82,69 €	0,351
Alter (Ü64 vs. U30)					-223,67 €	0,009
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-41,68 €	0,533
F 00 (Demenz)					-283,35 €	0,007
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-286,95 €	0,011
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					269,32 €	0,585
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-258,52 €	0,090
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-326,76 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-223,85 €	0,059
F 30-39 (Affektive Störungen)					242,20 €	0,016
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-152,04 €	0,181
F 45 (Somatoforme Störungen)					-259,93 €	0,029
F 40-48 (ohne F43 und F45)					28,76 €	0,871
F 50 (Essstörungen)					380,48 €	0,461
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					233,02 €	0,378
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-158,31 €	0,473
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-77,44 €	0,192
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					92,18 €	0,088
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.330,73 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-109,23 €	0,420
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-29,43 €	0,235
R ²		0,010		0,060		0,086

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

Tabelle 94: 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	441,80 €	<0,001	441,80 €	<0,001	103,97 €	0,681
IG (vs. KG)	92,45 €	0,563	92,45 €	0,563	110,08 €	0,272
Post (vs. Prä)	-182,09 €	0,048				
IG x Post (DiD)	172,88 €	0,257				
1. Jahr (vs. Prä)			155,16 €	0,222	701,79 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-250,81 €	0,018	289,37 €	0,081
3. Jahr (vs. Prä)			-278,56 €	0,008	257,81 €	0,116
4. Jahr (vs. Prä)			-384,12 €	<0,001	146,93 €	0,357
IG x Jahr 1 (DiD)			39,07 €	0,844	25,51 €	0,887
IG x Jahr 2 (DiD)			329,30 €	0,102	318,82 €	0,075
IG x Jahr 3 (DiD)			174,97 €	0,299	159,40 €	0,238
IG x Jahr 4 (DiD)			149,38 €	0,425	136,91 €	0,344
Alter (30-47 J. vs. U30)					126,85 €	0,555
Alter (48-64 J. vs. U30)					-76,24 €	0,640
Alter (Ü64 vs. U30)					-248,05 €	0,139
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,82 €	0,979
F 00 (Demenz)					-220,50 €	0,059
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-191,76 €	0,049
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-231,84 €	0,016
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-225,86 €	0,030
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-310,00 €	0,012
F 30-39 (Affektive Störungen)					22,92 €	0,834
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-114,11 €	0,385
F 45 (Somatoforme Störungen)					-291,04 €	0,041
F 40-48 (ohne F43 und F45)					15,25 €	0,937
F 50 (Essstörungen)					1.017,36 €	0,228
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					92,68 €	0,834
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-239,74 €	0,300
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					54,42 €	0,826
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,46 €	0,811
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.882,57 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					23,11 €	0,823
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					70,13 €	0,417
R ²		0,004		0,012		0,173

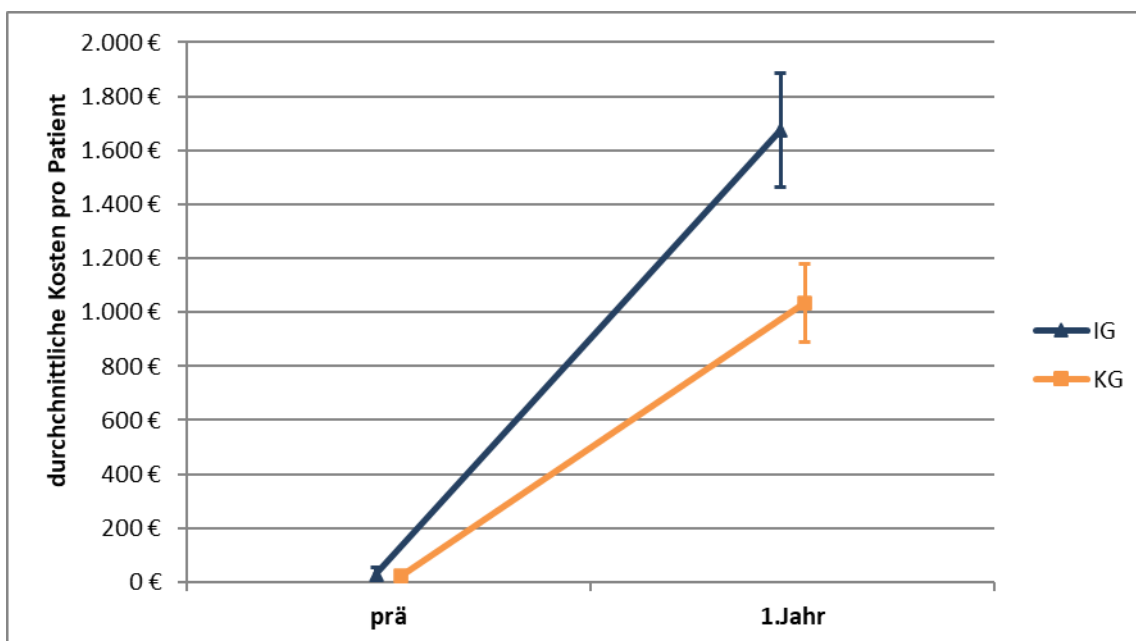
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 95: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	11	350	< 10	246
Mittelwert	29,61 €	1.675,14 €	22,24 €	1.035,53 €
Standardabweichung	476,32 €	4.388,19 €	393,48 €	2.991,01 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	15.054 €	37.970 €	10.502 €	27.341 €

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	< 10	265	40	< 10	205	32
Mittelwert	32,77 €	1.651,92 €	212,26 €	14,42 €	1.089,23 €	194,28 €
Standardabweichung	519,43 €	4.482,87 €	1.616,26 €	261,70 €	3.072,04 €	1.412,52 €
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	15.054 €	37.970 €	27.675 €	7.485 €	27.341 €	21.080 €

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

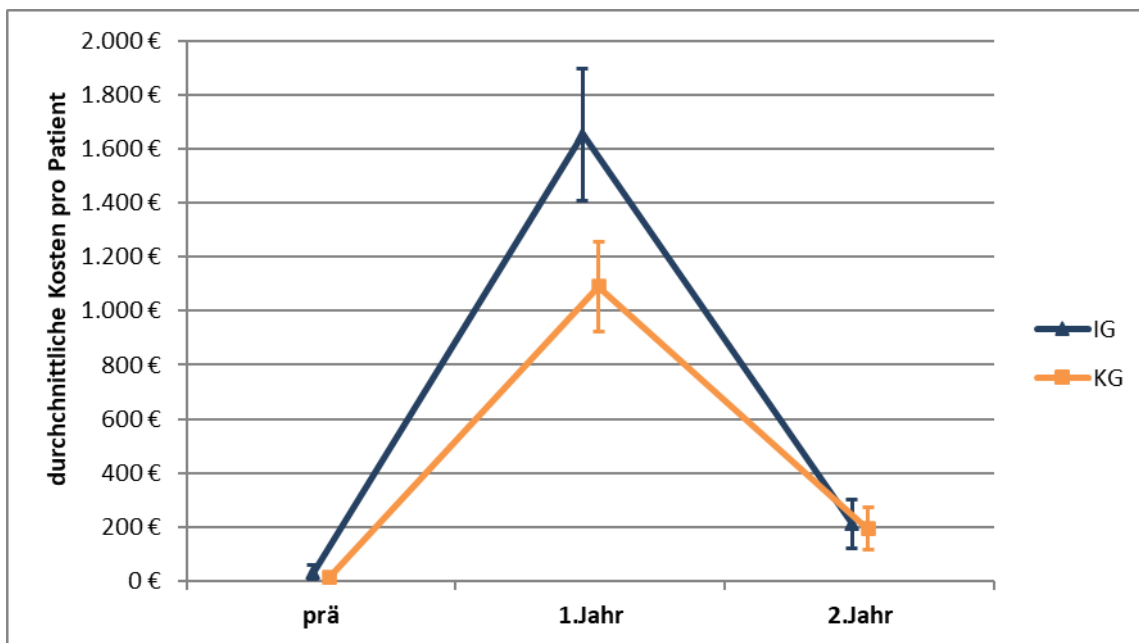


Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	14,42 €	0,048	14,42 €	0,049	-9,95 €	0,941
IG (vs. KG)	18,35 €	0,258	18,35 €	0,258	22,38 €	0,238
Post (vs. Prä)	638,96 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	284,94 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			1.074,81 €	<0,001	1.027,90 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			179,86 €	<0,001	113,04 €	0,007
IG x Jahr 1 (DiD)			544,34 €	<0,001	542,28 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-0,37 €	0,995	-9,34 €	0,881
Alter (30-47 J. vs. U30)					12,78 €	0,896
Alter (48-64 J. vs. U30)					-83,41 €	0,370
Alter (Ü64 vs. U30)					-505,01 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					22,71 €	0,706
F 00 (Demenz)					-135,36 €	0,176
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-60,58 €	0,569
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-165,74 €	0,300
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					173,50 €	0,382
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-110,38 €	0,411
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-205,57 €	0,072
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-24,00 €	0,851
F 30-39 (Affektive Störungen)					644,37 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					105,00 €	0,436
F 45 (Somatoforme Störungen)					-32,14 €	0,787
F 40-48 (ohne F43 und F45)					286,37 €	0,231
F 50 (Essstörungen)					-283,53 €	0,375
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					145,34 €	0,507
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-215,24 €	0,121
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-83,68 €	0,592
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					96,14 €	0,023
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.884,50 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					43,35 €	0,739
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-112,15 €	<0,001
R ²		0,025		0,063		0,095

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

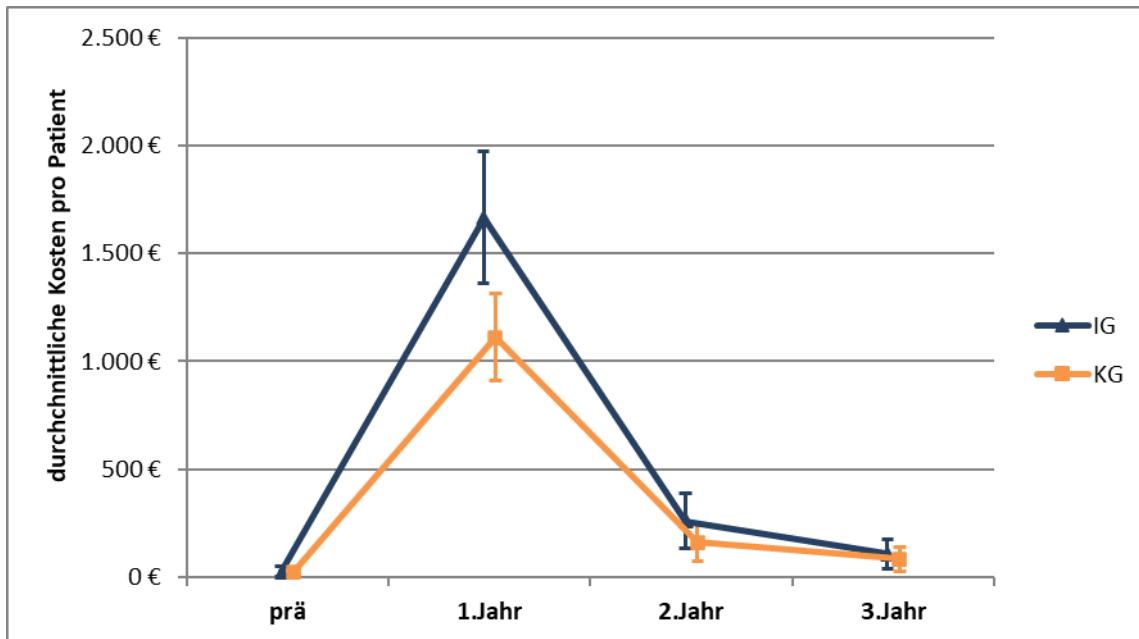
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	< 10	177	30	17	< 10	142	20	11
Mittelwert	25,03 €	1.666,25 €	261,19 €	108,37 €	21,82 €	1.111,70 €	161,48 €	85,28 €
Standardabweichung	341,82 €	4.577,72 €	1.865,71 €	950,33 €	321,71 €	3.021,80 €	1.233,07 €	817,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.747 €	37.970 €	27.675 €	18.555 €	7.485 €	21.353 €	18.942 €	11.021 €

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

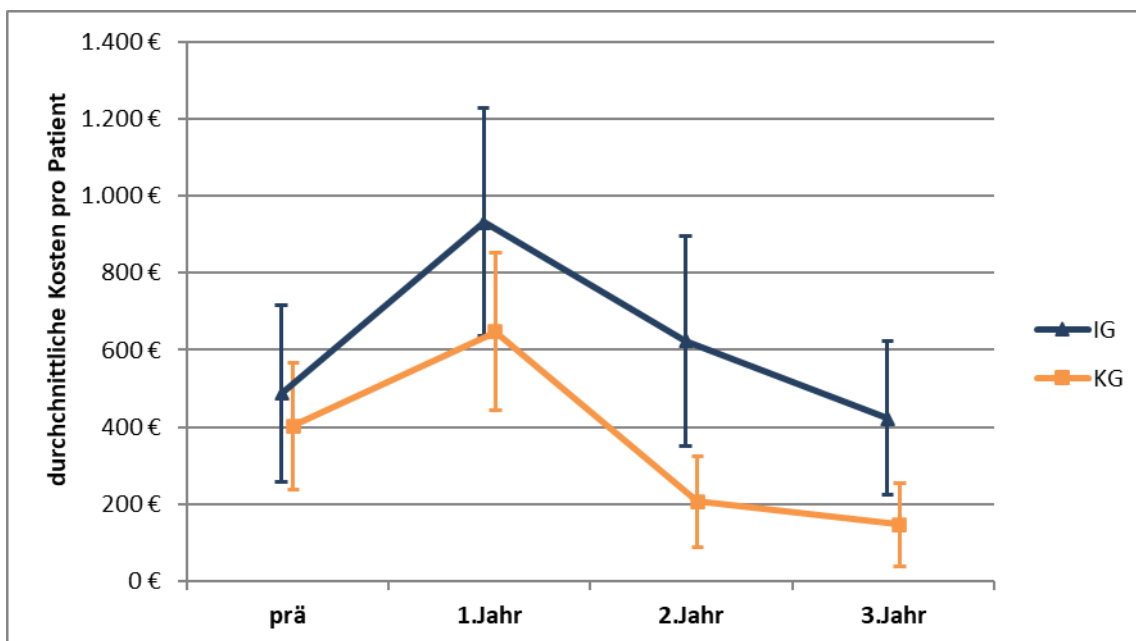


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	30	63	32	23	32	50	17	12
Mittelwert	487,33 €	931,64 €	623,45 €	422,83 €	402,84 €	647,75 €	206,35 €	147,38 €
Standardabweichung	2.356,50 €	3.050,12 €	2.761,23 €	1.984,34 €	1.702,42 €	2.131,17 €	1.199,07 €	1.072,72 €
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	31.874 €	28.285 €	23.350 €	17.567 €	15.956 €	14.245 €	11.215 €	11.694 €

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 Ausgleichsleistungen und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 100, Tabelle 102 und Abbildung 60) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,47 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 6,86 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 338,12 €. In der KG stiegen die Kosten auf 219,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 117,49 € signifikant ($p=0,009$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 93,67 €. In der KG sanken die Kosten auf 85,09 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 101, Tabelle 103 und Abbildung 61) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 459,96 € höhere Kosten als die KG mit 432,35 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 635,08 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 629,51 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 22,04 € signifikant ($p=0,009$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 474,77 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 375,02 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 7,03 € nicht signifikant ($p=0,327$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 104 und Abbildung 62) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 15,82 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 10,11 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 328,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 223,79 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 105, Tabelle 106 und Abbildung 63) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,69 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 10,54 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 321,25 €. In der KG stiegen die Kosten auf 222,10 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 96,00 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 133,44 €. In der KG sanken die Kosten auf 99,80 €.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 64) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,29 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 6,54 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 317,74 €. In der KG stiegen die Kosten auf 223,86 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 138,39 €. In der KG sanken die Kosten auf 80,32 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 65) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 420,04 € etwas mehr Kosten als die KG mit 400,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 603,55 €. In der KG stiegen die Kosten auf 594,81 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 389,48 €. In der KG sanken die Kosten auf 381,76 €.

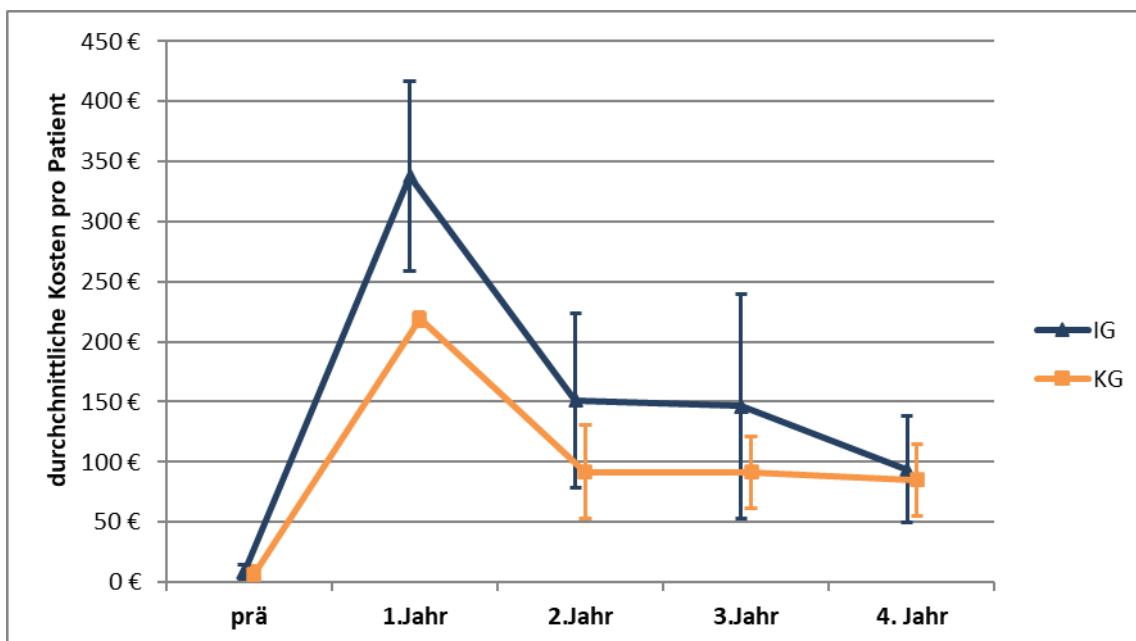
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 100: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	12	212	66	52	47	< 10	186	69	51	38
Mittelwert	8,47 €	338,12 €	151,10 €	146,63 €	93,67 €	6,86 €	219,02 €	112,43 €	91,63 €	85,09 €
Standardabweichung	56,94 €	818,07 €	730,30 €	914,67 €	429,51 €	60,37 €	389,65 €	297,04 €	285,96 €	293,83 €
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 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	196,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	312,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	612 €	6.942 €	11.413 €	16.255 €	6.334 €	624 €	2.496 €	1.561 €	1.632 €	2.016 €

Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 101: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	240	283	196	177	160	247	291	195	167	143
Mittelwert	459,96 €	635,08 €	428,84 €	408,09 €	474,77 €	432,35 €	629,51 €	452,68 €	402,56 €	375,02 €
Standardabweichung	458,03 €	1.051,39 €	806,85 €	702,21 €	1.195,61 €	430,08 €	541,70 €	517,93 €	505,99 €	507,65 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	50,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	306,00 €	328,60 €	88,10 €	60,32 €	0,00 €	306,00 €	624,40 €	218,70 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	918,00 €	728,32 €	533,52 €	480,24 €	422,08 €	754,80 €	1.082,40 €	936,60 €	811,65 €	936,60 €
Maximum	1.438 €	7.763 €	7.932 €	4.409 €	10.422 €	1.377 €	2.185 €	1.561 €	1.669 €	1.561 €

Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

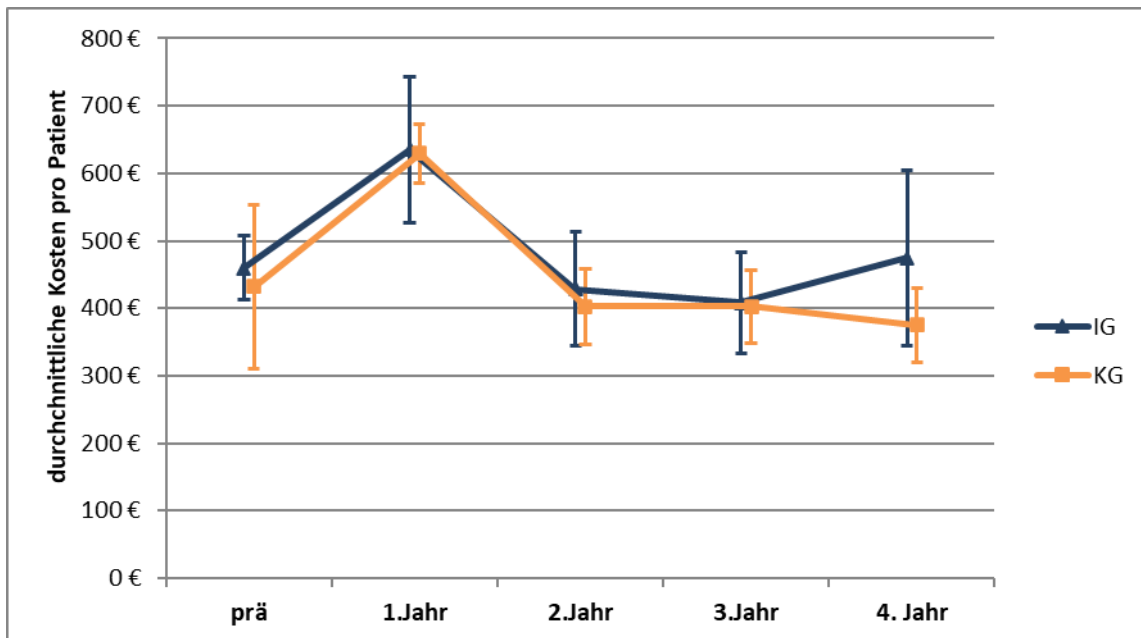


Tabelle 102: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	6,86 €	0,021	6,86 €	0,021	25,30 €	0,696
IG (vs. KG)	1,61 €	0,694	1,61 €	0,695	-5,66 €	0,276
Post (vs. Prä)	122,36 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	56,06 €	0,108				
1. Jahr (vs. Prä)			212,16 €	<0,001	214,44 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			105,57 €	<0,001	106,32 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			84,77 €	<0,001	85,23 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			78,23 €	<0,001	78,89 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			117,49 €	0,009	120,52 €	0,007
IG x Jahr 2 (DiD)			37,06 €	0,356	41,94 €	0,296
IG x Jahr 3 (DiD)			53,40 €	0,284	58,74 €	0,236
IG x Jahr 4 (DiD)			6,98 €	0,799	11,14 €	0,679
Alter (30-47 J. vs. U30)					-48,51 €	0,587
Alter (48-64 J. vs. U30)					-29,86 €	0,755
Alter (Ü64 vs. U30)					-54,86 €	0,567
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					24,81 €	0,540
F 00 (Demenz)					13,85 €	0,881
F 01 (Vaskuläre Demenz)					23,99 €	0,692
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-63,30 €	0,061
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-117,04 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-5,85 €	0,918
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					126,32 €	0,007
F 30-39 (Affektive Störungen)					-12,23 €	0,692
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					41,09 €	0,256
F 45 (Somatoforme Störungen)					-76,92 €	0,040
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-58,36 €	0,014
F 50 (Essstörungen)					-111,40 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					219,93 €	0,153
F 70-79 (Intelligenzstörung)					30,70 €	0,651
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					195,36 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,08 €	0,465
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					58,51 €	0,425
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					281,84 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,92 €	0,733
R ²		0,016		0,034		0,052

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

Tabelle 103: 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	432,35 €	<0,001	432,35 €	<0,001	-70,34 €	0,408
IG (vs. KG)	27,61 €	0,400	27,61 €	0,400	27,70 €	0,244
Post (vs. Prä)	36,28 €	0,106				
IG x Post (DiD)	-7,03 €	0,877				
1. Jahr (vs. Prä)			197,16 €	<0,001	512,05 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			20,32 €	0,429	331,65 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-29,80 €	0,270	282,44 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-57,33 €	0,044	252,78 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-22,04 €	0,715	-29,36 €	0,626
IG x Jahr 2 (DiD)			-51,45 €	0,291	-56,20 €	0,251
IG x Jahr 3 (DiD)			-22,07 €	0,634	-33,16 €	0,471
IG x Jahr 4 (DiD)			72,14 €	0,327	61,60 €	0,391
Alter (30-47 J. vs. U30)					99,71 €	0,130
Alter (48-64 J. vs. U30)					128,38 €	0,025
Alter (Ü64 vs. U30)					106,62 €	0,089
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					70,25 €	0,056
F 00 (Demenz)					-140,88 €	0,317
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-255,13 €	0,016
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					5,02 €	0,965
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-133,20 €	0,038
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					245,82 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					43,73 €	0,470
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-78,19 €	0,168
F 45 (Somatoforme Störungen)					-139,13 €	0,043
F 40-48 (ohne F43 und F45)					60,28 €	0,580
F 50 (Essstörungen)					442,05 €	0,092
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					218,58 €	0,040
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-95,01 €	0,327
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-217,34 €	0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-83,80 €	0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-73,13 €	0,152
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					562,44 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-28,62 €	0,311
R ²		<0,001		0,015		0,108

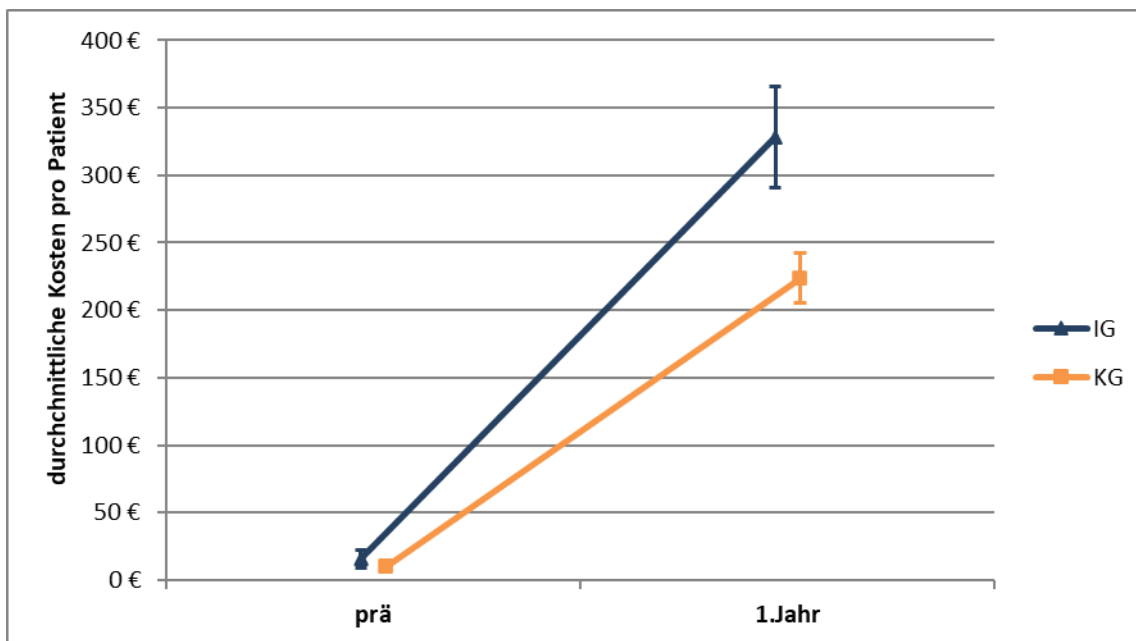
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 104: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	48	864	35	775
Mittelwert	15,82 €	328,36 €	10,11 €	223,79 €
Standardabweichung	134,40 €	782,66 €	91,68 €	376,03 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	52,48 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	255,27 €	0,00 €	312,20 €
Maximum	3.499,95 €	7.159,92 €	1.561,00 €	2.496,00 €

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	37	673	215	27	593	205
Mittelwert	13,69 €	321,25 €	133,44 €	10,54 €	222,10 €	99,80 €
Standardabweichung	99,28 €	776,48 €	602,23 €	94,63 €	378,59 €	280,65 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	50,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	251,44 €	0,00 €	0,00 €	312,20 €	0,00 €
Maximum	1.405 €	7.160 €	11.413 €	1.561 €	2.496 €	1.561 €

Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

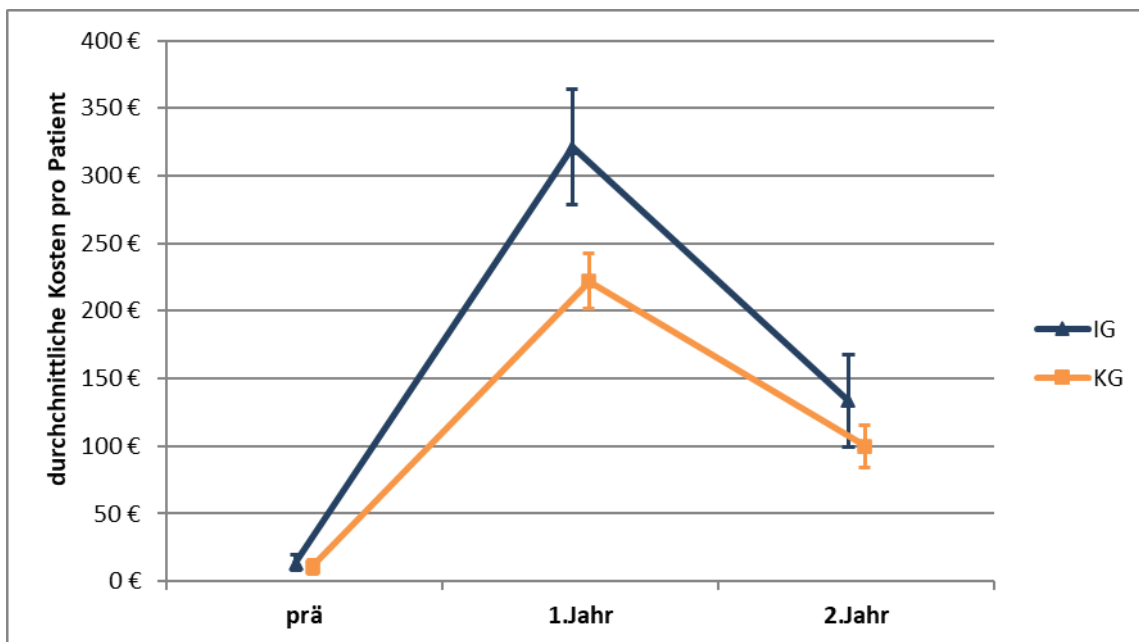


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	10,54 €	<0,001	10,54 €	<0,001	17,38 €	0,477
IG (vs. KG)	3,15 €	0,410	3,15 €	0,410	0,36 €	0,920
Post (vs. Prä)	152,00 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	64,86 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			211,56 €	<0,001	211,26 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			89,26 €	<0,001	89,50 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			96,00 €	<0,001	98,23 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			30,49 €	0,113	32,27 €	0,093
Alter (30-47 J. vs. U30)					-8,76 €	0,742
Alter (48-64 J. vs. U30)					4,41 €	0,872
Alter (Ü64 vs. U30)					33,18 €	0,272
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					13,43 €	0,377
F 00 (Demenz)					5,94 €	0,924
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-53,01 €	0,152
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-150,01 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-54,52 €	0,218
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-92,42 €	0,005
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-82,02 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					103,70 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					-2,70 €	0,873
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					18,49 €	0,358
F 45 (Somatoforme Störungen)					-62,10 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-44,77 €	0,164
F 50 (Essstörungen)					-81,68 €	0,002
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					168,08 €	0,047
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-11,61 €	0,811
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					17,71 €	0,813
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,86 €	0,670
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					49,34 €	0,353
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					452,38 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-15,44 €	<0,001
R ²		0,039		0,059		0,088

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

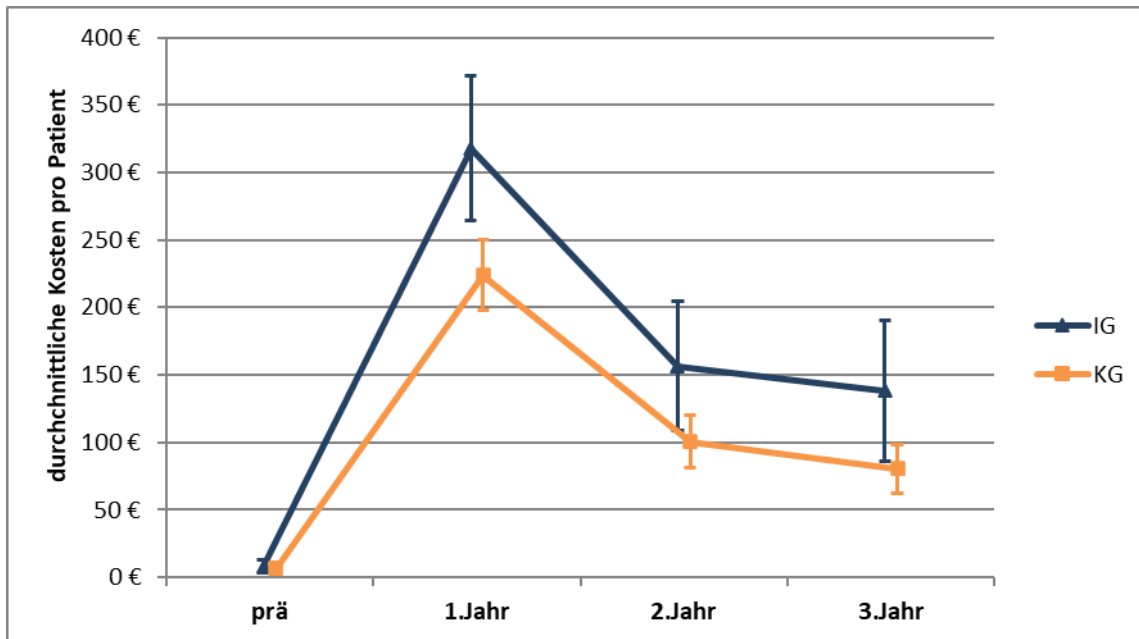
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 107: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	20	449	156	100	14	394	136	100
Mittelwert	8,29 €	317,74 €	156,49 €	138,39 €	6,54 €	223,86 €	100,54 €	80,32 €
Standardabweichung	67,31 €	798,30 €	691,81 €	740,94 €	66,10 €	387,63 €	281,00 €	254,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	50,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	209,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	312,20 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.008 €	7.160 €	11.413 €	16.255 €	1.249 €	2.496 €	1.561 €	1.632 €

Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

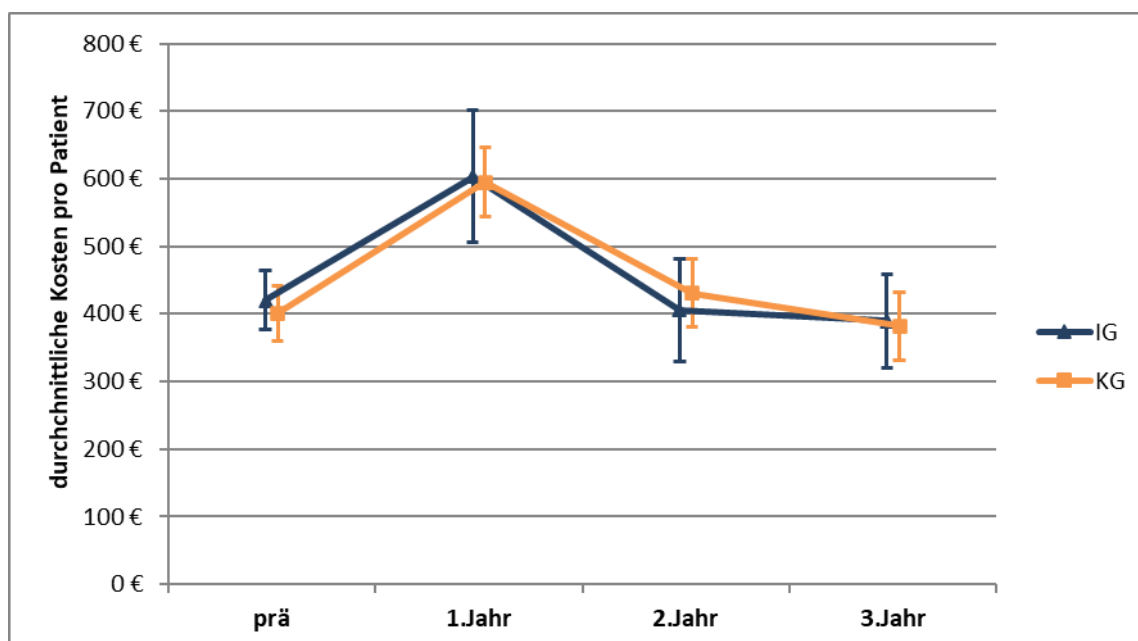


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 108: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	253	307	213	192	261	314	209	178
Mittelwert	420,04 €	603,55 €	405,51 €	389,48 €	400,63 €	594,81 €	430,39 €	381,76 €
Standardabweichung	454,64 €	1.013,10 €	777,97 €	691,45 €	423,36 €	537,73 €	512,13 €	495,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	3,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €
Median	306,00 €	310,11 €	67,80 €	29,45 €	306,00 €	530,90 €	72,90 €	0,00 €
75%-Perzentil	918,00 €	707,38 €	484,75 €	479,12 €	683,40 €	1.009,50 €	936,60 €	770,20 €
Maximum	1.438,20 €	7.762,95 €	7.932,06 €	4.409,05 €	1.377,00 €	2.185,40 €	1.561,00 €	1.669,34 €

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 109, Tabelle 111 und Abbildung 66) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,24 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 4,48 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2,31 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4,91 €. Die Verringerung der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,35 € nicht signifikant ($p=0,414$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,36 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,43 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 110, Tabelle 112 und Abbildung 67) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,09 € höhere Kosten als die KG mit 0,43 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2,28 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2,17 €. Die Verringerung der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,55 € nicht signifikant ($p=0,417$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,00 €. In der KG sanken die Kosten auf 2,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 4,19 € nicht signifikant ($p=0,309$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 68) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,84 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 1,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3,51 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3,06 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 114, Tabelle 115 und Abbildung 69) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,78 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 1,89 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3,30 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2,34 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,07 € nicht signifikant ($p=0,423$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,66 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2,43 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 116 und Abbildung 70) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,08 € leicht geringere Kosten als die KG mit 2,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3,52 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3,53 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,50 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,53 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 71) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,62 € höhere Kosten als die KG mit 0,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2,02 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,95 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,01 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,71 €.

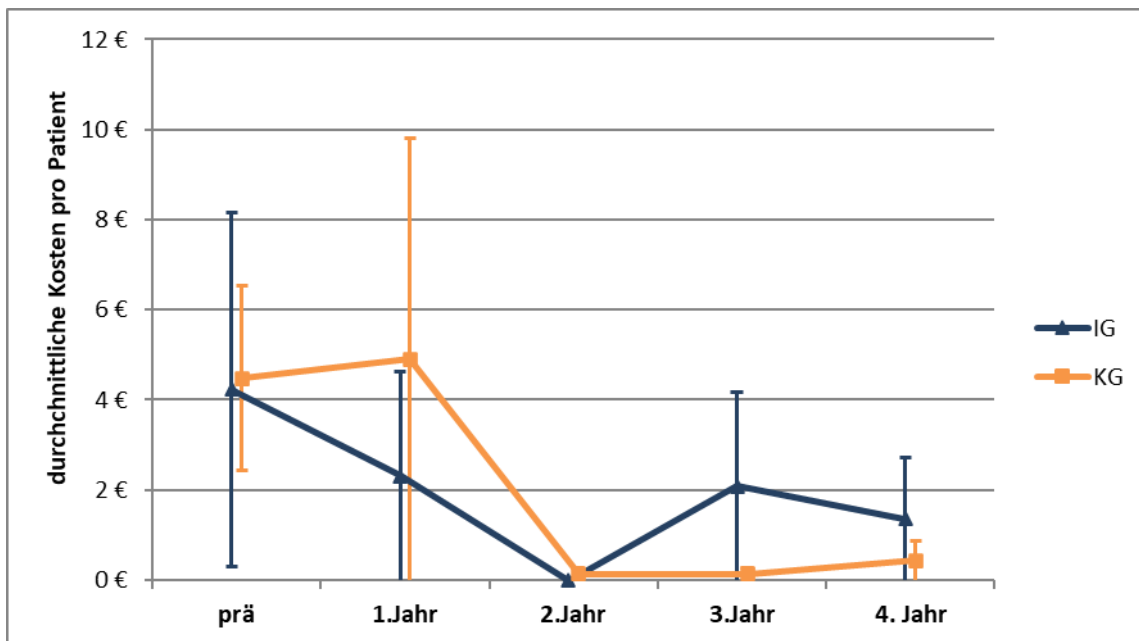
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 109: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,24 €	2,31 €	0,00 €	2,09 €	1,36 €	4,48 €	4,91 €	2,10 €	0,14 €	0,43 €
Standardabweichung	40,66 €	26,56 €	0,00 €	28,77 €	21,13 €	84,90 €	75,95 €	24,81 €	2,69 €	7,04 €
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 € <td 0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
Maximum	603,68 €	367,20 €	0,00 €	449,71 €	387,90 €	1.719,53 €	1.420,37 €	413,00 €	52,21 €	132,26 €

Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 110: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,09 €	2,28 €	1,41 €	1,14 €	0,00 €	0,43 €	2,17 €	0,85 €	1,90 €	2,15 €
Standardabweichung	77,99 €	27,41 €	20,31 €	20,87 €	0,00 €	8,26 €	30,15 €	9,62 €	27,06 €	23,94 €
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	1.485,90 €	362,76 €	374,66 €	380,92 €	0,00 €	159,26 €	553,74 €	128,86 €	483,32 €	319,83 €

Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

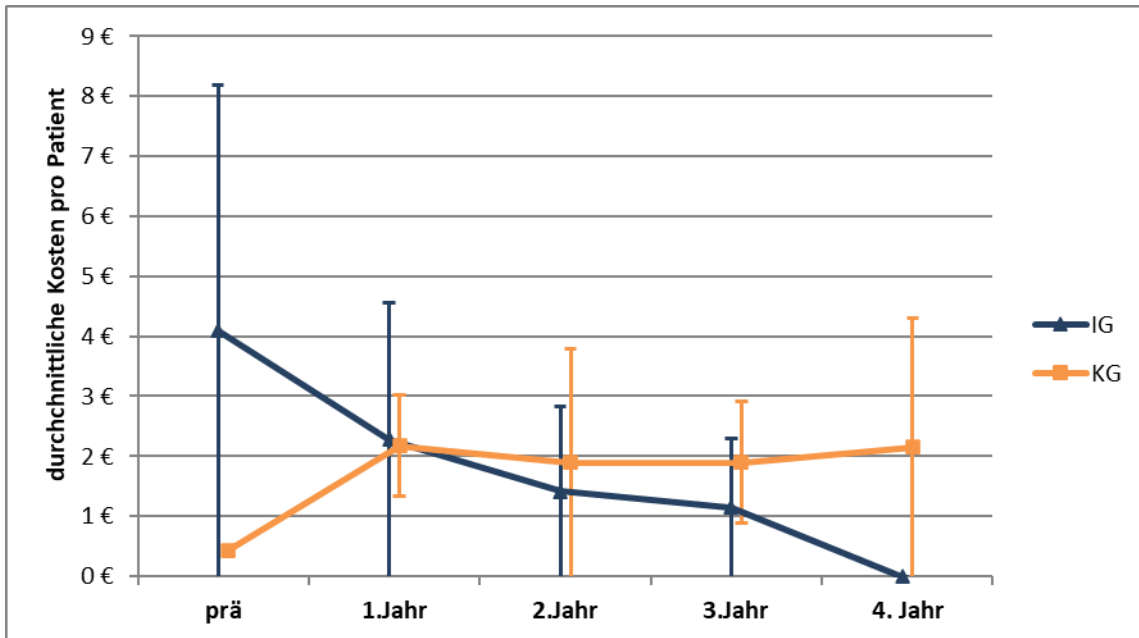


Tabelle 111: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	4,48 €	0,284	4,48 €	0,285	-6,13 €	0,256
IG (vs. KG)	-0,25 €	0,958	-0,25 €	0,958	-0,81 €	0,873
Post (vs. Prä)	-2,51 €	0,446				
IG x Post (DiD)	-0,27 €	0,944				
1. Jahr (vs. Prä)			0,43 €	0,791	4,54 €	0,044
2. Jahr (vs. Prä)			-2,38 €	0,580	1,67 €	0,561
3. Jahr (vs. Prä)			-4,34 €	0,300	-0,34 €	0,897
4. Jahr (vs. Prä)			-4,05 €	0,336	-0,08 €	0,976
IG x Jahr 1 (DiD)			-2,35 €	0,414	-1,98 €	0,500
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,85 €	0,696	-1,44 €	0,774
IG x Jahr 3 (DiD)			2,20 €	0,653	2,68 €	0,609
IG x Jahr 4 (DiD)			1,17 €	0,807	1,71 €	0,743
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1,04 €	0,523
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1,76 €	0,250
Alter (Ü64 vs. U30)					2,69 €	0,628
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2,02 €	0,042
F 00 (Demenz)					-1,36 €	0,445
F 01 (Vaskuläre Demenz)					0,05 €	0,977
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-0,19 €	0,895
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					3,30 €	0,445
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					4,49 €	0,352
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3,73 €	0,469
F 30-39 (Affektive Störungen)					6,89 €	0,267
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					8,98 €	0,345
F 45 (Somatoforme Störungen)					3,27 €	0,467
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1,32 €	0,624
F 50 (Essstörungen)					-3,96 €	0,026
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					7,77 €	0,227
F 70-79 (Intelligenzstörung)					3,13 €	0,384
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2,86 €	0,399
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,89 €	0,446
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,18 €	0,159
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,71 €	0,142
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,30 €	0,108
R ²		<0,001		0,002		0,010

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

Tabelle 112: 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	0,43 €	0,317	0,43 €	0,318	2,01 €	0,655
IG (vs. KG)	3,67 €	0,373	3,67 €	0,374	3,89 €	0,340
Post (vs. Prä)	1,34 €	0,138				
IG x Post (DiD)	-4,19 €	0,309				
1. Jahr (vs. Prä)			1,74 €	0,283	3,25 €	0,271
2. Jahr (vs. Prä)			0,42 €	0,529	1,89 €	0,459
3. Jahr (vs. Prä)			1,47 €	0,335	2,90 €	0,314
4. Jahr (vs. Prä)			1,73 €	0,210	3,11 €	0,263
IG x Jahr 1 (DiD)			-3,55 €	0,417	-3,68 €	0,398
IG x Jahr 2 (DiD)			-3,10 €	0,455	-3,25 €	0,433
IG x Jahr 3 (DiD)			-4,42 €	0,329	-4,60 €	0,312
IG x Jahr 4 (DiD)			-5,82 €	0,178	-6,00 €	0,169
Alter (30-47 J. vs. U30)					-0,03 €	0,994
Alter (48-64 J. vs. U30)					-3,61 €	0,127
Alter (Ü64 vs. U30)					-4,73 €	0,057
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2,13 €	0,074
F 00 (Demenz)					0,05 €	0,973
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-0,33 €	0,783
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,68 €	0,532
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1,09 €	0,409
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-3,23 €	0,114
F 30-39 (Affektive Störungen)					-0,37 €	0,824
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1,96 €	0,450
F 45 (Somatoforme Störungen)					1,93 €	0,628
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-0,88 €	0,604
F 50 (Essstörungen)					-3,49 €	0,051
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-3,80 €	0,317
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-2,23 €	0,075
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1,69 €	0,415
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,88 €	0,322
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					25,90 €	0,325
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,69 €	0,424
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1,55 €	0,589
R ²		<0,001		0,001		0,018

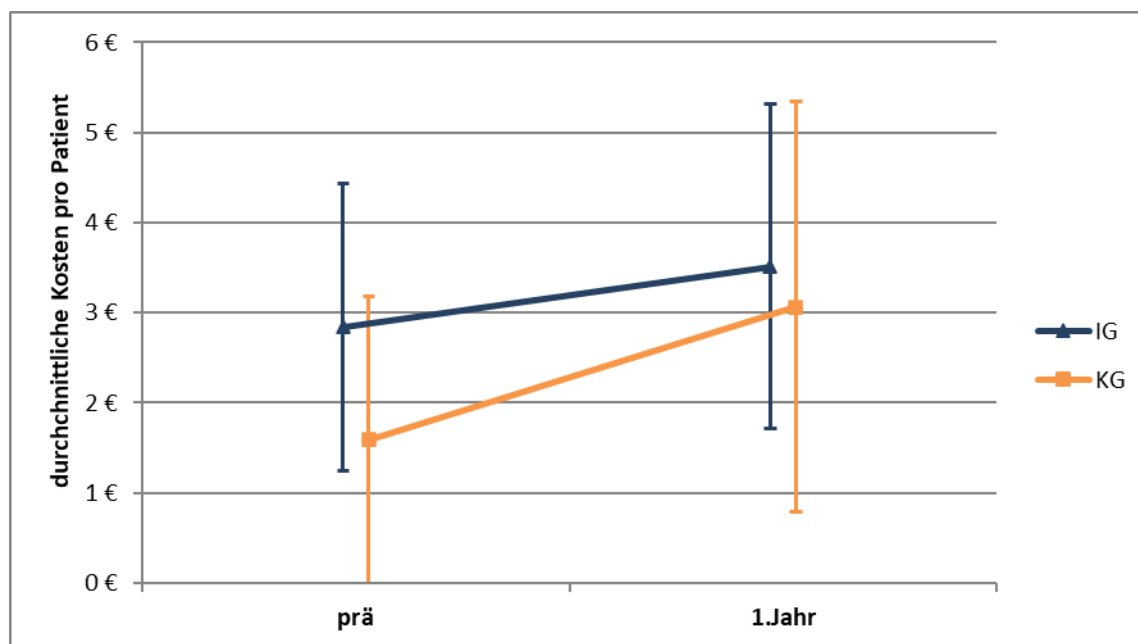
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 113: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	16	17	< 10	12
Mittelwert	2,84 €	3,51 €	1,59 €	3,06 €
Standardabweichung	32,94 €	37,24 €	44,18 €	47,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	603,68 €	749,87 €	1.719,53 €	1.420,37 €

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	< 10	14	< 10	< 10	< 10	11
Mittelwert	1,78 €	3,30 €	0,66 €	1,89 €	2,34 €	2,43 €
Standardabweichung	26,60 €	33,28 €	15,56 €	49,69 €	45,51 €	30,56 €
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	603,68 €	380,92 €	380,92 €	1.719,53 €	1.420,37 €	623,20 €

Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

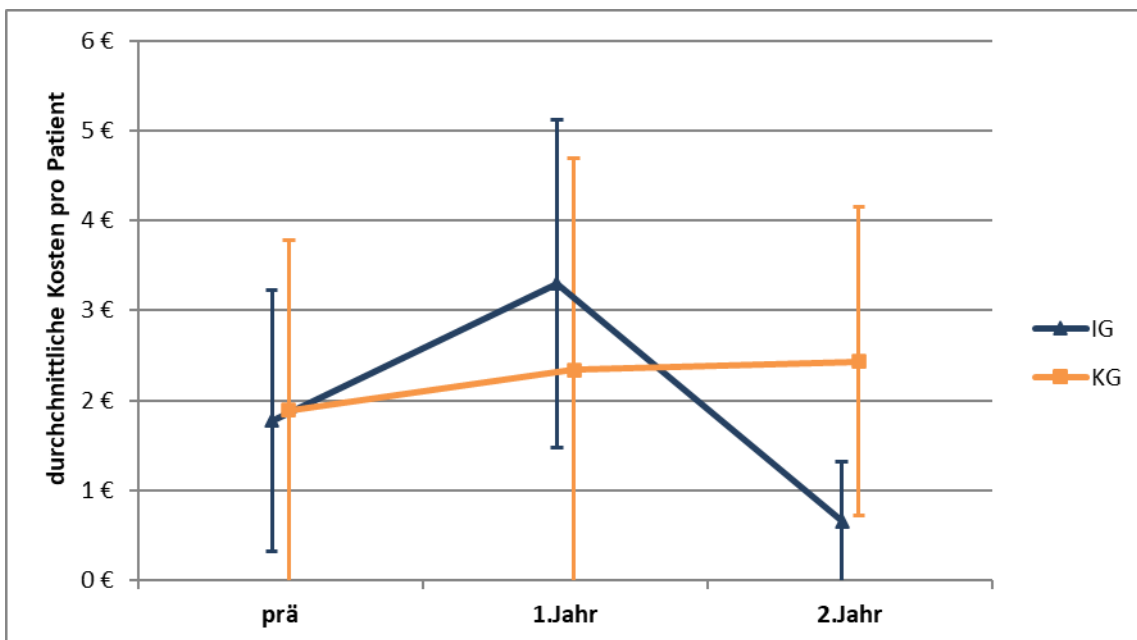


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1,89 €	0,173	1,89 €	0,173	-1,22 €	0,740
IG (vs. KG)	-0,11 €	0,943	-0,11 €	0,943	-0,39 €	0,822
Post (vs. Prä)	0,50 €	0,630				
IG x Post (DiD)	-0,25 €	0,851				
1. Jahr (vs. Prä)			0,45 €	0,547	2,07 €	0,014
2. Jahr (vs. Prä)			0,54 €	0,738	2,10 €	0,083
IG x Jahr 1 (DiD)			1,07 €	0,423	1,24 €	0,365
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,66 €	0,366	-1,49 €	0,441
Alter (30-47 J. vs. U30)					-2,00 €	0,127
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1,75 €	0,197
Alter (Ü64 vs. U30)					-1,33 €	0,629
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,64 €	0,048
F 00 (Demenz)					-0,99 €	0,158
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-0,34 €	0,717
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-0,67 €	0,422
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-0,08 €	0,947
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,05 €	0,978
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1,32 €	0,648
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					0,31 €	0,912
F 30-39 (Affektive Störungen)					2,57 €	0,441
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,90 €	0,454
F 45 (Somatoforme Störungen)					2,05 €	0,432
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-0,05 €	0,981
F 50 (Essstörungen)					-3,38 €	0,012
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1,02 €	0,774
F 70-79 (Intelligenzstörung)					0,51 €	0,788
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					22,71 €	0,308
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1,19 €	0,710
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,35 €	0,256
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,04 €	0,548
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,09 €	0,057
R ²		<0,001		<0,001		0,005

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

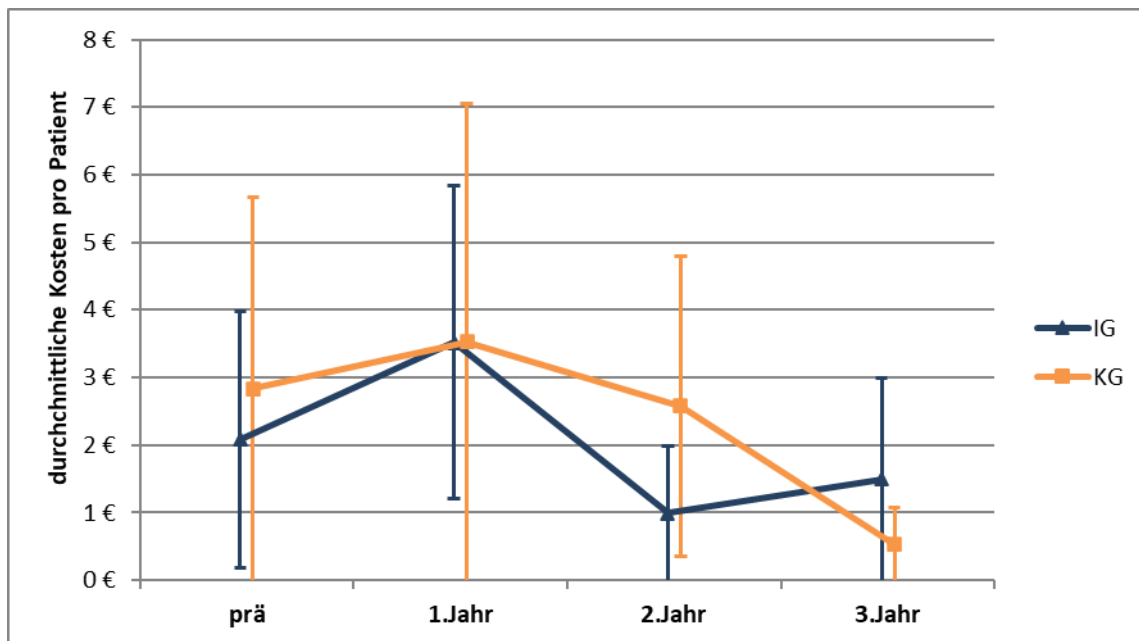
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 116: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	< 10	10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	2,08 €	3,52 €	0,99 €	1,50 €	2,84 €	3,53 €	2,58 €	0,53 €
Standardabweichung	28,31 €	34,46 €	19,09 €	24,16 €	61,11 €	55,95 €	32,12 €	11,39 €
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	603,68 €	374,66 €	380,92 €	449,71 €	1.719,53 €	1.420,37 €	623,20 €	312,37 €

Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

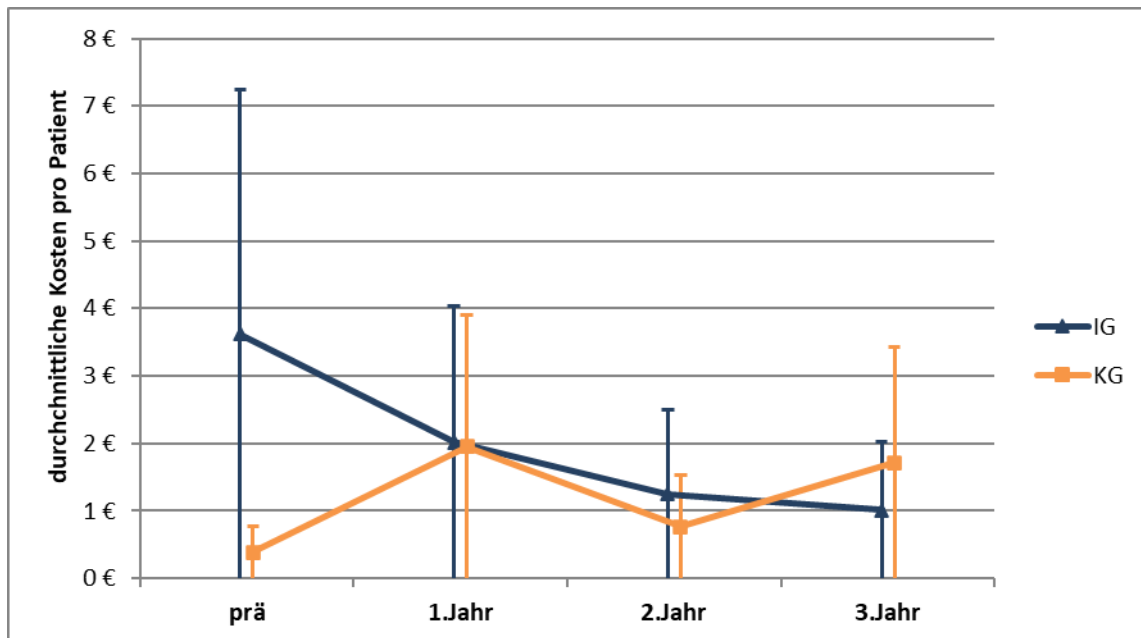


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 117: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	3,62 €	2,02 €	1,25 €	1,01 €	0,38 €	1,95 €	0,76 €	1,71 €
Standardabweichung	73,38 €	25,80 €	19,12 €	19,59 €	7,83 €	28,58 €	9,13 €	25,72 €
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	1.485,90 €	362,76 €	374,66 €	380,92 €	159,26 €	553,74 €	128,86 €	483,32 €

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 118, Tabelle 120) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 217,32 € höhere Kosten als die KG mit 185,94 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 204,58 €. In der KG erhöhten sich die Kosten leicht auf 198,36 €. Die Reduktion der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 35,98 € nicht signifikant ($p=0,166$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 128,82 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 136,65 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 37,69 € nicht signifikant ($p=0,102$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 119, Tabelle 121) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 251,48 € höhere Kosten als die KG mit 177,90 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 166,14 €. In der KG sanken die Kosten auf 155,89 €. Die Reduktion der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 76,30 € signifikant ($p=0,004$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 122,90 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 120,65 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 65,47 € signifikant ($p=0,026$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 122) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 171,20 € etwas mehr Kosten als die KG mit 142,18 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 221,45 €. In der KG stiegen die Kosten auf 183,61 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 123, Tabelle 124) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen

Kosten von 173,26 € etwas höhere Kosten als die KG mit 144,60 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 221,30 €. In der KG stiegen die Kosten auf 187,52 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,71 € nicht signifikant ($p=0,391$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 177,60 €. In der KG sanken die Kosten auf 141,35 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 7,06 € nicht signifikant ($p=0,457$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 125) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 192,25 € höhere Kosten als die KG mit 156,10 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 204,15 €. In der KG stiegen die Kosten auf 189,48 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 137,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 137,06 €.

Bei den linikbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 126) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 258,63 € höhere Kosten als die KG mit 184,06 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 179,18 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 158,06 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr reduzierten sich die Kosten in der IG auf 120,50 €. In der KG sanken die Kosten auf 133,25 €.

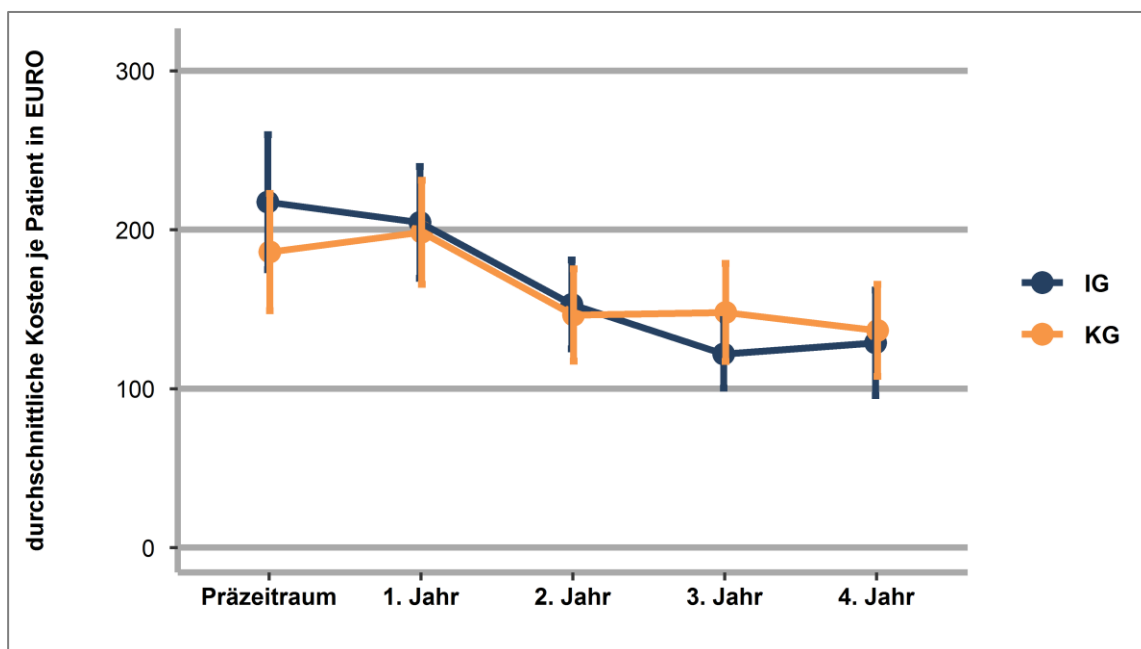
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 118: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	331	345	290	264	252	289	323	274	260	233
Mittelwert	217,32 €	204,58 €	153,04 €	121,84 €	128,82 €	185,94 €	198,36 €	146,28 €	147,94 €	136,65 €
Standardabweichung	439,16 €	363,27 €	279,78 €	211,30 €	321,38 €	382,04 €	338,98 €	291,87 €	305,25 €	283,26 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	11,65 €	22,80 €	2,63 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	11,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	64,95 €	96,83 €	55,46 €	45,38 €	44,20 €	52,94 €	93,68 €	49,41 €	43,99 €	28,44 €
75%-Perzentil	225,52 €	256,04 €	197,91 €	157,49 €	153,21 €	199,45 €	250,68 €	177,28 €	186,58 €	155,30 €
Maximum	5.049,12 €	3.518,00 €	2.347,40 €	2.086,00 €	5.049,92 €	2.952,07 €	3.800,37 €	2.808,10 €	2.801,98 €	2.804,27 €

Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 119: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	306	290	277	250	244	281	286	268	243	233
Mittelwert	251,48 €	166,14 €	136,48 €	118,30 €	122,90 €	177,90 €	155,89 €	148,72 €	130,33 €	120,65 €
Standardabweichung	580,54 €	327,26 €	296,01 €	204,12 €	165,39 €	397,03 €	302,31 €	289,64 €	227,70 €	189,03 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,39 €	9,69 €	7,88 €	0,31 €	0,22 €	1,77 €	7,38 €	0,73 €	0,00 €	0,00 €
Median	98,86 €	67,53 €	55,41 €	48,05 €	66,44 €	63,00 €	63,50 €	57,62 €	44,77 €	44,76 €
75%-Perzentil	203,55 €	174,27 €	157,84 €	136,87 €	164,97 €	176,11 €	157,13 €	164,75 €	146,54 €	143,49 €
Maximum	5.414,28 €	2.926,24 €	3.670,57 €	2.202,73 €	1.138,60 €	3.950,27 €	2.670,00 €	2.553,00 €	2.435,00 €	1.557,00 €

Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

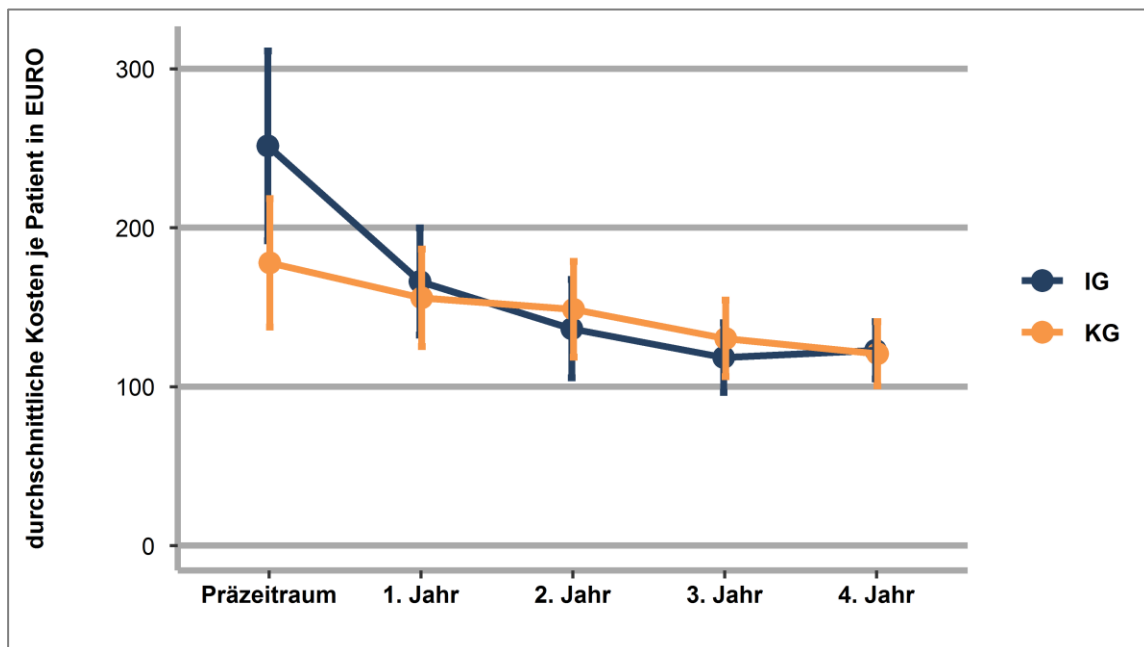


Tabelle 120: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	185,94 €	<0,01	185,94 €	<0,01	104,88 €	0,072
IG (vs. KG)	31,38 €	0,173	31,38 €	0,17	32,03 €	0,153
Post (vs. Prä)	-27,67 €	0,131				
IG x Post (DiD)	-35,98 €	0,166				
1. Jahr (vs. Prä)			12,42 €	0,59	12,42 €	0,579
2. Jahr (vs. Prä)			-39,66 €	0,09	-44,41 €	0,051
3. Jahr (vs. Prä)			-38,01 €	0,11	-44,10 €	0,054
4. Jahr (vs. Prä)			-49,29 €	0,04	-56,61 €	0,014
IG x Jahr 1 (DiD)			-25,16 €	0,44	-3,09 €	0,983
IG x Jahr 2 (DiD)			-24,62 €	0,46	-25,16 €	0,426
IG x Jahr 3 (DiD)			-57,47 €	0,08	-24,43 €	0,447
IG x Jahr 4 (DiD)			-39,21 €	0,24	-57,96 €	0,074
Alter (30-47 J. vs. U30)					95,88 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					16,63 €	0,320
Alter (Ü64 vs. U30)					-28,01 €	0,159
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					41,73 €	0,000
F 00 (Demenz)					-25,34 €	0,608
F 01 (Vaskuläre Demenz)					4,25 €	0,903
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					NA	NA
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,48 €	0,961
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					20,48 €	0,795
F 30-39 (Affektive Störungen)					-33,53 €	0,065
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					70,83 €	0,002
F 45 (Somatoforme Störungen)					85,36 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					10,11 €	0,602
F 50 (Essstörungen)					-32,48 €	0,102
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					30,99 €	0,250
F 70-79 (Intelligenzstörung)					49,80 €	0,461
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					157,44 €	0,000
R ²	0,003		0,007		0,06	

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

Tabelle 121: 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	177,90 €	<0,01	177,90 €	<0,01	189,75 €	0,000
IG (vs. KG)	73,58 €	0,002	73,58 €	0	75,91 €	0,001
Post (vs. Prä)	-38,49 €	0,041				
IG x Post (DiD)	-76,30 €	0,004				
1. Jahr (vs. Prä)			-22,01 €	0,35	-22,01 €	0,340
2. Jahr (vs. Prä)			-29,18 €	0,22	-30,47 €	0,192
3. Jahr (vs. Prä)			-47,57 €	0,05	-50,30 €	0,033
4. Jahr (vs. Prä)			-57,25 €	0,02	-60,72 €	0,010
IG x Jahr 1 (DiD)			-63,33 €	0,06	654,32 €	<0,01
IG x Jahr 2 (DiD)			-85,82 €	0,01	-63,33 €	0,054
IG x Jahr 3 (DiD)			-85,61 €	0,01	-85,41 €	0,010
IG x Jahr 4 (DiD)			-71,33 €	0,04	-86,31 €	0,010
Alter (30-47 J. vs. U30)					-0,40 €	0,985
Alter (48-64 J. vs. U30)					-33,93 €	0,085
Alter (Ü64 vs. U30)					-78,87 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-4,56 €	0,693
F 00 (Demenz)					76,30 €	0,266
F 01 (Vaskuläre Demenz)					15,14 €	0,791
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					NA	NA
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					NA	NA
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					46,44 €	0,431
F 30-39 (Affektive Störungen)					-28,30 €	0,095
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-5,68 €	0,760
F 45 (Somatoforme Störungen)					52,29 €	0,002
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-19,31 €	0,312
F 50 (Essstörungen)					26,30 €	0,301
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3,39 €	0,914
F 70-79 (Intelligenzstörung)					330,70 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					68,09 €	0,015
R ²		0,01		0,03		0,06

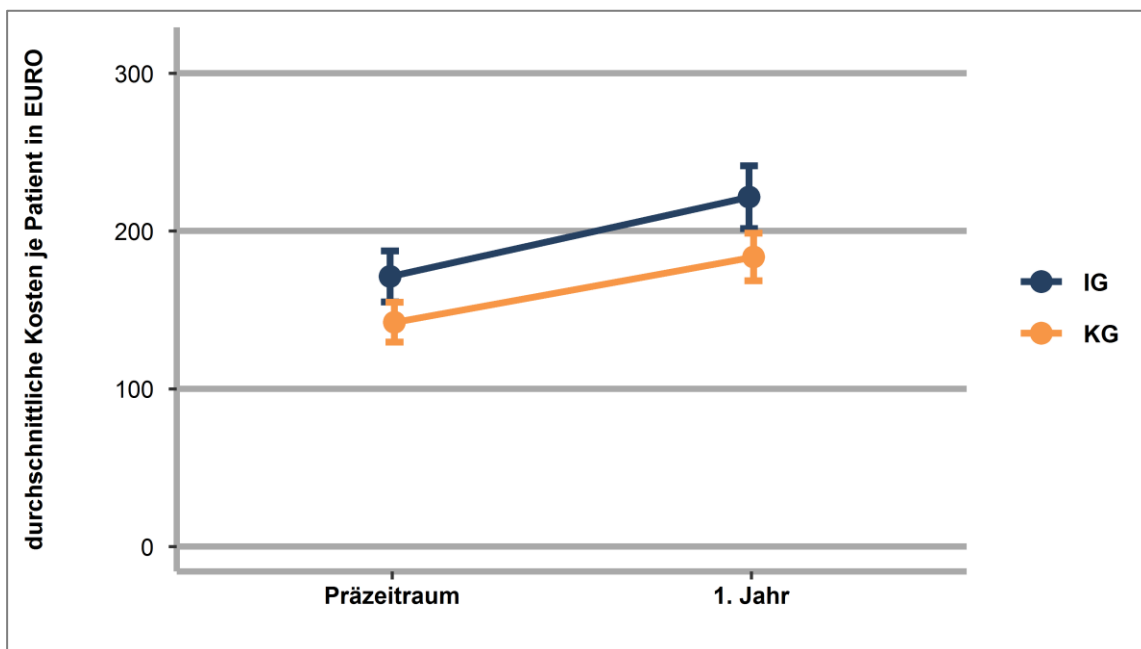
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1642	1642	1642	1642
N mit Fall	1288	1349	1139	1226
Mittelwert	171,20 €	221,45 €	142,18 €	183,61 €
Standardabweichung	335,13 €	411,13 €	262,03 €	311,47 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	7,49 €	21,21 €	0,00 €	0,00 €
Median	61,89 €	98,70 €	48,02 €	77,50 €
75%-Perzentil	202,55 €	265,57 €	174,16 €	249,07 €
Maximum	5.049,12 €	5.080,00 €	2.952,07 €	3.800,37 €

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

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1287	1287	1202	1283	1283	1218
N mit Fall	1006	1054	906	881	972	813
Mittelwert	173,26 €	221,30 €	177,60 €	144,60 €	187,52 €	141,35 €
Standardabweichung	332,63 €	403,81 €	382,15 €	273,37 €	322,87 €	270,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	6,75 €	21,13 €	1,93 €	0,00 €	1,15 €	0,00 €
Median	58,56 €	99,14 €	65,09 €	47,39 €	81,07 €	45,03 €
75%-Perzentil	204,60 €	260,18 €	212,12 €	174,59 €	251,40 €	181,74 €
Maximum	5.049,12 €	3.610,00 €	4.383,00 €	2.952,07 €	3.800,37 €	2.860,00 €

Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

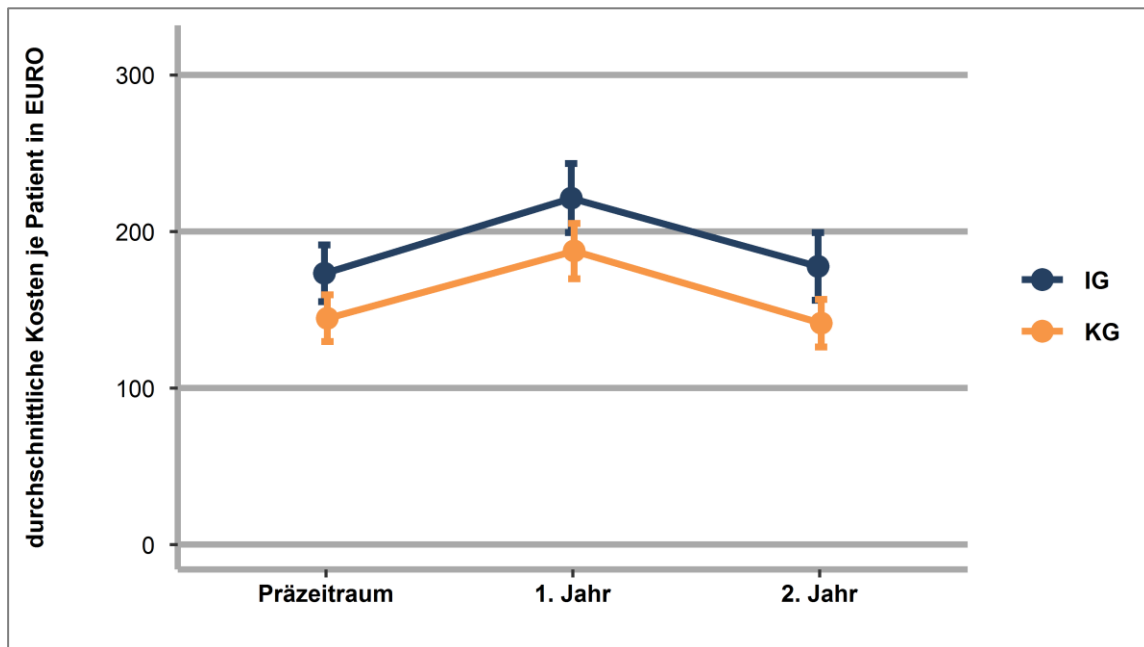


Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	144,60 €	<0,01	144,60 €	<0,01	88,49 €	0,001
IG (vs. KG)	28,65 €	0,030	28,65 €	0,03	28,61 €	0,027
Post (vs. Prä)	20,43 €	0,076				
IG x Post (DiD)	6,51 €	0,689				
1. Jahr (vs. Prä)			42,92 €	0,00	42,92 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-3,26 €	0,81	-5,94 €	0,651
IG x Jahr 1 (DiD)			5,12 €	0,78	5,12 €	0,780
IG x Jahr 2 (DiD)			7,60 €	0,69	6,22 €	0,738
Alter (30-47 J. vs. U30)					54,81 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					3,52 €	0,775
Alter (Ü64 vs. U30)					-49,32 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					4,30 €	0,595
F 00 (Demenz)					27,69 €	0,496
F 01 (Vaskuläre Demenz)					17,43 €	0,462
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					78,50 €	0,374
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					42,07 €	0,306
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					63,18 €	0,373
F 30-39 (Affektive Störungen)					-33,35 €	0,013
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					86,06 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					101,09 €	<0,01
F 40-48 (ohne F43 und F45)					40,96 €	0,004
F 50 (Essstörungen)					4,81 €	0,740
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					42,15 €	0,089
F 70-79 (Intelligenzstörung)					106,65 €	0,019
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					35,04 €	0,259
R ²	0,003		0,007		0,04	

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

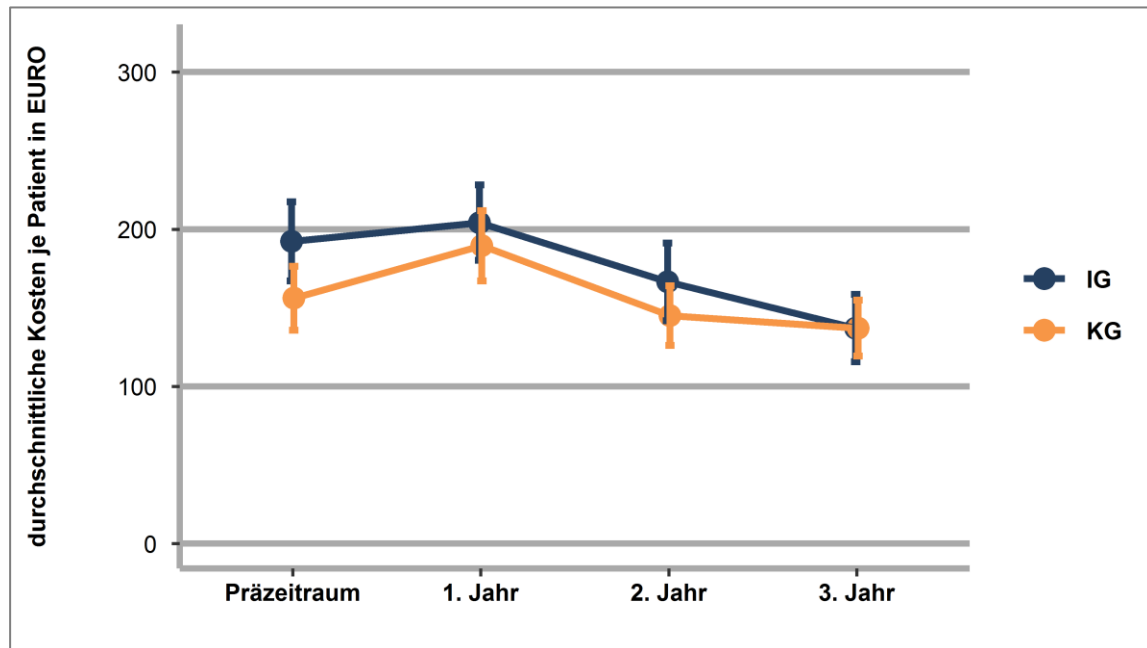
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 125: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	685	705	607	558	584	649	546	523
Mittelwert	192,25 €	204,15 €	166,46 €	137,09 €	156,10 €	189,48 €	145,05 €	137,06 €
Standardabweichung	375,55 €	357,12 €	354,96 €	304,04 €	301,76 €	331,88 €	274,46 €	254,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	10,79 €	21,80 €	3,39 €	0,00 €	0,00 €	5,78 €	0,00 €	0,00 €
Median	64,28 €	96,83 €	61,10 €	45,38 €	47,86 €	82,17 €	46,80 €	44,31 €
75%-Perzentil	212,69 €	249,99 €	191,82 €	164,09 €	187,59 €	247,73 €	172,65 €	197,46 €
Maximum	5.049,12 €	3.518,00 €	4.383,00 €	4.362,82 €	2.952,07 €	3.800,37 €	2.808,10 €	2.801,98 €

Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

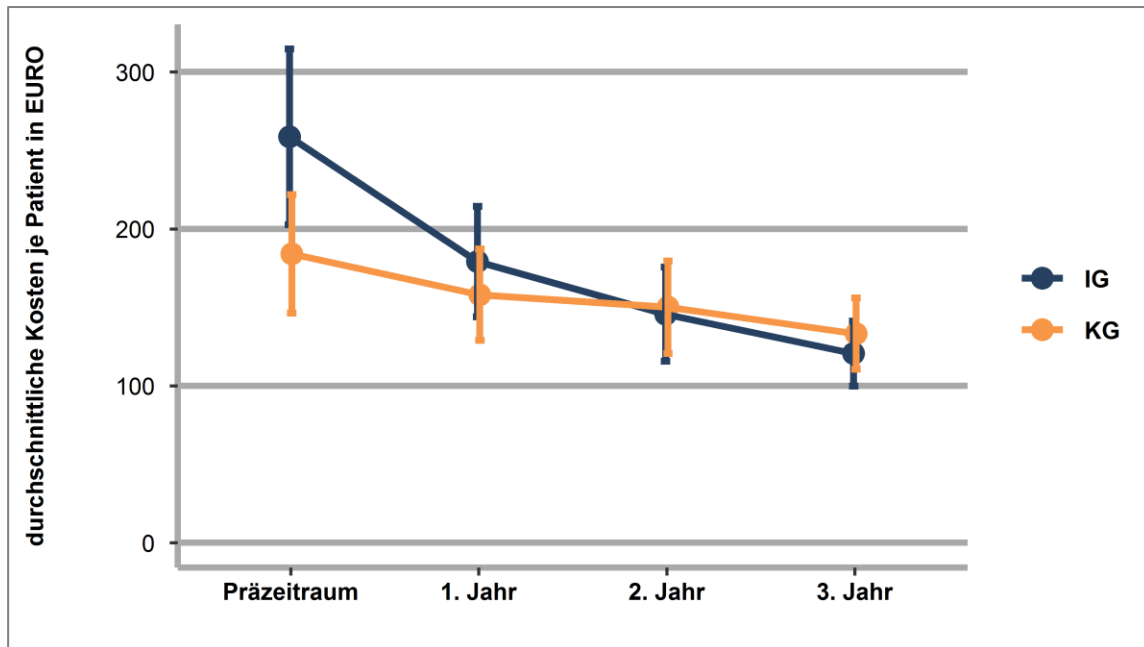


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	348	333	312	279	318	318	298	273
Mittelwert	258,63 €	179,18 €	145,63 €	120,50 €	184,06 €	158,06 €	150,04 €	133,25 €
Standardabweichung	578,75 €	363,61 €	304,58 €	205,13 €	392,28 €	302,38 €	299,23 €	226,56 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,36 €	12,94 €	6,91 €	0,00 €	8,30 €	7,20 €	0,73 €	0,00 €
Median	99,21 €	72,08 €	55,42 €	47,13 €	64,21 €	65,44 €	57,62 €	46,87 €
75%-Perzentil	216,61 €	184,30 €	168,85 €	140,21 €	186,64 €	170,89 €	164,81 €	151,39 €
Maximum	5.414,28 €	3.431,11 €	3.670,57 €	2.202,73 €	3.950,27 €	2.670,00 €	2.553,00 €	2.435,00 €

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 127, Tabelle 129 und Abbildung 78) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 242,74 € höhere Kosten als die KG mit 155,82 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 310,04 €. In der KG stiegen die Kosten auf 270,74 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 47,62 € nicht signifikant ($p=0,224$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 159,49 €. In der KG sanken die Kosten auf 156,36 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 61,48 € nicht signifikant ($p=0,182$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 128, Tabelle 130 und Abbildung 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 501,70 € geringere Kosten als die KG mit 758,47 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 495,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 843,45 €. Die Reduktion der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 91,32 € nicht signifikant ($p=0,176$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 331,86 €. In der KG sanken die Kosten auf 738,74 €.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 131 und Abbildung 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 201,37 € höhere Kosten als die KG mit 154,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 248,73 €. In der KG stiegen die Kosten auf 250,02 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 132, Tabelle 133 und Abbildung 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 203,65 € höhere Kosten als die KG mit 163,19 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 261,41 €. In der KG stiegen die Kosten auf 264,54 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der

IG um 43,60 € signifikant ($p=0,039$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 215,51 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 217,79 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 134 und Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 213,37 € höhere Kosten als die KG mit 155,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 270,72 €. In der KG stiegen die Kosten auf 236,47 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 225,14 €. In der KG sanken die Kosten auf 183,35 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 135 und Abbildung 83) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 486,14 € geringere Kosten als die KG mit 713,37 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 502,65 €. In der KG stiegen die Kosten auf 802,98 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 458,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 804,28 €.

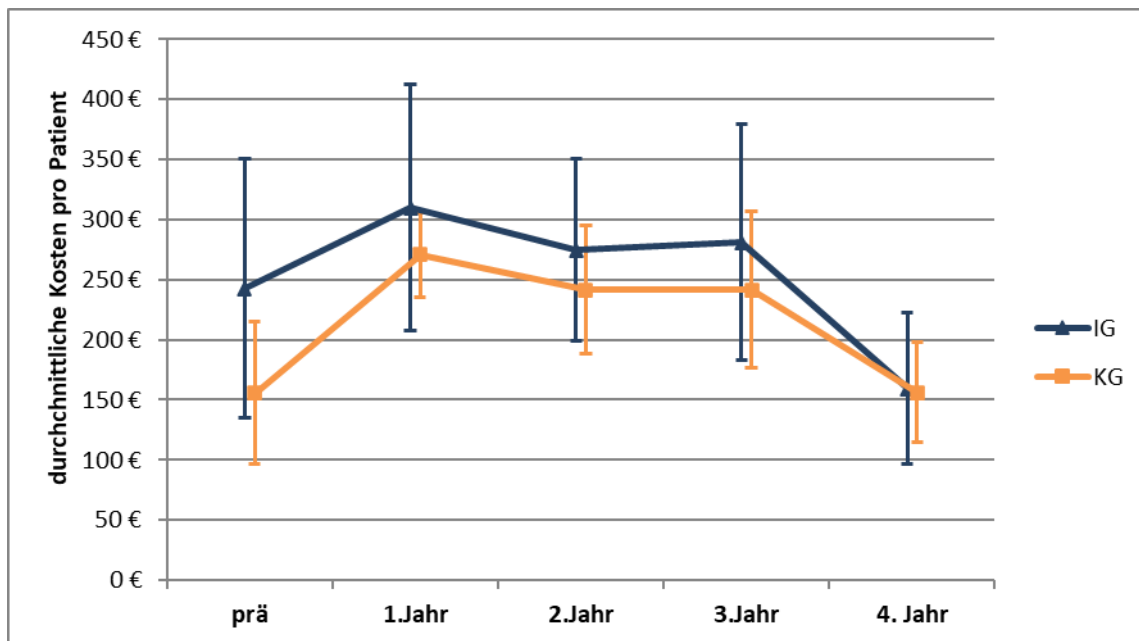
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 127: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	248	270	210	213	169	241	297	222	209	174
Mittelwert	242,74 €	310,04 €	274,70 €	281,22 €	159,49 €	155,82 €	270,74 €	257,71 €	241,70 €	156,36 €
Standardabweichung	1.112,74 €	1.059,44 €	757,12 €	959,53 €	611,44 €	360,25 €	532,44 €	648,34 €	571,03 €	403,58 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	28,57 €	63,84 €	35,35 €	40,41 €	0,00 €	17,23 €	93,26 €	35,75 €	25,68 €	0,00 €
75%-Perzentil	168,82 €	289,63 €	295,98 €	245,98 €	130,55 €	116,14 €	315,00 €	270,94 €	230,68 €	148,84 €
Maximum	18.579 €	17.356 €	7.847 €	9.914 €	8.938 €	3.074 €	7.472 €	6.890 €	6.884 €	4.989 €

Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 128: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	279	280	255	253	229	305	312	279	252	234
Mittelwert	501,70 €	495,35 €	426,64 €	465,69 €	331,86 €	758,47 €	843,45 €	800,40 €	835,07 €	738,74 €
Standardabweichung	1.392,78 €	1.173,04 €	1.132,19 €	1.043,43 €	769,56 €	2.038,12 €	1.931,12 €	1.850,56 €	1.994,49 €	1.809,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	17,60 €	15,75 €	0,00 €	12,50 €	0,00 €	38,07 €	70,70 €	25,50 €	0,00 €	0,00 €
Median	173,45 €	166,47 €	125,73 €	167,22 €	122,62 €	216,95 €	274,22 €	278,61 €	225,23 €	145,06 €
75%-Perzentil	431,78 €	466,72 €	401,68 €	454,34 €	367,07 €	731,12 €	818,73 €	767,57 €	750,87 €	593,55 €
Maximum	20.444 €	12.581 €	10.173 €	7.664 €	7.582 €	21.070 €	16.726 €	13.976 €	14.967 €	12.460 €

Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

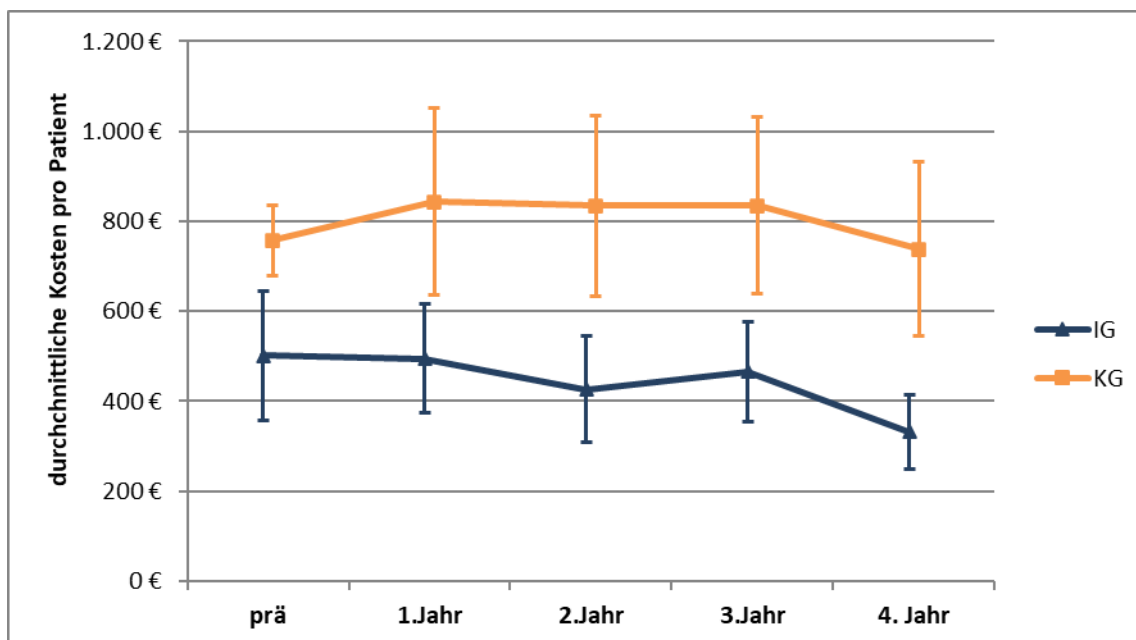


Tabelle 129: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	155,82 €	<0,001	155,82 €	<0,001	-123,05 €	0,082
IG (vs. KG)	86,92 €	0,132	86,92 €	0,132	83,63 €	0,149
Post (vs. Prä)	77,33 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-61,48 €	0,182				
1. Jahr (vs. Prä)			114,91 €	<0,001	236,87 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			101,89 €	0,001	224,73 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			85,88 €	0,002	209,51 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			0,54 €	0,982	124,91 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-47,62 €	0,224	-44,88 €	0,281
IG x Jahr 2 (DiD)			-69,93 €	0,261	-67,41 €	0,297
IG x Jahr 3 (DiD)			-47,40 €	0,459	-43,81 €	0,514
IG x Jahr 4 (DiD)			-83,79 €	0,149	-83,37 €	0,172
Alter (30-47 J. vs. U30)					93,59 €	0,198
Alter (48-64 J. vs. U30)					132,57 €	0,048
Alter (Ü64 vs. U30)					140,04 €	0,028
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-11,88 €	0,757
F 00 (Demenz)					245,91 €	0,125
F 01 (Vaskuläre Demenz)					18,50 €	0,792
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-78,48 €	0,170
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					35,69 €	0,754
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-64,47 €	0,246
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					601,19 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					39,69 €	0,437
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-61,64 €	0,176
F 45 (Somatoforme Störungen)					-82,68 €	0,085
F 40-48 (ohne F43 und F45)					66,05 €	0,315
F 50 (Essstörungen)					-311,07 €	0,021
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					726,55 €	0,106
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-112,00 €	0,383
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-8,26 €	0,819
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-95,56 €	0,448
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.816,39 €	0,234
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-323,29 €	0,324
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					158,81 €	<0,001
R ²		0,002		0,005		0,117

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

Tabelle 130: 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	758,47 €	<0,001	758,47 €	<0,001	213,00 €	0,368
IG (vs. KG)	-256,77 €	0,046	-256,77 €	0,046	-277,11 €	0,043
Post (vs. Prä)	47,06 €	0,556				
IG x Post (DiD)	-116,92 €	0,229				
1. Jahr (vs. Prä)			84,98 €	0,140	395,07 €	0,030
2. Jahr (vs. Prä)			41,93 €	0,618	347,73 €	0,034
3. Jahr (vs. Prä)			76,60 €	0,459	382,16 €	0,018
4. Jahr (vs. Prä)			-19,73 €	0,856	283,42 €	0,085
IG x Jahr 1 (DiD)			-91,32 €	0,176	-69,30 €	0,366
IG x Jahr 2 (DiD)			-117,00 €	0,273	-94,46 €	0,406
IG x Jahr 3 (DiD)			-112,61 €	0,371	-97,55 €	0,467
IG x Jahr 4 (DiD)			-150,11 €	0,238	-137,38 €	0,310
Alter (30-47 J. vs. U30)					73,79 €	0,686
Alter (48-64 J. vs. U30)					-22,03 €	0,891
Alter (Ü64 vs. U30)					-17,37 €	0,914
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-108,40 €	0,301
F 00 (Demenz)					91,17 €	0,515
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-70,17 €	0,644
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					140,68 €	0,210
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-58,13 €	0,637
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.012,13 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					127,00 €	0,149
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-88,35 €	0,428
F 45 (Somatoforme Störungen)					-176,39 €	0,038
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-7,28 €	0,952
F 50 (Essstörungen)					-19,76 €	0,912
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-29,81 €	0,842
F 70-79 (Intelligenzstörung)					79,18 €	0,666
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					91,41 €	0,678
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					106,30 €	0,526
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-320,37 €	0,011
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					266,02 €	0,083
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					165,77 €	0,193
R ²		0,012		0,013		0,099

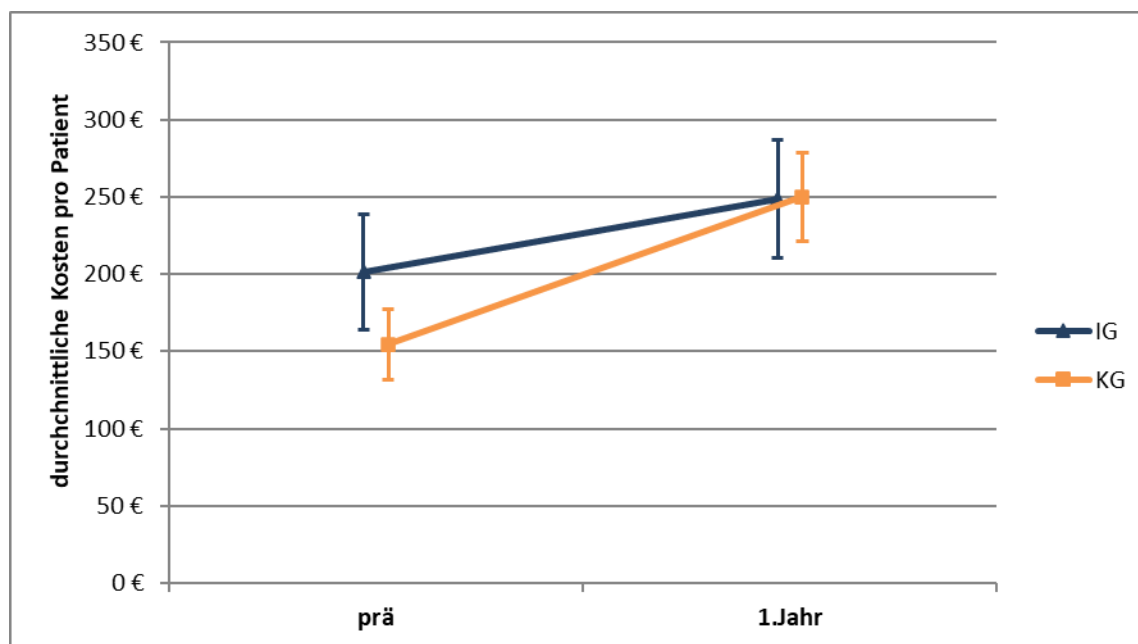
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 131: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	1.015	1.068	929	1.150
Mittelwert	201,37 €	248,73 €	154,41 €	250,02 €
Standardabweichung	770,73 €	795,96 €	465,60 €	592,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	29,52 €	50,41 €	15,79 €	75,28 €
75%-Perzentil	153,01 €	239,56 €	112,66 €	281,56 €
Maximum	18.579 €	17.356 €	8.077 €	7.952 €

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 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	789	848	659	719	904	690
Mittelwert	203,65 €	261,41 €	215,51 €	163,19 €	264,54 €	217,79 €
Standardabweichung	799,14 €	820,10 €	661,48 €	496,97 €	594,94 €	582,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	29,06 €	60,52 €	25,50 €	16,28 €	83,08 €	26,02 €
75%-Perzentil	150,36 €	262,33 €	206,36 €	119,79 €	313,47 €	228,12 €
Maximum	18.579 €	17.356 €	10.714 €	8.077 €	7.952 €	6.890 €

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

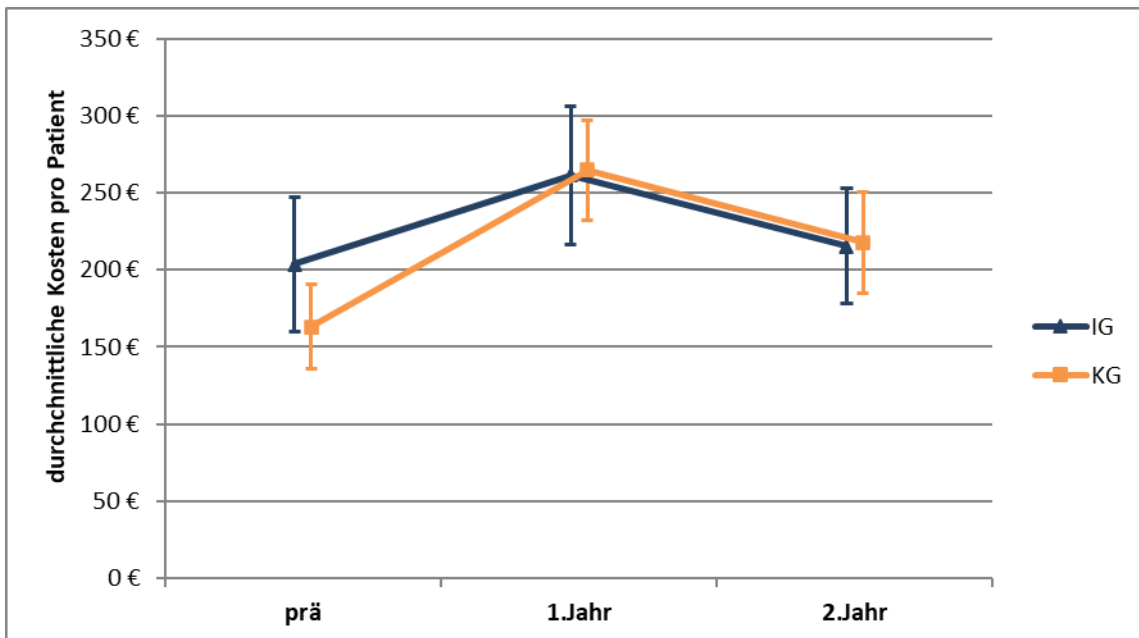


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	163,19 €	<0,001	163,19 €	<0,001	-122,93 €	0,027
IG (vs. KG)	40,47 €	0,123	40,47 €	0,123	28,25 €	0,225
Post (vs. Prä)	78,59 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-43,00 €	0,047				
1. Jahr (vs. Prä)			101,36 €	<0,001	198,52 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			54,60 €	<0,001	154,76 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-43,60 €	0,039	-31,38 €	0,148
IG x Jahr 2 (DiD)			-42,75 €	0,113	-33,35 €	0,192
Alter (30-47 J. vs. U30)					67,30 €	0,090
Alter (48-64 J. vs. U30)					99,24 €	0,007
Alter (Ü64 vs. U30)					129,93 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-34,26 €	0,149
F 00 (Demenz)					280,32 €	0,007
F 01 (Vaskuläre Demenz)					91,56 €	0,051
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					168,62 €	0,145
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					91,07 €	0,180
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					99,26 €	0,223
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-22,45 €	0,636
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					642,60 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					98,04 €	0,007
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					34,47 €	0,451
F 45 (Somatoforme Störungen)					-16,94 €	0,629
F 40-48 (ohne F43 und F45)					104,78 €	0,021
F 50 (Essstörungen)					-114,15 €	0,241
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					610,31 €	0,029
F 70-79 (Intelligenzstörung)					361,39 €	0,180
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					412,97 €	0,047
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					43,87 €	0,386
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.371,15 €	0,259
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-127,84 €	0,436
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					131,44 €	<0,001
R ²		0,002		0,003		0,109

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

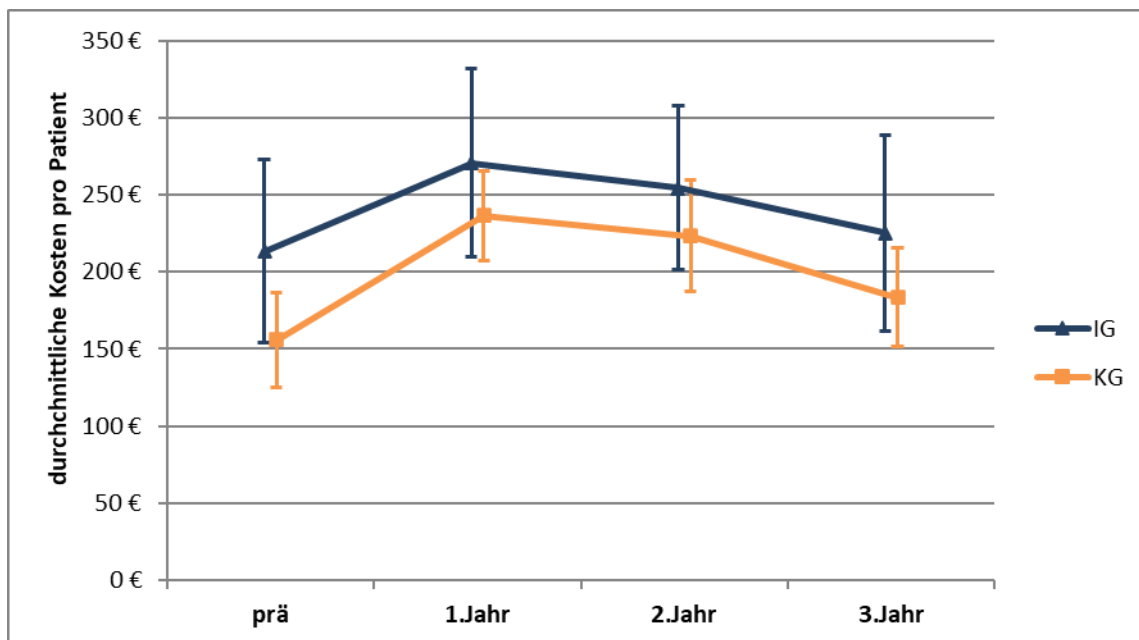
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 134: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	536	560	457	392	479	592	461	409
Mittelwert	213,37 €	270,72 €	254,31 €	225,14 €	155,81 €	236,47 €	223,35 €	183,35 €
Standardabweichung	881,28 €	914,31 €	765,75 €	904,22 €	454,09 €	434,10 €	523,45 €	457,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	29,68 €	57,51 €	37,21 €	13,21 €	16,56 €	82,68 €	32,56 €	14,44 €
75%-Perzentil	148,69 €	263,19 €	241,25 €	159,09 €	114,08 €	299,22 €	256,69 €	174,49 €
Maximum	18.579 €	17.356 €	10.714 €	12.695 €	6.230 €	7.472 €	6.890 €	6.884 €

Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

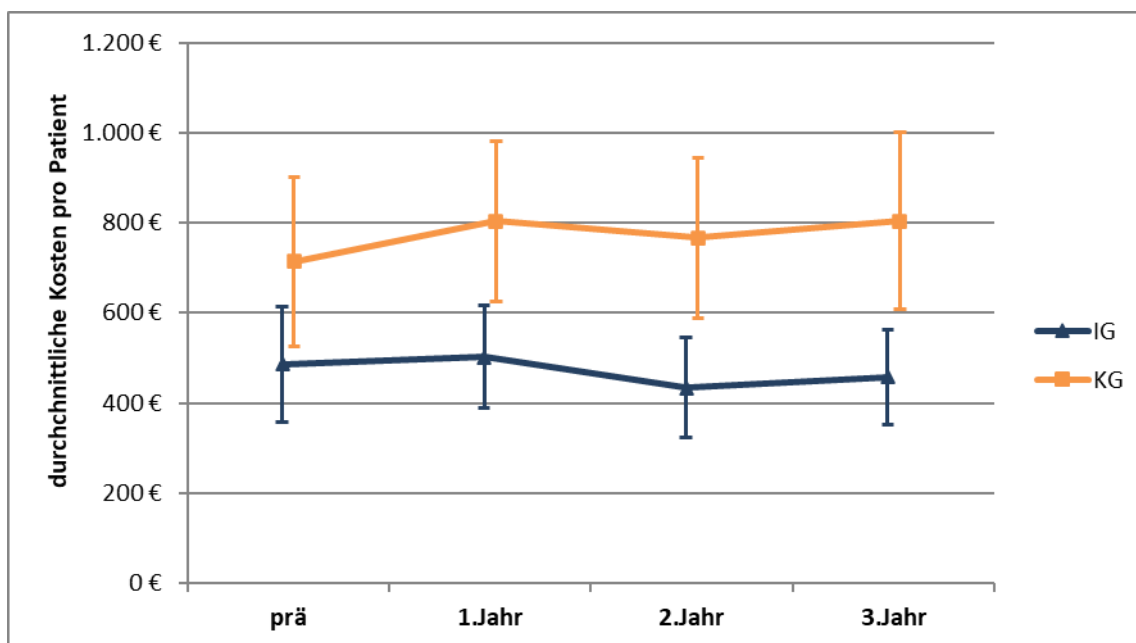


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 135: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	311	313	286	280	336	343	304	276
Mittelwert	486,14 €	502,65 €	433,93 €	458,00 €	713,37 €	802,98 €	767,04 €	804,28 €
Standardabweichung	1.329,17 €	1.170,76 €	1.122,40 €	1.046,99 €	1.942,63 €	1.859,18 €	1.802,25 €	1.958,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	14,78 €	15,16 €	0,00 €	0,00 €	34,64 €	60,38 €	18,81 €	0,00 €
Median	165,13 €	162,23 €	121,24 €	162,13 €	209,07 €	265,98 €	256,36 €	212,72 €
75%-Perzentil	430,89 €	469,85 €	404,08 €	430,11 €	660,38 €	728,20 €	741,71 €	720,17 €
Maximum	20.444 €	12.581 €	10.173 €	7.664 €	21.070 €	16.726 €	13.976 €	14.967 €

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 136, Tabelle 138 und Abbildung 84) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 37,80 € mehr Kosten als die KG mit 0,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 41,47 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3,30 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,77 € nicht signifikant ($p=0,960$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 92,18 €. In der KG stiegen die Kosten auf 10,18 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 137, Tabelle 139 und Abbildung 85) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 12,56 € in etwa vergleichbare Kosten wie die KG mit 5,94 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 60,00 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 46,64 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6,74 € nicht signifikant ($p=0,854$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 168,91 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 16,37 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 57,96 € nicht signifikant ($p=0,337$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 140 und Abbildung 86) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 28,44 € höhere Kosten als die KG mit 20,54 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 33,78 €. In der KG stiegen die Kosten auf 26,73 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 141, Tabelle 142 und Abbildung 87) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 17,08 € geringere Kosten als die KG mit 23,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 20,57 €. In der KG stiegen die Kosten auf 25,76 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um

1,40 € nicht signifikant ($p=0,894$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 26,59 €. In der KG stiegen die Kosten auf 33,45 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 143 und Abbildung 88) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 24,80 € höhere Kosten als die KG mit 7,05 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 24,79 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8,43 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 52,90 €. In der KG stiegen die Kosten auf 15,05 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 144 und Abbildung 89) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 15,24 € etwas höhere Kosten als die KG mit 5,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 60,73 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 42,72 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 79,05 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 32,57 €.

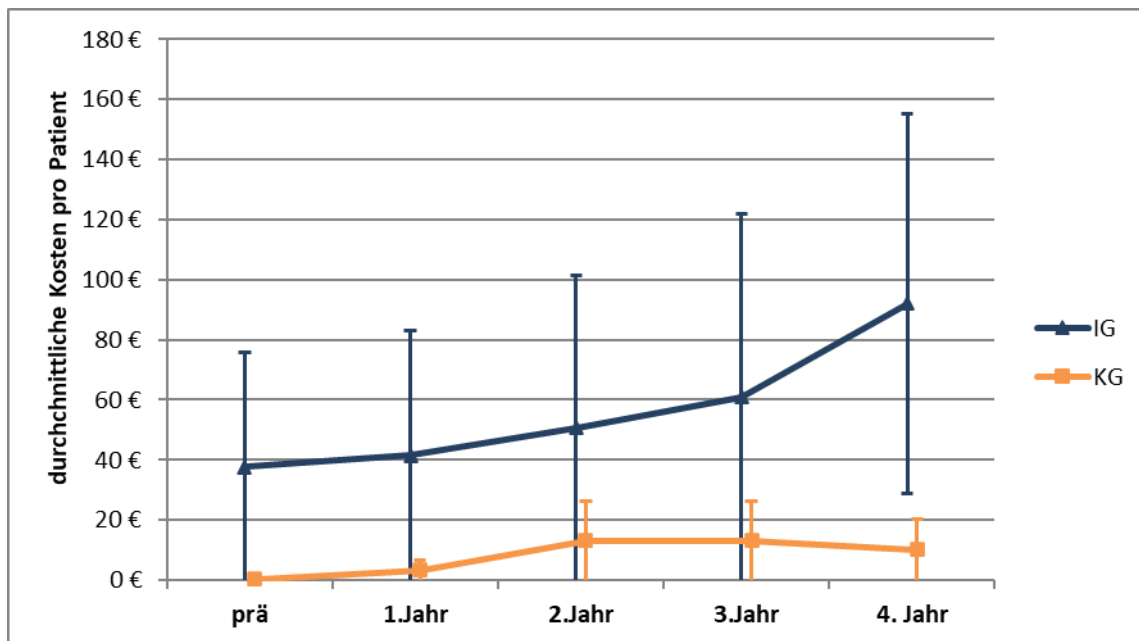
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 136: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	10	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	37,80 €	41,47 €	50,79 €	61,02 €	92,18 €	0,40 €	3,30 €	12,72 €	13,12 €	10,18 €
Standardabweichung	357,36 €	326,18 €	450,46 €	536,66 €	1.057,78 €	8,20 €	48,13 €	121,42 €	153,09 €	194,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.382 €	3.923 €	6.311 €	6.789 €	15.715 €	166 €	807 €	1.388 €	2.630 €	3.735 €

Abbildung 84: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 137: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	12,56 €	60,00 €	100,70 €	89,74 €	168,91 €	5,94 €	46,64 €	54,65 €	36,07 €	16,37 €
Standardabweichung	104,34 €	606,61 €	1.099,08 €	1.171,85 €	1.774,07 €	58,14 €	431,39 €	612,15 €	323,05 €	171,64 €
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	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.569 €	9.110 €	19.262 €	20.159 €	23.449 €	841 €	6.139 €	9.835 €	4.458 €	2.125 €

Abbildung 85: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

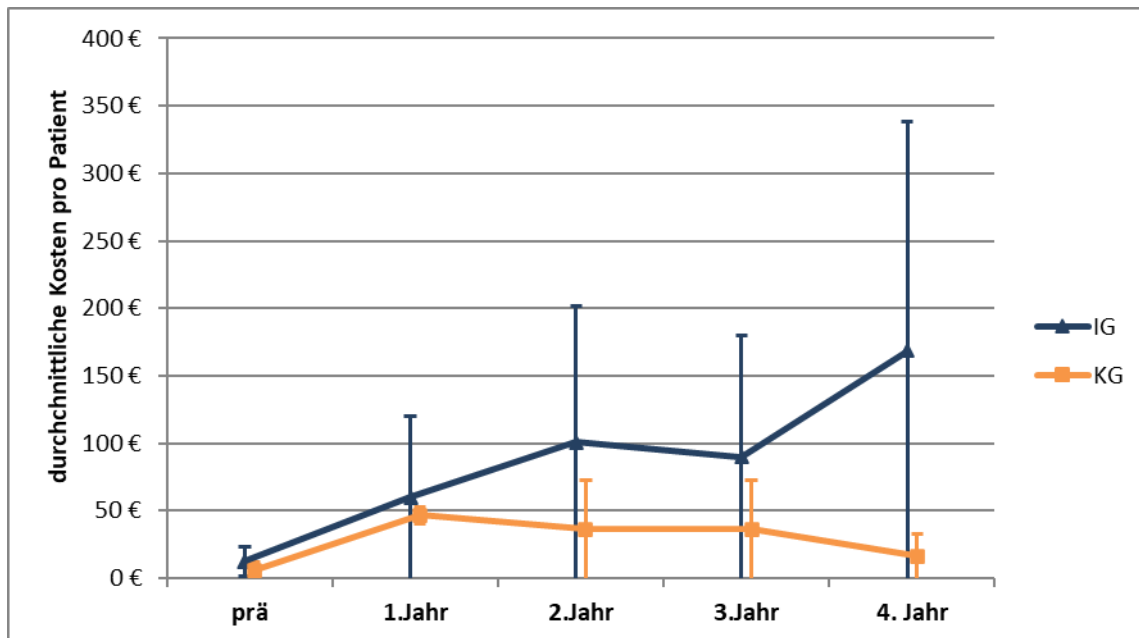


Tabelle 138: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,40 €	0,317	0,40 €	0,318	-121,46 €	0,071
IG (vs. KG)	37,39 €	0,034	37,39 €	0,034	39,00 €	0,030
Post (vs. Prä)	9,30 €	0,033				
IG x Post (DiD)	13,44 €	0,638				
1. Jahr (vs. Prä)			2,90 €	0,229	-0,33 €	0,975
2. Jahr (vs. Prä)			12,31 €	0,047	11,66 €	0,382
3. Jahr (vs. Prä)			12,72 €	0,107	12,08 €	0,405
4. Jahr (vs. Prä)			9,77 €	0,338	9,83 €	0,546
IG x Jahr 1 (DiD)			0,77 €	0,960	0,51 €	0,973
IG x Jahr 2 (DiD)			0,68 €	0,981	-0,95 €	0,972
IG x Jahr 3 (DiD)			10,51 €	0,743	9,28 €	0,762
IG x Jahr 4 (DiD)			44,61 €	0,443	42,47 €	0,454
Alter (30-47 J. vs. U30)					43,08 €	0,123
Alter (48-64 J. vs. U30)					59,88 €	0,090
Alter (Ü64 vs. U30)					32,31 €	0,545
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					18,63 €	0,349
F 00 (Demenz)					250,01 €	0,276
F 01 (Vaskuläre Demenz)					130,00 €	0,286
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					27,80 €	0,628
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-19,77 €	0,508
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					80,07 €	0,096
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					32,40 €	0,431
F 30-39 (Affektive Störungen)					51,23 €	0,144
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					22,80 €	0,453
F 45 (Somatoforme Störungen)					25,50 €	0,441
F 40-48 (ohne F43 und F45)					30,32 €	0,231
F 50 (Essstörungen)					-33,53 €	0,035
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					351,49 €	0,264
F 70-79 (Intelligenzstörung)					858,90 €	0,262
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-74,40 €	0,058
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-20,85 €	0,244
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-50,25 €	0,359
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-29,48 €	0,589
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,31 €	0,984
R ²		0,003		0,004		0,050

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

Tabelle 139: 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	5,94 €	0,049	5,94 €	0,049	21,83 €	0,682
IG (vs. KG)	6,62 €	0,290	6,62 €	0,290	7,90 €	0,421
Post (vs. Prä)	32,91 €	0,049				
IG x Post (DiD)	57,96 €	0,337				
1. Jahr (vs. Prä)			40,70 €	0,059	47,03 €	0,076
2. Jahr (vs. Prä)			48,71 €	0,136	53,02 €	0,165
3. Jahr (vs. Prä)			30,13 €	0,089	33,69 €	0,158
4. Jahr (vs. Prä)			10,43 €	0,291	16,61 €	0,321
IG x Jahr 1 (DiD)			6,74 €	0,854	8,40 €	0,821
IG x Jahr 2 (DiD)			39,43 €	0,553	41,38 €	0,532
IG x Jahr 3 (DiD)			47,04 €	0,480	48,89 €	0,448
IG x Jahr 4 (DiD)			145,92 €	0,139	144,13 €	0,139
Alter (30-47 J. vs. U30)					49,28 €	0,601
Alter (48-64 J. vs. U30)					-43,69 €	0,252
Alter (Ü64 vs. U30)					-60,07 €	0,218
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					23,51 €	0,655
F 00 (Demenz)					-188,49 €	0,339
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-21,45 €	0,600
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					665,66 €	0,297
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-59,24 €	0,191
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-44,75 €	0,545
F 30-39 (Affektive Störungen)					53,27 €	0,372
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-61,51 €	0,301
F 45 (Somatoforme Störungen)					-49,08 €	0,290
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-106,55 €	0,046
F 50 (Essstörungen)					368,84 €	0,276
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-83,43 €	0,307
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-88,45 €	0,162
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					19,94 €	0,737
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,41 €	0,650
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-23,90 €	0,297
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,75 €	0,920
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,48 €	0,110
R ²		0,002		0,003		0,016

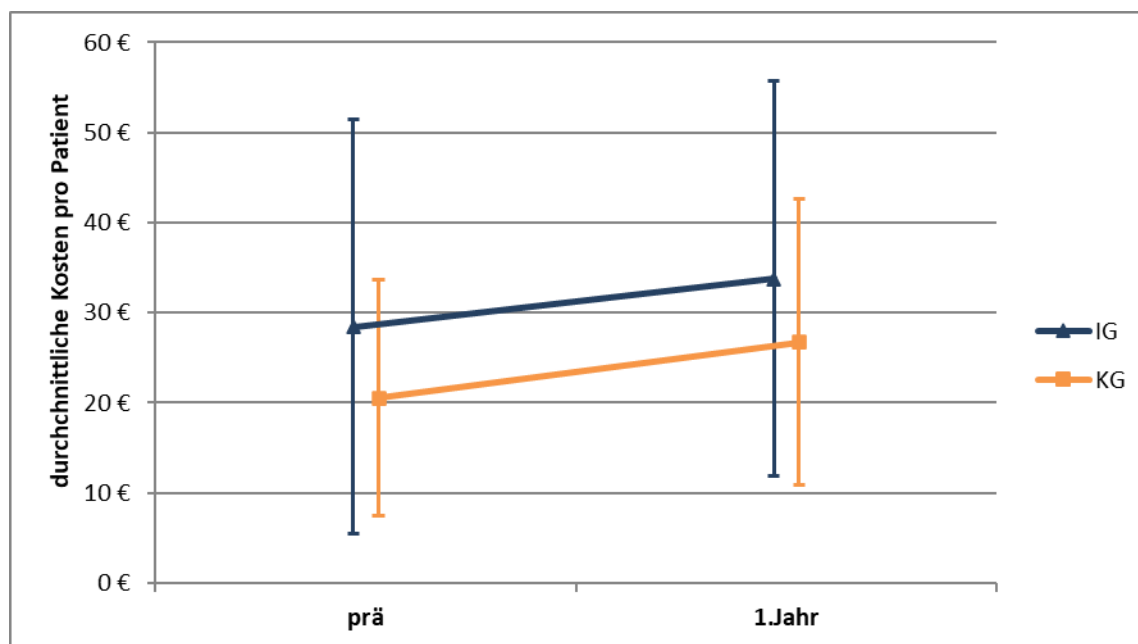
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 140: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	21	28	19	21
Mittelwert	28,44 €	33,78 €	20,54 €	26,73 €
Standardabweichung	474,88 €	452,63 €	270,22 €	327,22 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	13.096 €	11.786 €	5.336 €	7.454 €

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 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	18	20	17	13	15	17
Mittelwert	17,08 €	20,57 €	26,59 €	23,66 €	25,76 €	33,45 €
Standardabweichung	228,81 €	213,00 €	301,16 €	301,64 €	338,56 €	446,66 €
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	6.382 €	3.923 €	6.311 €	5.336 €	7.454 €	11.844 €

Abbildung 87: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

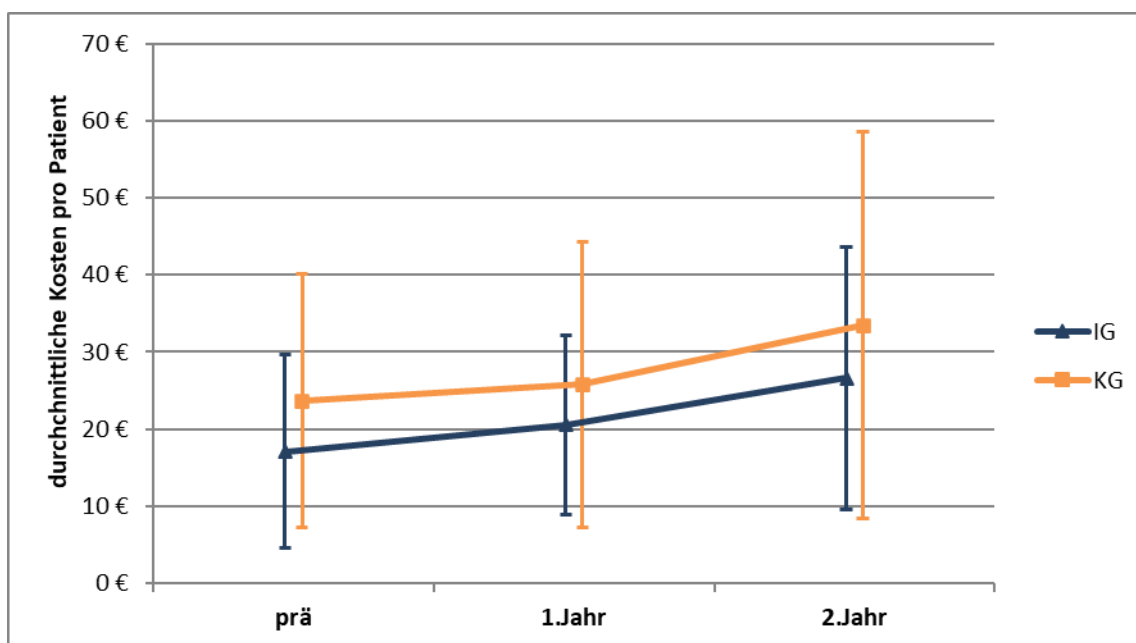


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	23,66 €	0,005	23,66 €	0,005	-1,45 €	0,932
IG (vs. KG)	-6,58 €	0,533	-6,58 €	0,533	-8,58 €	0,439
Post (vs. Prä)	5,84 €	0,553				
IG x Post (DiD)	0,55 €	0,965				
1. Jahr (vs. Prä)			2,10 €	0,803	13,48 €	0,130
2. Jahr (vs. Prä)			9,79 €	0,425	23,13 €	0,069
IG x Jahr 1 (DiD)			1,40 €	0,894	3,87 €	0,720
IG x Jahr 2 (DiD)			-0,29 €	0,986	1,98 €	0,904
Alter (30-47 J. vs. U30)					-0,06 €	0,995
Alter (48-64 J. vs. U30)					14,07 €	0,312
Alter (Ü64 vs. U30)					8,71 €	0,688
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,18 €	0,917
F 00 (Demenz)					121,64 €	0,402
F 01 (Vaskuläre Demenz)					78,02 €	0,214
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					155,59 €	0,368
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					46,34 €	0,422
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-29,64 €	0,044
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-9,63 €	0,497
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5,65 €	0,741
F 30-39 (Affektive Störungen)					9,85 €	0,318
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-16,99 €	0,110
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2,02 €	0,872
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-6,82 €	0,629
F 50 (Essstörungen)					-12,31 €	0,132
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-4,11 €	0,763
F 70-79 (Intelligenzstörung)					205,83 €	0,174
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-14,28 €	0,079
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,65 €	0,003
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,38 €	0,960
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					38,88 €	0,423
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					19,53 €	0,040
R ²		<0,001		<0,001		0,010

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

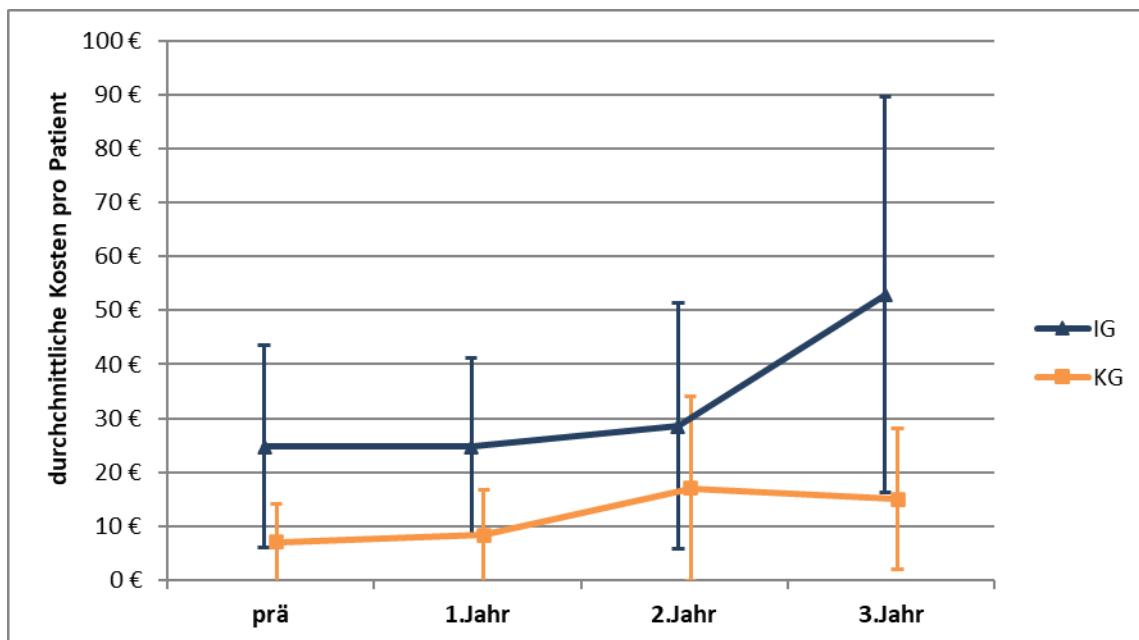
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 143: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	14	14	11	13	< 10	< 10	10	< 10
Mittelwert	24,80 €	24,79 €	28,59 €	52,90 €	7,05 €	8,43 €	17,06 €	15,05 €
Standardabweichung	280,41 €	243,45 €	327,29 €	518,34 €	183,80 €	183,88 €	246,65 €	185,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.381,70 €	3.923,30 €	6.310,92 €	7.587,60 €	5.335,52 €	5.238,40 €	6.417,04 €	3.928,80 €

Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

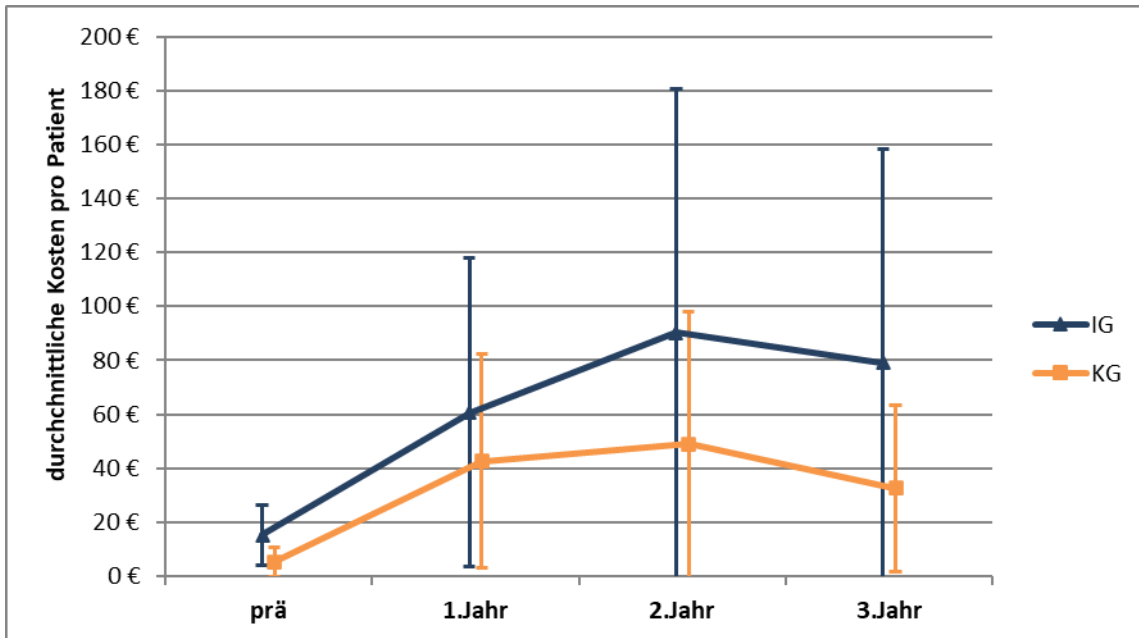


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	15,24 €	60,73 €	90,33 €	79,05 €	5,34 €	42,72 €	49,11 €	32,57 €
Standardabweichung	115,18 €	590,74 €	1.035,37 €	1.100,07 €	55,13 €	409,36 €	580,48 €	307,10 €
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	1.569 €	9.110 €	19.262 €	20.159 €	841 €	6.139 €	9.835 €	4.458 €

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 bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2 – Variante A (vgl. Tabelle 145 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 479,81 € nicht signifikant ($p=0,314$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 5,1 Tage signifikant ($p<0,001$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 94,08 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 94,08 € weniger ausgegeben.

U2 – Variante B (vgl. Tabelle 146 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 624,08 € nicht signifikant ($p=0,221$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 2,1 Tage nicht signifikant ($p=0,713$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 297,18 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 297,18 € weniger ausgegeben.

U4– Variante A (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um -2.194,76 € nicht signifikant ($p=0,109$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 5,6 Tage nicht signifikant ($p=0,217$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 391,92 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 391,92 € weniger ausgegeben.

U4– Variante B (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 781,04 € nicht signifikant ($p=0,71$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 6,0 Tage nicht signifikant ($p=0,613$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 130,17 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 130,17 € weniger ausgegeben.

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

Tabelle 145: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.091,07 €		1642	8.871,43 €		1642	7.780,36 €	
	KG	977,08 €		1642	9.237,25 €		1642	8.260,17 €	
	Diff (IG - KG)	113,99 €	0,451		-365,82 €	0,392		-479,81 €	0,314
KH-Tage	IG	2,1		1642	19,8		1642	17,6	
	KG	2,1		1642	24,8		1642	22,7	
	Diff (IG - KG)	0	0,932		-5,1	<0,001		-5,1	<0,001
ICER	94,08 €/d								

Tabelle 146: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.133,11 €		951	8.540,40 €		951	7.407,30 €	
	KG	679,59 €		1027	8.710,97 €		1027	8.031,38 €	
	Diff (IG - KG)	453,52 €	0,01		-170,56 €	0,613		-624,08 €	0,221
AU-Tage	IG	27,7		951	86,6		951	58,8	
	KG	27,2		1027	88,2		1027	60,9	
	Diff (IG - KG)	0,5	0,866		-1,6	0,743		-2,1	0,713
ICER	297,18 €/d								

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

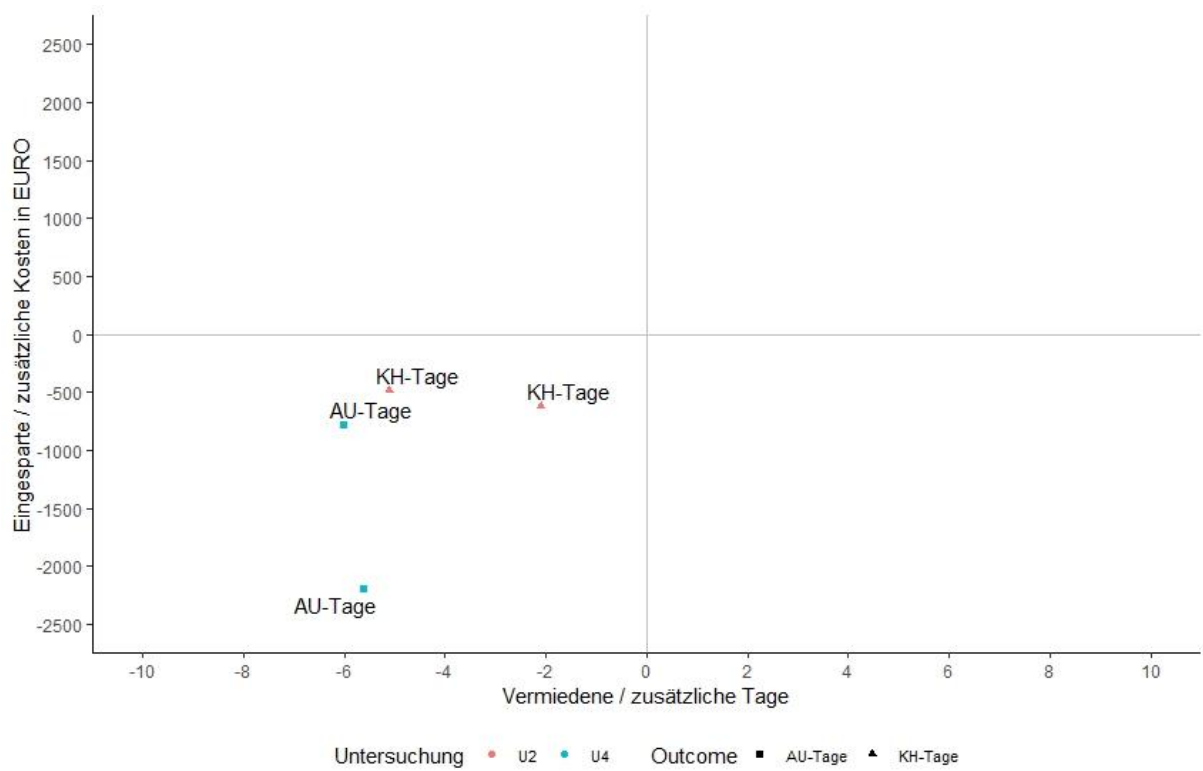
Tabelle 147: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	7.545,54 €		423	7.990,15 €		423	444,61 €	
	KG	7.278,98 €		423	9.918,35 €		423	2.639,37 €	
	Diff (IG - KG)	266,56 €	0,71		-1.928,20 €	0,046		-2.194,76 €	0,109
KH-Tage	IG	19,4		423	21,2		423	1,8	
	KG	18,4		423	25,8		423	7,4	
	Diff (IG - KG)	1,0	0,752		-4,6	0,160		-5,6	0,217
ICER	391,92 €/d								

Tabelle 148: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	5.047,72 €		201	6.404,56 €		201	1.356,84 €	
	KG	6.908,68 €		221	9.046,57 €		221	2.137,89 €	
	Diff (IG - KG)	-1.860,97 €	0,057		-2.642,01 €	0,03		-781,04 €	0,71
AU-Tage	IG	41,7		201	50,9		201	9,1	
	KG	48,6		221	63,8		221	15,2	
	Diff (IG - KG)	-6,8	0,388		-12,9	0,148		-6,0	0,613
ICER	130,17 €/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 Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollkliniken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbeachtung). 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 passen² und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen³. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit

² In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

³ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im 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 Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt aufgrund von Indexdiagnose stieg in der IG bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen etwas stärker als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung (U1 & U4). Da im inferenzstatistischen Vergleich im Verhältnis zwischen den Gruppen und zum Jahr vor Referenzfall betrachtet wird, sind keine statistisch signifikanten Unterschiede ersichtlich. Somit ist im Modellvorhaben ein Trend hin zu einem größeren Anteil an vollstationären Aufnahmen ersichtlich.

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt stieg bei den linikneuen Patienten der Modellversorgung zum Jahr nach Referenzfall stets stärker an als bei den Patienten der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich stets höhere Anteile. Dieser höhere Anteil war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr im vierten patientenindividuellen Jahr statistisch signifikant. Somit ist im Modellvorhaben auch ein Trend hin zu einem größeren Anteil an teilstationären Aufnahmen erkennbar.

Die Anzahl der vollstationären Tage linikneuer Patienten war in der Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall stets geringer als in der KG. Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Während die Häufigkeit vollstationärer Aufenthalte im Modellvorhaben nicht zurückging, sank jedoch die Dauer vollstationärer Behandlungstage. Auch in anderen Studien zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen

Psychriatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22 % im Vergleich vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30 % der stationären Leistungen durch stationersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7). Bei den klimbekannt Patienten stieg die Anzahl vollstationärer Behandlungstage im Modellvorhaben in U1 und U4 zum Jahr nach Referenzfall weniger stark als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den weiteren patientenindividuellen Jahren war die Anzahl vollstationärer Tage jedoch entweder zwischen beiden Gruppen vergleichbar oder im Modellvorhaben größer. Somit sind bei den klimbekannt Patienten keine eindeutigen nachhaltigen Trends bezüglich vollstationärer Behandlungsdauer erkennbar.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klimbekannt Patienten im Modellvorhaben zum ersten Jahr nach Referenzfall stets stärker als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die geringeren vollstationären Behandlungstage durch eine Zunahme teilstationärer Behandlungstage (teilweise) aufgefangen zu sein. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8). Die klimbekannt Patienten des Modellvorhabens wiesen stets etwas mehr teilstationäre Behandlungstage als Patienten der Regelversorgung auf. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall, vergrößerte sich jedoch etwas seit Modellbeginn. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die PIA bei den klimbekannt Patienten des Modellvorhabens stets stärker in Anspruch genommen wurde als bei den Patienten der Regelversorgung. Die stärkere Inanspruchnahme in der PIA vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U1 und U3 statistisch signifikant. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH wurden somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Die klimbekannt Patienten der Modellversorgung zeigten bereits im Jahr vor Referenzfall eine größere Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte im Vergleich zur Regelversorgung. Über den patientenindividuellen Verlauf näherten sich diese an, blieben aber stets im Modellvorhaben ca. 3-5 Kontakte größer. Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH schien somit bereits vor Einführung des Modellvorhabens verstärkt die PIA bei der Behandlung ihrer Patienten eingebunden zu haben. Das Modellvorhaben hatte jedoch keinen § 64b-ähnlichen Vorläufervertrag.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So waren bei den klimbekannt und klimbekannt Patienten in beiden Gruppen weitgehend vergleichbare

Verläufe auf einem vergleichbaren Niveau bezüglich der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder eines Psychotherapeuten erkennbar. Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH auf den stationären Bereich. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Dies kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass ein Trend hinsichtlich einer Erhöhung der Anzahl an voll- und teilstationären Aufenthalten ersichtlich war; während die vollstationären Behandlungstage sanken und die teilstationären Behandlungstage stiegen. Patienten der Modellklinik wurden somit nicht weniger häufig, dafür aber kürzer vollstationär behandelt. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Behandlungstage psychisch erkrankter Patienten erreicht werden. Weiterhin ist ersichtlich, dass die teilstationäre Behandlung sowie die PIA verstärkt in Anspruch genommen wurden. Eine Stärkung der PIA ist auch bereits vor Modellstart ersichtlich.

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. Die Behandlungskontinuität zeigte keine eindeutige Tendenz zu einer größeren bzw. geringeren Kontinuität im Modellvorhaben. Zwar war in U1 bei den klinikneuen Patienten eine statistisch signifikant geringere Behandlungskontinuität ersichtlich (hypothesekonträr), eine geringe Fallzahl erschwert hier jedoch die Interpretation. Auf der anderen Seite wiesen in U4 die klinikbekannten Patienten der Modellversorgung in allen drei patientenindividuellen Jahren nach Referenzfall eine größere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur Regelversorgung auf. Bei den weiteren Betrachtungen sind keine klaren Trends erkennbar.

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 bei dem Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs gab es zwischen Modell- und Regelversorgung keinen statistisch signifikanten Unterschied. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von der 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 konnte kein eindeutiger Modelleffekt einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden, bezogen auf die mit den GKV-Daten messbaren Größen.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben nicht explizit nachgewiesen werden konnte.

Hypothese c) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

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

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen Patienten im Modellvorhaben in allen Untersuchungen stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall stets eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Dieser Unterschied vergrößerte sich in den ersten beiden patientenindividuellen Jahren und drehte sich dann im dritten Jahr nach Referenzfall. Statistisch signifikante Gruppenunterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es aber nicht.

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

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue

Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauses-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

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

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser-Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser-Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser-Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser-Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier war bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) der Anteil der Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, in der Modellklinik etwas, aber statistisch signifikant, größer als in der Regelversorgung. Die Gründe für die erhöhte Mortalität können mit den verfügbaren Daten nicht untersucht werden.

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 beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge (wie hier) zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind. Im vorliegenden Modellvorhaben konnte eine (leicht) erhöhte Mortalität 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 bei den linikneuen und den linikbekannten Patienten im Modellvorhaben stets größer, ausgenommen für U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung). In U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) war dieser Unterschied statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten aller Kohorten stets niedriger als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war für die linikbekannten Patienten in U1 statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war bei den linikneuen Patienten in U1 und U4 meist vergleichbar und bei den linikbekannten Patienten etwas geringer. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben eher negativ auf die Verhinderung einer schweren depressiven Störung und eher positiv auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben. Unterschiedliche Kodierverhalten können diese gegensätzlichen Trends auch bewirkt haben bzw. liegen beide Erkrankungen eng beieinander, so dass weder von einer Verringerung noch von einer Erhöhung der Erkrankungsprogression ausgegangen werden kann.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit prinzipiell keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen keinen eindeutigen Trend der Modellversorgung bezüglich der Arbeitsunfähigkeit. Im Modellvorhaben wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben war bei den linikneuen Patienten (etwas) höher als bei den Patienten der Regelversorgung. Das Risiko einer schweren

depressiven Episode wurde im Modellvorhaben erhöht, während das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung im Modellvorhaben verringert werden konnte.

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. Alle Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz zeigten zwischen den Gruppen vergleichbare Ergebnisse oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering.

Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach § 64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu

Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgedeckt werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

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.

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 linikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung ab dem Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten wurde im Jahr vor Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben noch statistisch signifikant geringer in Anspruch genommen als in der Regelversorgung; ab dem Jahr nach Referenzfall war jedoch, analog zu den klinikneuen Patienten, die Inanspruchnahme im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung. Eine eindeutige Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nachgewiesen werden. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß § 64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre, und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38).

Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben vermehrt in Anspruch genommen.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

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

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationär psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 691,56 € günstiger, jedoch nicht statistisch signifikant günstiger als die KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant um 1.977,21 € je Patient günstiger.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 990,70 € je Patient signifikant günstiger als die KG.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonformes Ergebnis. Die Kosten bzw. die Kostenanstiege der vollstationären Versorgung lagen in der IG unter denen der KG.

Hypothese f) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.“

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 409,84 € geringer, jedoch nicht statistisch signifikant geringer als die KG. Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten

Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) entwickelte sich die IG um 151,28€ teurer als die KG, dieser Effekt war jedoch nicht signifikant.

Bei den linikbekannten Patienten des ersten Modelljahres (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant um 2.123,22 € je Patient günstiger. Bei den klinikbekannten Patienten des ersten und zweiten Modelljahres (U4) war ein nahezu identischer Effekt feststellbar.

Bei linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 8.817,43 € und 9.237,25 € in der KG, während sie im Präzeitraum durchschnittlich bei 1.091,07 € in der IG und 977,08 € in der KG betragen.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 415,26 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonformes Ergebnis. Die Entwicklung der direkten psychiatrischen Versorgungskosten zeichnete in der IG günstiger als in der KG, wenn auch statistisch nicht signifikant.

Hypothese q) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“*

Der Begriff der **Leistungstransparenz** wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Seit dem ersten Quartal 2017 werden PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich festhalten, dass somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem ließe sich jedoch entgegen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt.

Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung der IG lagen in den meisten Betrachtungen auf gleichem Niveau wie die der KG. Für die klinikneuen Patienten der ersten vier Jahre (U2) lagen die Kosten der IG über den Kosten der KG, diese Kostendifferenz ließ sich jedoch bereits im Präzeitraum feststellen. Ein Modelleffekt der Kostenverlagerung in den niedergelassenen Bereich lässt sich somit nicht feststellen.

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.“*

Lediglich bei den im ersten Modelljahr eingeschlossenen, klinikbekannten Patienten waren geringere Arzneimittelkosten feststellbar. Bei den übrigen Kohorten waren Höhe und Verlauf der Kosten vergleichbar. Die Hypothese lässt sich somit weder verwerfen noch bestätigen.

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 94,08 € je Tag. D.h. für jeden der 5,1 in der IG vermiedenen vollstationären psychiatrischen Krankenhaustag wurden zudem Kosten i. H. v. 94,08 € weniger aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine

Kosteneffektivitätsrelation von 297,18 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 2,1 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag konnten somit überdies Kosten in Höhe von 297,18 € eingespart werden.

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 391,92 € je Tag. D.h. für jeden der 5,6 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i. H. v. 391,92 € weniger aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von 130,17 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 6,0 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit geringe Kosten in Höhe von 130,17 € an.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Modellvorhaben effektiv im Sinne verbesserter primärer Outcomes ist und die Kosten in der IG unter denen der KG liegen.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH wurde die Dauer vollstationärer Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich sowie in die PIA. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich keine negative, aber auch keine explizit positiven Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben zu keiner erhöhten Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten unterschiedliche Ergebnisse. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit war kein eindeutiger Trend ersichtlich. Im Modellvorhaben wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben war bei den klinikneuen Patienten (etwas) höher als bei den Patienten der Regelversorgung. Das Risiko einer schweren depressiven Episode wurde im Modellvorhaben erhöht, während das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung im Modellvorhaben verringert werden konnte. Eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz konnte nicht nachgewiesen werden. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben vermehrt in Anspruch genommen. Insgesamt zeigt sich eine Abnahme vollstationärer Behandlungstage mit einer Zunahme teilstationärer Behandlungstage sowie PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben. Weiterhin hypothesenkonform ist die Verlängerung der Dauer zwischen Entlassung erneuter vollstationärer Wiederaufnahme. Die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor hingegen zeigt hypothesenkonträre Effekte.

Die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten entwickelten sich hypothesenkonform zugunsten der IG, wenngleich die geringeren Anstiege vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr statistisch nicht signifikant ausfielen. Diese geringeren Anstiege sind auf eine günstigere Entwicklung in den vollstationären Kosten zurückzuführen, während die Kosten für die teilstationäre und Versorgung in der PIA statistisch nicht signifikant zunahmen. Da für alle Varianten der Kosteneffektivitätsanalyse ein positiver ICER ermittelt werden konnte, ist durch die Modellversorgung zudem eine kosteneffektivere Verwendung der eingesetzten Mittel zu konstatieren.

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 stellen 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.

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 Selektivverträge, insbesondere der hausarztzentrierten Versorgung, lediglich von der AOK Baden-Württemberg berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen

Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter AU-Tage ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe, Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren, wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierten Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft allerdings vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich. Für den Evaluationszeitraum dieses Modells ab 2017 kann von einer weitgehenden vollständigen Erfassung ausgegangen werden.
- 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 erwerbstätiger Versicherter. 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 vollständig 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 Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(10):1313-23.
14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. *Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. 2012.
15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? *Gesundheitswesen*. 2015;77(4):e70-e6.
16. Gühne U, Riedel-Heller SG. *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin; 2015.
17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.

18. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
19. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare*. 2005;43(11):1130-9.
20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München
2014.
22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. *Medical care*. 2009;47(6):626-33.
23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer*. 2016;53(3):432-4.
25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psych*. 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-sektoreneuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>].
32. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(1):34-42.
33. von Peter S, Ignatyev Y, John E, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;9(785).
34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. *Psychiatr Prax*. 2014;41(5):266-73.
35. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5(15):146.

37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. *Psychother Psych Med.* 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen.* 2020;DOI <https://doi.org/10.1055/a-1036-6364>.
40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research.* 2012;47(2):746-55.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen.* 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 149: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.642	1.642
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	86,1 %	88,5 %
• Zwei Diagnosen	12,7 %	9,8 %
• Drei Diagnosen	1,1 %	1,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	24	21
2. IG: F10 & F33 / KG: F32 & F41	16	17
3. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F33	13	16

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

Tabelle 150: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.414	1.453	1.642	1.642
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	0,8 %	1,1 %	1,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	4,4 %	4,6 %	4,5 %	4,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,0 %	1,0 %	0,9 %	1,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,1 %	22,8 %	25,5 %	24,5 %

• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,5 %	10,3 %	9,4 %	9,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	33,5 %	33,5 %	38,1 %	37,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	12,2 %	12,7 %	14,1 %	14,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	1,0 %	2,1 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	12,6 %	11,5 %	14,5 %	13,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,1 %	0,0 %	0,7 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,0 %	1,8 %	1,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,1 %	0,3 %	0,7 %	0,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
Alter¹				
• Mittelwert	52,4	51,6	52,1	51,5
• Median	52	52	52	51
• (Interquartilsabstand)	(38 - 64)	(36 - 63)	(38 - 64)	(36 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	51,3 %	52,2 %	52,1 %	52,3 %
• Männer	48,7 %	47,8 %	47,9 %	47,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	61,7 %	62,1 %	63,0 %	62,8 %
• PIA	38,3 %	37,9 %	37,0 %	37,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,0 %	1,2 %	1,5 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	11,7 %	11,5 %	11,0 %	11,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	11,5 %	11,0 %	11,5 %	10,7 %
• Abitur/Fachabitur	6,1 %	7,8 %	5,8 %	7,9 %
• Abschluss unbekannt	8,8 %	9,6 %	8,7 %	9,9 %
• Fehlende Angabe	60,9 %	58,9 %	61,5 %	58,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,5 %	7,4 %	6,7 %	7,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	23,1 %	22,5 %	22,6 %	22,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	1,0 %	1,2 %	1,2 %
• Bachelor	0,4 %	0,9 %	0,4 %	0,9 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,5 %	2,4 %	2,3 %	2,4 %
• Promotion	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,4 %	6,9 %	5,2 %	6,8 %
• Fehlende Angabe	60,9 %	58,9 %	61,5 %	58,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	11,1 %	12,4 %	11,5 %	13,0 %
• Nein	53,7 %	60,7 %	53,5 %	61,0 %
• Fehlende Angabe	35,1 %	26,9 %	35,0 %	26,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	29,1 %	27,5 %	29,5 %	27,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	20,1 %	18,4 %	21,7 %	20,2 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	58,5 %	62,4 %	57,9 %	62,5 %
	5,9 %	7,1 %	6,5 %	7,2 %
	34,0 %	28,9 %	34,0 %	28,8 %
	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,4 %

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

Tabelle 151: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.287	1.283
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	85,9 %	87,9 %
• Zwei Diagnosen	13,1 %	10,3 %
• Drei Diagnosen	0,9 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	20	18
2. F10 & F33	15	16
3. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F43	12	13

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

Tabelle 152: 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)	1.105	1.128	1.287	1.283
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,8 %	1,0 %	1,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	4,3 %	4,3 %	4,1 %	4,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,1 %	1,2 %	1,0 %	1,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,3 %	23,7 %	25,8 %	25,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,0 %	10,6 %	9,8 %	10,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	33,6 %	33,2 %	38,3 %	38,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,8 %	12,6 %	13,6 %	14,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	1,2 %	2,3 %	2,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	12,3 %	10,7 %	14,5 %	13,1 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,6 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	52,5 52 (39 - 64)	51,9 52 (37 - 63)	52,1 52 (38 - 64)	51,8 52 (37 - 63)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	50,9 % 49,1 %	51,1 % 48,9 %	51,4 % 48,6 %	50,9 % 49,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	62,4 % 37,6 %	63,4 % 36,6 %	63,3 % 36,7 %	64,1 % 35,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,1 % 10,9 % 11,6 % 6,5 % 8,6 % 61,4 %	1,2 % 12,3 % 9,5 % 7,4 % 9,8 % 59,8 %	1,3 % 10,4 % 11,6 % 6,2 % 8,6 % 61,8 %	1,3 % 12,2 % 9,4 % 7,3 % 10,0 % 59,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,4 % 23,3 % 1,4 % 0,4 % 2,4 % 0,2 % 4,6 % 61,4 %	7,7 % 21,6 % 1,2 % 0,6 % 2,2 % 0,0 % 6,9 % 59,8 %	6,6 % 22,9 % 1,4 % 0,3 % 2,3 % 0,2 % 4,4 % 61,8 %	7,6 % 21,8 % 1,3 % 0,7 % 2,2 % 0,0 % 6,6 % 59,8 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	10,3 % 54,3 % 35,4 %	12,3 % 60,5 % 27,2 %	10,6 % 54,4 % 35,0 %	12,8 % 61,0 % 26,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	28,6 % 20,1 % 51,3 %	27,0 % 18,4 % 54,6 %	29,4 % 21,7 % 48,9 %	26,7 % 20,3 % 53,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	58,4 %	62,1 %	57,8 %	62,2 %

• Familienversicherter	6,2 %	6,8 %	6,8 %	6,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	34,1 %	29,5 %	33,9 %	29,5 %
• Fehlende Angabe	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,3 %

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 153: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	853	848
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	86,0 %	88,0 %
• Zwei Diagnosen	13,1 %	10,8 %
• Drei Diagnosen	0,8 %	0,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F33	14	13
2. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F32	11	13
3. F32 & F41	10	11

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)	410	414
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	80,2 %	82,1 %
• Zwei Diagnosen	17,6 %	14,0 %
• Drei Diagnosen	2,2 %	2,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F20	7	7
2. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F43	7	6
3. IG: F33 & F41 / KG: F10 & F32	6	6

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

Tabelle 154: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	734	746	853	848
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,7 %	0,9 %	1,2 %	1,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	4,2 %	4,0 %	3,9 %	4,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,5 %	1,6 %	1,4 %	1,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,2 %	23,2 %	25,9 %	25,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,5 %	9,9 %	9,4 %	9,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,2 %	31,6 %	35,9 %	36,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	12,5 %	13,5 %	14,1 %	14,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,9 %	1,5 %	2,5 %	2,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	13,5 %	11,7 %	15,7 %	13,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,4 %	1,2 %	1,8 %	1,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,1 %	0,5 %	0,6 %	0,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,6	52,7	52,1	52,4
• Median	52	53	52	52
• (Interquartilsabstand)	(39 - 64)	(39 - 63)	(39 - 63)	(39 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	51,2 %	51,9 %	51,9 %	51,5 %
• Männer	48,8 %	48,1 %	48,1 %	48,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	60,8 %	62,6 %	62,0 %	63,1 %
• PIA	39,2 %	37,4 %	38,0 %	36,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	10,2 %	12,7 %	10,0 %	12,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	11,7 %	9,9 %	12,1 %	10,1 %
• Abitur/Fachabitur	5,3 %	7,1 %	5,3 %	7,2 %
• Abschluss unbekannt	8,7 %	10,3 %	8,4 %	10,3 %

• Fehlende Angabe	62,8 %	58,6 %	63,0 %	58,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,5 %	7,5 %	6,3 %	7,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	22,8 %	22,0 %	23,2 %	22,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,0 %	1,3 %	1,1 %	1,4 %
• Bachelor	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,9 %	2,5 %	1,9 %	2,6 %
• Promotion	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,6 %	7,8 %	4,2 %	7,2 %
• Fehlende Angabe	62,8 %	58,6 %	63,0 %	58,8 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,6 %	11,9 %	10,8 %	12,3 %
• Nein	52,7 %	59,9 %	53,0 %	60,8 %
• Fehlende Angabe	36,6 %	28,2 %	36,2 %	26,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,5 %	26,7 %	28,6 %	26,4 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	20,2 %	18,2 %	21,3 %	19,9 %
• Weder A noch B	52,3 %	55,1 %	50,1 %	53,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,0 %	62,3 %	57,4 %	62,4 %
• Familienversicherter	5,9 %	6,8 %	7,0 %	6,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	34,9 %	29,5 %	34,5 %	29,7 %
• Fehlende Angabe	1,2 %	1,3 %	1,1 %	1,2 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	329	340	410	414
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,9 %	0,5 %	1,4 %

• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	1,5 %	1,0 %	1,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,6 %	0,9 %	1,0 %	1,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	19,5 %	19,4 %	23,2 %	24,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	28,6 %	29,4 %	26,6 %	26,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	35,6 %	33,2 %	41,2 %	38,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,4 %	2,4 %	6,6 %	4,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,3 %	2,9 %	2,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	8,5 %	7,6 %	11,2 %	12,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	1,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,0 %	3,2 %	5,1 %	4,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	1,2 %	1,2 %	1,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	1,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,3	52,7	52,8	52,3
• Median	54	54	53	53
• (Interquartilsabstand)	(45 - 62)	(40 - 63)	(45 - 61)	(40 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,1 %	55,9 %	56,8 %	56,0 %
• Männer	42,9 %	44,1 %	43,2 %	44,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	36,2 %	31,8 %	39,0 %	33,3 %
• PIA	63,8 %	68,2 %	61,0 %	66,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,3 %	2,4 %	0,2 %	2,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,8 %	6,8 %	9,0 %	6,8 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,8 %	8,5 %	7,8 %	8,7 %
• Abitur/Fachabitur	4,3 %	4,1 %	3,4 %	3,9 %
• Abschluss unbekannt	6,7 %	8,8 %	6,6 %	8,7 %
• Fehlende Angabe	71,1 %	69,4 %	72,9 %	69,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,2 %	10,3 %	4,6 %	9,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,5 %	11,8 %	17,3 %	12,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	1,5 %	0,0 %	1,7 %
• Bachelor	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,8 %	1,8 %	1,5 %	1,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,0 %	5,3 %	3,4 %	5,3 %
• Fehlende Angabe	71,1 %	69,4 %	72,9 %	69,8 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	9,7 %	17,4 %	10,7 %	17,4 %
• Nein	49,5 %	51,2 %	50,0 %	51,7 %
• Fehlende Angabe	40,7 %	31,5 %	39,3 %	30,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,7 %	26,8 %	28,3 %	26,8 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	54,1 %	51,5 %	55,1 %	52,9 %
• Weder A noch B	18,2 %	21,8 %	16,6 %	20,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	47,4 %	51,2 %	46,8 %	51,7 %
• Familienversicherter	4,6 %	7,1 %	5,4 %	6,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	47,7 %	41,5 %	47,3 %	41,5 %
• Fehlende Angabe	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 155: 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)	354	354	331	317	310	358	358	337	328	317
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	2,4	23,4	3,8	3,4	2,4	2,3	24,6	6,1	6,1	4,3
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 51 Jahre)	2,4 (n=172)	21,3 (n=172)	2,8 (n=169)	3,0 (n=166)	2,6 (n=165)	2,4 (n=173)	25,1 (n=173)	6,2 (n=173)	5,9 (n=172)	5,3 (n=170)
Älter (IG/KG: ≥ 51 Jahre)	2,3 (n=182)	25,4 (n=182)	4,8 (n=162)	3,8 (n=151)	2,2 (n=145)	2,2 (n=185)	24,2 (n=185)	6,1 (n=164)	6,3 (n=156)	3,3 (n=147)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	2,4 (n<10)	13,6 (n<10)	1,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	12,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 (n=19)	17,4 (n=19)	0,0 (n=12)	1,1 (n<10)	7,0 (n<10)	0,3 (n=20)	6,8 (n=20)	0,0 (n=11)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,7 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	102,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	54,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,2 (n=82)	19,0 (n=82)	5,4 (n=79)	2,8 (n=78)	1,1 (n=77)	2,7 (n=83)	21,9 (n=83)	5,5 (n=80)	4,0 (n=79)	3,4 (n=75)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	4,6 (n=38)	65,7 (n=38)	7,3 (n=36)	15,4 (n=35)	13,0 (n=35)	10,5 (n=39)	46,8 (n=39)	15,8 (n=39)	23,0 (n=38)	15,8 (n=37)
F 30-39 (Affektive Störungen)	2,4 (n=109)	25,1 (n=109)	4,1 (n=108)	2,7 (n=107)	1,1 (n=104)	0,5 (n=112)	33,0 (n=112)	7,1 (n=108)	5,5 (n=106)	2,2 (n=104)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n=37)	13,9 (n=37)	0,4 (n=36)	0,1 (n=35)	0,0 (n=35)	0,0 (n=44)	14,8 (n=44)	0,5 (n=43)	1,0 (n=43)	6,5 (n=43)
F 45 (Somatoforme Störungen)	2,7 (n<10)	8,1 (n<10)	0,9 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,9 (n<10)	25,0 (n<10)	23,4 (n<10)	25,6 (n<10)	3,7 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,9 (n=47)	8,3 (n=47)	1,9 (n=40)	0,4 (n=37)	0,1 (n=36)	0,9 (n=37)	6,3 (n=37)	0,0 (n=37)	0,0 (n=37)	0,0 (n=36)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	0,4 (n<10)	0,4 (n<10)	11,4 (n<10)	21,3 (n<10)	21,0 (n<10)	14,3 (n<10)	0,0 (n<10)	1,5 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	22,0 (n<10)	1,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	292	292	284	269	262	308	308	294	283	277
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	20,9	20,6	8,8	11,3	12,4	20,1	23,5	10,1	9,4	8,8
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 54 Jahre)	20,7 (n=146)	24,9 (n=146)	11,6 (n=144)	12,3 (n=139)	15,9 (n=139)	24,1 (n=149)	26,6 (n=149)	12,8 (n=148)	10,3 (n=145)	8,8 (n=145)
Älter (IG/KG: ≥ 54 Jahre)	21,0 (n=146)	16,3 (n=146)	6,0 (n=140)	10,2 (n=130)	8,5 (n=123)	16,3 (n=159)	20,6 (n=159)	7,3 (n=146)	8,5 (n=138)	8,7 (n=132)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	6,0 (n<10)	32,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	15,3 (n<10)	36,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,3 (n<10)	15,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	23,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	26,7 (n<10)	23,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,3 (n=54)	26,1 (n=54)	13,6 (n=53)	21,5 (n=46)	10,0 (n=45)	9,3 (n=55)	16,8 (n=55)	9,9 (n=53)	7,9 (n=51)	5,7 (n=50)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	33,9 (n=85)	28,3 (n=85)	13,5 (n=84)	17,5 (n=81)	22,1 (n=80)	36,7 (n=91)	36,5 (n=91)	17,7 (n=88)	12,7 (n=85)	16,3 (n=84)
F 30-39 (Affektive Störungen)	15,6 (n=104)	16,4 (n=104)	4,8 (n=102)	4,3 (n=99)	7,7 (n=97)	12,9 (n=106)	19,5 (n=106)	7,0 (n=101)	9,8 (n=96)	5,6 (n=95)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	24,8 (n<10)	14,5 (n<10)	7,3 (n<10)	14,5 (n<10)	24,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	19,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	144,0 (n<10)	155,0 (n<10)	120,0 (n<10)	178,0 (n<10)	203,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,5 (n=27)	4,2 (n=27)	4,3 (n=25)	5,3 (n=24)	6,4 (n=21)	11,2 (n=26)	7,1 (n=26)	0,0 (n=26)	0,0 (n=26)	0,0 (n=26)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	19,4 (n<10)	10,4 (n<10)	1,1 (n<10)	0,0 (n<10)	1,3 (n<10)	34,2 (n=11)	21,9 (n=11)	4,5 (n=11)	4,2 (n=11)	4,2 (n=11)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	24,0 (n<10)	70,0 (n<10)	2,0 (n<10)	13,5 (n<10)	1,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tabelle 156: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	207	207	203	200	199	220	220	219	216	212
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	29,4	87,5	23,7	18,2	13,3	26,1	90,8	31,4	19,0	16,2
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 46 Jahre; KG: < 45 Jahre)	22,5 (n=100)	80,3 (n=100)	16,3 (n=99)	11,6 (n=97)	14,9 (n=96)	19,4 (n=109)	66,6 (n=109)	18,7 (n=109)	15,3 (n=109)	15,4 (n=108)
Älter (IG: ≥ 46 Jahre; KG: ≥ 45 Jahre)	35,8 (n=107)	94,2 (n=107)	30,8 (n=104)	24,4 (n=103)	11,7 (n=103)	32,7 (n=111)	114,5 (n=111)	44,0 (n=110)	22,8 (n=107)	16,9 (n=104)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	102,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	219,0 (n<10)	257,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,4 (n=61)	52,3 (n=61)	18,8 (n=60)	8,6 (n=59)	5,1 (n=59)	15,5 (n=61)	65,7 (n=61)	36,7 (n=60)	26,3 (n=60)	15,3 (n=58)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,9 (n=10)	109,1 (n=10)	14,2 (n=10)	25,9 (n=10)	11,1 (n=10)	14,8 (n=19)	90,1 (n=19)	45,4 (n=19)	28,6 (n=19)	21,6 (n=18)
F 30-39 (Affektive Störungen)	33,4 (n=76)	133,1 (n=76)	33,0 (n=76)	26,8 (n=75)	17,3 (n=75)	39,5 (n=76)	145,3 (n=76)	39,9 (n=76)	21,3 (n=74)	15,9 (n=73)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,7 (n=23)	38,2 (n=23)	6,6 (n=23)	2,0 (n=23)	1,7 (n=23)	12,6 (n=34)	38,8 (n=34)	6,7 (n=34)	2,5 (n=34)	21,2 (n=34)
F 45 (Somatoforme Störungen)	94,0 (n<10)	205,0 (n<10)	135,3 (n<10)	21,3 (n<10)	0,0 (n<10)	8,8 (n<10)	56,5 (n<10)	74,3 (n<10)	60,8 (n<10)	10,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	68,9 (n=28)	65,8 (n=28)	13,6 (n=25)	29,8 (n=24)	25,4 (n=23)	18,9 (n=20)	56,9 (n=20)	10,0 (n=20)	2,5 (n=20)	4,4 (n=20)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	33,0 (n<10)	16,5 (n<10)	0,5 (n<10)	1,8 (n<10)	77,3 (n<10)	112,5 (n<10)	66,8 (n<10)	14,3 (n<10)	8,8 (n<10)	33,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	137	137	137	133	132	153	153	151	149	149
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	50,5	47,0	24,6	25,2	22,6	50,3	61,0	35,7	28,0	18,2
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 49 Jahre; KG: < 46 Jahre)	59,6 (n=67)	55,1 (n=67)	31,9 (n=67)	33,1 (n=66)	23,8 (n=66)	52,2 (n=72)	59,4 (n=72)	28,0 (n=71)	26,7 (n=71)	17,8 (n=71)
Älter (IG: ≥ 49 Jahre; KG: ≥ 46 Jahre)	41,9 (n=70)	39,3 (n=70)	17,6 (n=70)	17,5 (n=67)	21,3 (n=66)	48,7 (n=81)	62,5 (n=81)	42,4 (n=80)	29,1 (n=78)	18,6 (n=78)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	32,8 (n=34)	51,8 (n=34)	25,0 (n=34)	33,2 (n=31)	27,0 (n=31)	23,9 (n=34)	60,2 (n=34)	42,5 (n=33)	12,4 (n=32)	5,9 (n=32)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	24,3 (n=33)	26,7 (n=33)	19,3 (n=33)	25,3 (n=32)	23,6 (n=32)	56,2 (n=45)	59,9 (n=45)	27,8 (n=45)	25,3 (n=45)	24,9 (n=45)
F 30-39 (Affektive Störungen)	85,0 (n=49)	56,3 (n=49)	28,2 (n=49)	10,8 (n=49)	14,0 (n=48)	60,1 (n=42)	60,4 (n=42)	44,8 (n=41)	50,0 (n=40)	19,9 (n=40)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	52,5 (n<10)	52,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	53,7 (n<10)	0,7 (n<10)	22,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	204,0 (n<10)	256,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	10,8 (n=14)	32,7 (n=14)	30,4 (n=14)	70,7 (n=14)	49,1 (n=14)	62,7 (n=19)	94,3 (n=19)	39,4 (n=19)	30,2 (n=19)	16,6 (n=19)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	96,0 (n<10)	55,5 (n<10)	19,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,5 (n<10)	53,4 (n<10)	29,2 (n<10)	9,0 (n<10)	6,4 (n<10)	32,6 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

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 157: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,42 0,78...2,57	1,55 0,33...7,33	-1,66 -5,94...2,62	2,42* 0,08...4,77
DID Jahr 2	1,06 0,56...2,01	1,78 0,33...9,58	-1,92 -6,20...2,36	0,46 -1,89...2,81
DID Jahr 3	0,80 0,41...1,57	2,27 0,37...14,08	-3,13 -7,40...1,15	0,46 -1,89...2,81
DID Jahr 4	0,77 0,37...1,58	3,39 0,36...31,67	-2,17 -6,45...2,11	0,27 -2,08...2,62
DID Jahr 1-4	—	—	-2,22 -5,82...1,38	0,90 -1,01...2,82
Gruppe	0,91 0,56...1,48	0,79 0,18...3,59	0,64 -2,39...3,66	0,22 -1,45...1,88
Jahr 1	35,81*** 23,29...55,08	23,68*** 8,50...65,97	22,56*** 19,53...25,58	7,26*** 5,60...8,92
Jahr 2	1,48 0,94...2,33	3,37* 1,08...10,49	2,89 -0,14...5,91	1,00 -0,66...2,67
Jahr 3	1,22 0,76...1,94	1,51 0,42...5,43	2,85 -0,18...5,87	0,38 -1,28...2,04
Jahr 4	0,88 0,54...1,44	0,50 0,09...2,73	1,00 -2,02...4,02	0,06 -1,60...1,72
Indexgruppe 6 (F10)	1,64*** 1,29...2,08	1,04 0,68...1,61	-2,88** -4,68...-1,08	-0,81 -1,80...0,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,63*** 0,50...0,80	2,57*** 1,81...3,65	-0,20 -1,76...1,37	2,54*** 1,68...3,40
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,37*** 0,25...0,55	0,72 0,42...1,23	-2,18 -4,38...0,02	-0,80 -2,01...0,40
Psy A ¹	1,72*** 1,36...2,19	1,36 0,95...1,96	3,17*** 1,52...4,83	0,84 -0,07...1,75
Psy B ²	1,16 0,88...1,53	1,35 0,89...2,04	2,72** 0,70...4,74	0,53 -0,58...1,64
Alter	0,93 0,75...1,16	0,72 0,51...1,00	-1,52 -3,05...0,02	-0,56 -1,40...0,29
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,74...1,11	0,85 0,62...1,18	-1,71* -3,14...-0,27	-0,25 -1,04...0,54

Komorbidität ³	0,99 0,95...1,04	0,90** 0,83...0,97	-0,21 -0,53...0,11	-0,18* -0,36...-0,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,55...1,09	0,32* 0,13...0,76	3,46** 1,15...5,78	-0,78 -2,05...0,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,06 0,87...1,31	1,89*** 1,37...2,60	0,88 -0,54...2,30	1,34** 0,56...2,12
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,15*** 0,11...0,20	1,13 0,80...1,59	-6,61*** -8,19...-5,04	1,27** 0,41...2,14

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 158: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,98 0,61...1,59	1,13 0,55...2,30	-4,47 -12,32...3,38	0,98 -1,54...3,49
DID Jahr 2	1,07 0,64...1,81	1,96 0,82...4,68	-0,70 -8,56...7,15	1,31 -1,20...3,83
DID Jahr 3	0,94 0,55...1,59	1,84 0,74...4,59	-0,13 -7,99...7,72	0,80 -1,72...3,31
DID Jahr 4	0,92 0,53...1,59	5,80* 1,49...22,53	0,45 -7,40...8,30	0,40 -2,12...2,91
DID Jahr 1-4	—	—	-1,21 -7,46...5,04	0,87 -1,13...2,87
Gruppe	1,21 0,86...1,71	0,92 0,53...1,60	0,05 -5,52...5,61	0,49 -1,29...2,27
Jahr 1	1,35 0,96...1,89	1,60 0,96...2,67	3,86 -1,66...9,38	0,88 -0,89...2,64
Jahr 2	0,36*** 0,25...0,53	0,47* 0,24...0,92	-9,24** -14,76...-3,72	-1,77* -3,54...-0,01
Jahr 3	0,35*** 0,24...0,52	0,40* 0,20...0,81	-10,28*** -15,80...-4,76	-2,10* -3,87...-0,33
Jahr 4	0,27*** 0,18...0,40	0,10*** 0,03...0,32	-11,03*** -16,55...-5,51	-2,64** -4,41...-0,87
Indexgruppe 6 (F10)	2,48*** 1,95...3,15	0,86 0,57...1,30	3,83* 0,07...7,58	-1,70** -2,90...-0,50
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,23*** 1,72...2,88	0,71 0,47...1,09	16,30*** 12,53...20,06	-1,75** -2,95...-0,54
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,90...1,42	1,17 0,84...1,65	3,87* 0,64...7,10	0,68 -0,35...1,72
Psy A ¹	1,16 0,88...1,52	1,03 0,65...1,63	4,85* 0,78...8,93	0,60 -0,71...1,90
Psy B ²	0,99 0,80...1,22	1,56** 1,12...2,16	-0,28 -3,37...2,80	1,45** 0,46...2,43
Alter	0,83* 0,69...1,00	0,89 0,67...1,18	-1,51 -4,24...1,22	-0,55 -1,43...0,32
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,84...1,20	1,12 0,84...1,50	-0,28 -2,95...2,40	-0,04 -0,89...0,82
Komorbidität ³	1,02 0,98...1,06	0,96 0,91...1,02	0,16 -0,38...0,70	-0,10 -0,28...0,07

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,39** 1,09...1,78	0,20*** 0,10...0,42	5,96** 2,26...9,66	-2,23*** -3,42...-1,05
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,52*** 2,09...3,03	2,49*** 1,81...3,42	12,85*** 10,23...15,48	2,44*** 1,60...3,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,17...0,25	0,50*** 0,37...0,68	-13,38*** -16,29...-10,48	-1,21* -2,14...-0,28

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 159: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	2,19** 0,66...3,72	-0,44 -1,57...0,69	-0,16 -3,31...3,00
DID Jahr 2	0,76 -0,78...2,29	-0,36 -1,49...0,78	-1,07 -4,23...2,08
DID Jahr 3	0,54 -0,99...2,08	-1,10 -2,23...0,04	-1,08 -4,24...2,07
DID Jahr 4	0,41 -1,12...1,94	-0,53 -1,67...0,60	-1,54 -4,69...1,62
Gruppe	-0,01 -1,09...1,08	0,05 -0,75...0,86	0,53 -1,70...2,76
Jahr 1	2,79*** 1,71...3,87	1,38** 0,57...2,18	1,38 -0,85...3,61
Jahr 2	1,54** 0,46...2,63	0,44 -0,37...1,24	-0,35 -2,58...1,88
Jahr 3	1,20* 0,12...2,29	0,44 -0,36...1,24	-0,76 -2,99...1,47
Jahr 4	0,74 -0,35...1,82	-0,26 -1,06...0,54	-0,37 -2,60...1,86
Indexgruppe 6 (F10)	0,31 -0,34...0,95	-1,22*** -1,69...-0,74	0,32 -1,00...1,65
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,41 -0,97...0,15	1,35*** 0,93...1,76	0,47 -0,68...1,63
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,86* -1,65...-0,07	-0,06 -0,64...0,53	-0,85 -2,47...0,77
Psy A ¹	0,81** 0,22...1,41	1,35*** 0,91...1,79	2,63*** 1,42...3,86
Psy B ²	1,06** 0,33...1,78	1,51*** 0,97...2,04	2,51** 1,02...4,00
Alter	0,43 -0,12...0,98	-1,09*** -1,49...-0,68	2,26*** 1,13...3,40
Geschlecht (m vs. w)	-0,04 -0,55...0,48	0,49* 0,11...0,87	-0,15 -1,21...0,91
Komorbidität ³	-0,05 -0,16...0,07	-0,18*** -0,26...-0,09	0,79*** 0,56...1,03

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 -0,83...0,83	-0,27 -0,89...0,34	1,91* 0,20...3,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,54* 0,03...1,05	0,81*** 0,43...1,18	-1,35* -2,40...-0,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,83*** 1,27...2,40	-0,77*** -1,19...-0,35	-0,11 -1,27...1,05

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 160: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,02 -2,97...2,93	-0,70 -1,71...0,31	-1,57 -5,94...2,79
DID Jahr 2	-1,23 -4,18...1,72	-0,59 -1,60...0,43	-1,90 -6,26...2,47
DID Jahr 3	-1,96 -4,91...0,99	-0,64 -1,65...0,37	-1,27 -5,64...3,09
DID Jahr 4	-2,08 -5,03...0,87	-0,56 -1,57...0,45	-0,73 -5,09...3,64
Gruppe	5,28*** 3,19...7,37	0,29 -0,43...1,00	-0,37 -3,46...2,73
Jahr 1	2,00 -0,07...4,08	0,18 -0,54...0,89	0,93 -2,13...4,00
Jahr 2	-0,19 -2,27...1,88	0,09 -0,62...0,80	0,18 -2,88...3,25
Jahr 3	-1,10 -3,17...0,97	-0,22 -0,93...0,49	-0,91 -3,98...2,16
Jahr 4	-1,23 -3,31...0,84	-0,39 -1,10...0,32	-1,47 -4,53...1,60
Indexgruppe 6 (F10)	1,08 -0,33...2,50	-1,15*** -1,63...-0,66	-0,38 -2,47...1,71
Indexgruppe 7 (F20-F29)	4,09*** 2,67...5,50	-0,73** -1,22...-0,25	-1,46 -3,55...0,64
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,82** 0,61...3,04	0,81*** 0,40...1,23	1,41 -0,39...3,20
Psy A ¹	-0,96 -2,49...0,57	0,63* 0,11...1,16	-1,25 -3,51...1,02
Psy B ²	2,02** 0,86...3,18	0,94*** 0,54...1,33	5,70*** 3,98...7,41
Alter	2,15*** 1,13...3,18	-0,91*** -1,26...-0,56	1,20 -0,32...2,72
Geschlecht (m vs. w)	0,92 -0,09...1,92	0,15 -0,19...0,50	2,75*** 1,27...4,24
Komorbidität ³	-0,30** -0,50...-0,09	-0,08* -0,15...-0,01	0,93*** 0,63...1,23

Pflegestufe (nein vs. ja)	-2,40** -3,79...-1,01	0,25 -0,23...0,72	5,72*** 3,66...7,77
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,39 -1,38...0,60	0,57** 0,23...0,91	0,67 -0,79...2,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,03*** 3,94...6,12	-1,68*** -2,06...-1,31	-4,43*** -6,04...-2,82

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 161: Prädiktoren 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	1,32 0,93...1,87	1,10 0,80...1,52	1,02 0,73...1,43
Indexgruppe 6 (F10)	0,41*** 0,25...0,66	0,43*** 0,29...0,66	0,34*** 0,22...0,51
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,36 0,92...2,01	1,59* 1,10...2,28	1,65* 1,13...2,42
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,73 0,37...1,45	1,52 0,81...2,83	1,49 0,74...3,01
Psy A ¹	1,26 0,82...1,93	1,42 0,97...2,10	1,61* 1,08...2,41
Psy B ²	1,59 1,00...2,54	1,79* 1,14...2,81	1,60 0,98...2,59
Alter	1,17 0,80...1,72	1,00 0,71...1,43	0,75 0,52...1,09
Geschlecht (m vs. w)	1,53* 1,06...2,21	1,16 0,83...1,63	1,31 0,92...1,85
Komorbidität ³	0,85*** 0,78...0,93	0,86** 0,79...0,94	0,92* 0,85...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,32 0,76...2,30	0,78 0,44...1,39	0,64 0,36...1,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23 0,85...1,78	1,25 0,89...1,75	1,14 0,80...1,63
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,62...1,61	1,91** 1,24...2,95	1,54 0,95...2,49

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 162: 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	1,71 0,69...4,26	1,66 0,70...3,95	1,31 0,51...3,39
Indexgruppe 6 (F10)	0,63 0,23...1,74	0,37* 0,14...0,97	0,24** 0,09...0,69
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,45 0,86...6,94	1,44 0,53...3,89	2,02 0,65...6,23
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,37 0,05...2,98	0,34 0,05...2,43	0,28 0,03...2,29
Psy A ¹	0,88 0,29...2,71	1,30 0,45...3,75	0,96 0,31...2,96
Psy B ²	2,15 0,80...5,76	1,67 0,65...4,31	2,67 0,85...8,39
Alter	1,19 0,50...2,84	0,92 0,39...2,19	0,63 0,24...1,61
Geschlecht (m vs. w)	0,45 0,20...1,04	0,64 0,29...1,41	0,74 0,29...1,86
Komorbidität ³	0,86 0,68...1,09	0,88 0,70...1,10	0,90 0,71...1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,47 0,25...8,63	1,10 0,17...7,00	1,24 0,17...8,83
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,40...2,45	1,37 0,57...3,33	2,28 0,87...6,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,59 0,58...4,33	1,60 0,55...4,70	0,92 0,27...3,10

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 163: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,91 0,32...2,61	0,98 0,35...2,73	0,98 0,35...2,72
Indexgruppe 6 (F10)	0,43 0,12...1,59	0,30 0,09...1,06	0,26* 0,08...0,85
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,14 0,30...4,26	1,34 0,41...4,43	1,39 0,42...4,57
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,00 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Psy A ¹	1,60 0,40...6,34	4,47* 1,23...16,24	2,26 0,68...7,47
Psy B ²	1,62 0,49...5,38	2,27 0,70...7,32	2,01 0,53...7,59
Alter	0,42 0,12...1,41	0,47 0,15...1,44	0,44 0,14...1,38
Geschlecht (m vs. w)	1,26 0,43...3,76	0,90 0,33...2,48	1,22 0,44...3,37
Komorbidität ³	1,11 0,85...1,46	1,07 0,83...1,37	1,02 0,79...1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,27 0,31...16,60	0,44 0,06...3,18	0,37 0,04...3,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,89 0,63...5,74	0,81 0,29...2,25	0,61 0,21...1,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,22...3,46	0,55 0,13...2,27	1,00 0,25...3,98

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 164: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,59 0,11...3,16	0,03* 0,00...0,50	0,55 0,09...3,45
Indexgruppe 6 (F10)	0,16 0,02...1,62	0,02* 0,00...0,43	0,16 0,02...1,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,06 0,42...22,24	5,16 0,55...48,88	7,10 0,87...57,75
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,00 0,00...INF	0,56 0,01...33,38	>100 0,00...INF
Psy A ¹	0,41 0,02...7,38	0,24 0,01...8,48	0,77 0,07...8,31
Psy B ²	0,72 0,06...9,08	6,91 0,30...157,25	1,63 0,10...27,30
Alter	0,41 0,06...2,76	2,27 0,25...20,85	1,67 0,25...11,26
Geschlecht (m vs. w)	19,34* 1,81...206,59	35,43* 2,17...579,78	2,19 0,30...16,02
Komorbidität ³	1,40 0,84...2,34	0,44* 0,21...0,93	0,53 0,28...1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	6,87 0,39...119,62	>100 ** 5,07...INF	8,24 0,30...223,50
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,55 0,21...11,43	2,85 0,32...25,80	2,22 0,33...15,12
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,49 0,47...13,23	16,55* 1,20...228,58	1,63 0,25...10,62

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 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,19 0,80...1,78	1,22 0,82...1,81	1,04 0,63...1,69
Indexgruppe 6 (F10)	1,00 0,58...1,74	0,60 0,35...1,02	0,47* 0,24...0,90
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,70 0,92...3,14	2,26** 1,22...4,17	2,25* 1,03...4,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,59 0,93...2,71	1,82* 1,08...3,06	1,76 0,90...3,44
Psy A ¹	3,73*** 1,85...7,54	2,41** 1,34...4,36	2,67** 1,34...5,29
Psy B ²	0,74 0,46...1,17	0,76 0,47...1,23	1,12 0,62...2,03
Alter	1,19 0,77...1,83	0,88 0,58...1,35	0,87 0,51...1,47
Geschlecht (m vs. w)	1,55* 1,02...2,35	0,95 0,62...1,44	0,95 0,57...1,59
Komorbidität ³	1,05 0,97...1,14	1,04 0,96...1,13	1,09 0,98...1,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,68 0,37...1,27	0,52* 0,29...0,93	1,11 0,52...2,36
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,97 0,63...1,49	0,84 0,56...1,27	0,98 0,59...1,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,64* 1,05...2,57	3,41*** 2,11...5,51	5,66*** 2,68...11,93

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,47 0,83...2,62	1,48 0,78...2,79	1,02 0,42...2,46
Indexgruppe 6 (F10)	0,23*** 0,11...0,50	0,21** 0,09...0,52	0,17** 0,05...0,57
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,92 0,43...2,00	1,05 0,42...2,64	0,77 0,22...2,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,49...2,02	1,62 0,70...3,73	2,11 0,65...6,81
Psy A ¹	1,52 0,56...4,10	2,19 0,81...5,95	2,92 0,82...10,31
Psy B ²	1,53 0,74...3,18	2,34* 1,05...5,21	3,58* 1,28...10,00
Alter	1,14 0,61...2,13	2,10* 1,04...4,21	8,55*** 2,75...26,52
Geschlecht (m vs. w)	0,31*** 0,17...0,59	0,25*** 0,12...0,53	0,27* 0,10...0,74
Komorbidität ³	1,01 0,89...1,15	0,97 0,84...1,11	0,94 0,75...1,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,59 0,27...1,29	0,51 0,21...1,22	0,67 0,16...2,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,63 0,83...3,23	1,82 0,90...3,69	2,05 0,86...4,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,39 0,74...2,59	2,48* 1,22...5,05	3,59* 1,25...10,34

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,03 0,55...1,91	0,93 0,49...1,77	1,51 0,62...3,68
Indexgruppe 6 (F10)	0,55 0,26...1,18	0,31** 0,14...0,66	0,56 0,18...1,72
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,04 0,44...2,48	1,34 0,55...3,27	4,61* 1,22...17,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,28 0,63...2,61	0,82 0,38...1,78	2,75 0,90...8,37
Psy A ¹	1,21 0,45...3,22	4,71** 1,73...12,86	5,99* 1,37...26,22
Psy B ²	0,63 0,28...1,42	0,61 0,27...1,37	0,77 0,26...2,34
Alter	1,05 0,55...2,00	2,15* 1,07...4,29	3,32* 1,22...9,01
Geschlecht (m vs. w)	1,24 0,67...2,32	0,51* 0,26...0,99	0,32* 0,12...0,87
Komorbidität ³	1,03 0,91...1,18	1,04 0,91...1,20	1,09 0,88...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,45 0,65...3,23	1,11 0,48...2,58	1,21 0,31...4,74
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,89 0,45...1,79	1,05 0,53...2,09	0,58 0,21...1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,54*** 2,28...9,03	3,36** 1,64...6,87	12,60*** 4,07...39,01

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 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,02 0,50...2,09	1,69 0,74...3,89	1,39 0,48...4,07
Indexgruppe 6 (F10)	0,30** 0,13...0,69	0,45 0,18...1,14	0,09*** 0,02...0,33
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,67 0,68...4,09	4,13* 1,37...12,51	3,45 0,70...17,16
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,27 0,53...3,06	3,71** 1,41...9,74	2,48 0,65...9,48
Psy A ¹	2,25 0,59...8,67	5,21* 1,37...19,78	5,49* 1,01...29,97
Psy B ²	1,77 0,75...4,21	1,07 0,40...2,87	0,34 0,08...1,58
Alter	0,67 0,33...1,38	1,57 0,65...3,81	1,08 0,36...3,22
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,43...1,75	1,40 0,61...3,21	1,21 0,39...3,81
Komorbidität ³	0,92 0,79...1,06	0,90 0,76...1,06	0,93 0,75...1,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,66 0,27...1,64	1,60 0,54...4,74	1,67 0,37...7,50
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,61* 1,19...5,72	1,98 0,83...4,76	3,99* 1,29...12,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,96 0,96...4,02	1,88 0,76...4,65	0,87 0,28...2,71

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 169: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 170: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 171: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 172: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,02 -0,19...0,22	-4,71 -22,07...12,65
DID Jahr 2	-0,11 -0,32...0,10	-6,24 -23,59...11,12
DID Jahr 3	-0,04 -0,24...0,17	-4,10 -21,46...13,26
DID Jahr 4	-0,03 -0,24...0,17	-0,64 -18,00...16,72
DID Jahr 1-4	—	-3,92 -18,65...10,81
Gruppe	-0,03 -0,18...0,12	-0,60 -12,89...11,68
Jahr 1	0,55*** 0,41...0,70	63,31*** 51,26...75,35
Jahr 2	-0,16* -0,30...-0,01	0,11 -11,94...12,16
Jahr 3	-0,30*** -0,44...-0,15	-7,48 -19,53...4,57
Jahr 4	-0,34*** -0,49...-0,20	-13,23* -25,28...-1,18
Indexgruppe 6 (F10)	0,13** 0,03...0,22	-9,67* -17,48...-1,86
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,09* 0,01...0,17	13,98*** 7,42...20,55
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,22*** -0,33...-0,11	-12,50** -21,83...-3,17
Psy A ¹	0,13** 0,05...0,21	7,22* 0,69...13,75
Psy B ²	0,08 -0,03...0,18	0,36 -8,46...9,16
Alter	0,01 -0,06...0,08	12,17*** 6,33...18,01
Geschlecht (m vs. w)	-0,03 -0,10...0,04	-2,99 -8,87...2,88
Komorbidität ³	-0,05*** -0,07...-0,03	-0,91 -2,48...0,66

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,18 -0,05...0,40	-0,94 -19,86...17,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,01 -0,08...0,07	0,31 -6,02...6,65

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 174: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,03 -0,40...0,33	-8,03 -29,30...13,24
DID Jahr 2	-0,03 -0,40...0,33	-5,64 -26,91...15,63
DID Jahr 3	0,01 -0,36...0,37	5,38 -15,89...26,65
DID Jahr 4	0,03 -0,33...0,40	10,36 -10,91...31,63
DID Jahr 1-4	—	0,52 -16,51...17,55
Gruppe	-0,01 -0,27...0,25	-7,88 -22,96...7,21
Jahr 1	0,18 -0,07...0,43	9,89 -4,72...24,49
Jahr 2	-0,23 -0,48...0,02	-15,90* -30,50...-1,29
Jahr 3	-0,25 -0,50...0,00	-23,13** -37,74...-8,52
Jahr 4	-0,53*** -0,78...-0,28	-33,84*** -48,45...-19,24
Indexgruppe 6 (F10)	0,46*** 0,27...0,64	-8,04 -18,83...2,74
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,02 -0,15...0,20	5,60 -4,62...15,81
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,06 -0,21...0,10	7,83 -1,04...16,70
Psy A ¹	0,11 -0,07...0,29	11,39* 0,75...22,02
Psy B ²	0,10 -0,04...0,24	-2,57 -10,74...5,60
Alter	-0,16** -0,28...-0,04	3,69 -3,42...10,80
Geschlecht (m vs. w)	-0,07 -0,19...0,06	-0,55 -7,78...6,69
Komorbidity ³	0,02 -0,01...0,06	1,14 -0,80...3,07

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,04 -0,30...0,22	-21,82** -37,00...-6,64
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,63*** -0,77...-0,49	-19,24*** -27,28...-11,19

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 177: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,53...0,36
DID Jahr 2	-0,17 -0,62...0,28
DID Jahr 3	-0,22 -0,67...0,23
DID Jahr 4	-0,33 -0,78...0,12
Gruppe	0,30 -0,01...0,62
Jahr 1	0,63*** 0,31...0,95
Jahr 2	-0,10 -0,42...0,22
Jahr 3	-0,18 -0,50...0,14
Jahr 4	-0,26 -0,58...0,06
Indexgruppe 6 (F10)	0,66*** 0,48...0,85
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,07 -0,09...0,24
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,01 -0,24...0,22
Psy A ¹	0,38*** 0,21...0,56
Psy B ²	0,45*** 0,23...0,66
Alter	1,46*** 1,31...1,61
Geschlecht (m vs. w)	0,13 -0,02...0,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87*** 0,64...1,11
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,22** 0,07...0,37

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,04 -0,21...0,13
------------------------------	-----------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 178: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,00 -0,51...0,51
DID Jahr 2	0,28 -0,23...0,79
DID Jahr 3	-0,01 -0,52...0,50
DID Jahr 4	0,06 -0,45...0,57
Gruppe	-0,08 -0,44...0,29
Jahr 1	0,06 -0,30...0,42
Jahr 2	-0,26 -0,62...0,10
Jahr 3	-0,34 -0,70...0,02
Jahr 4	-0,60** -0,96...-0,24
Indexgruppe 6 (F10)	1,41*** 1,16...1,65
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,05 -0,29...0,20
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,48*** 0,27...0,69
Psy A ¹	0,28* 0,01...0,54
Psy B ²	0,61*** 0,41...0,81
Alter	1,21*** 1,04...1,38
Geschlecht (m vs. w)	0,15 -0,03...0,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,62*** 0,38...0,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,37*** 0,20...0,54

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,03 -0,22...0,16
------------------------------	-----------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 179: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,08 0,74...1,57
Psy A ¹	0,49** 0,30...0,80
Psy B ²	0,97 0,52...1,82
Alter	4,63*** 2,55...8,41
Geschlecht (m vs. w)	0,74 0,51...1,07
Komorbidität ³	1,20*** 1,13...1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,36*** 1,56...3,56
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,75 0,50...1,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,27 0,86...1,87

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 180: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,03 0,66...1,60
Psy A ¹	0,68 0,37...1,25
Psy B ²	0,75 0,45...1,27
Alter	2,49** 1,32...4,68
Geschlecht (m vs. w)	0,66 0,42...1,02
Komorbidität ³	1,26*** 1,17...1,37
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,67*** 1,66...4,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,70...1,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,60...1,55

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 181: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,02 0,64...1,61	0,72 0,36...1,45	1,18 0,81...1,73
Psy A ¹	1,95** 1,20...3,17	0,87 0,39...1,92	0,89 0,56...1,41
Psy B ²	0,26** 0,11...0,62	1,15 0,44...3,00	1,19 0,66...2,13
Alter	2,01** 1,23...3,29	0,79 0,37...1,69	0,89 0,58...1,35
Geschlecht (m vs. w)	1,30 0,82...2,08	1,15 0,56...2,35	0,46*** 0,31...0,68
Komorbidität ³	0,82** 0,72...0,94	1,10 0,95...1,27	0,93 0,83...1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,24...2,78	1,28 0,35...4,68	0,65 0,28...1,54
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,57 0,98...2,50	1,67 0,77...3,63	1,08 0,73...1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,85 0,53...1,37	0,52 0,24...1,12	0,49** 0,32...0,75

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,71 0,70...4,19	0,24** 0,09...0,66	0,60 0,36...1,01
Psy A ¹	0,16 0,02...1,41	3,86 0,81...18,33	1,20 0,44...3,25
Psy B ²	12,33* 1,60...94,83	0,97 0,41...2,28	0,96 0,55...1,67
Alter	2,54 0,89...7,22	0,80 0,33...1,93	0,75 0,44...1,27
Geschlecht (m vs. w)	0,62 0,26...1,46	0,93 0,39...2,18	0,85 0,50...1,43
Komorbidität ³	0,95 0,81...1,10	0,94 0,77...1,15	0,98 0,86...1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,52 0,42...5,56	1,02 0,13...8,16	0,52 0,19...1,46
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,52...3,13	1,49 0,62...3,56	0,94 0,56...1,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,32...2,14	0,63 0,26...1,50	0,69 0,38...1,24

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 183: Prädiktoren 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 184: 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	0,03 -0,05...0,10	5,72 -16,46...27,90	0,02 -0,05...0,08	4,33 -17,14...25,80
Psy B ²	-0,03 -0,11...0,05	-10,09 -33,06...12,88	-0,02 -0,09...0,04	-9,59 -31,82...12,64
Alter	0,08 -0,01...0,16	20,44 -3,50...44,39	0,04 -0,03...0,11	15,25 -7,93...38,43
Geschlecht (m vs. w)	-0,13** -0,20...-0,05	-35,83** -58,37...-13,29	-0,10** -0,16...-0,03	-32,08** -53,90...-10,27
Komorbidität ³	0,02* 0,00...0,03	4,24 -0,57...9,05	0,01 0,00...0,03	3,65 -1,01...8,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,07 -0,06...0,19	21,77 -15,76...59,31	0,05 -0,06...0,16	19,90 -16,43...56,23

Tabelle 185: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,07 0,88...1,30	18,54* 1,93...35,15
Psy A ¹	1,24 0,98...1,57	-0,92 -21,32...19,48
Psy B ²	1,42* 1,08...1,86	17,41 -4,87...39,68
Alter	0,81 0,66...1,01	10,58 -7,06...28,22
Geschlecht (m vs. w)	0,85 0,70...1,04	-25,68** -43,04...-8,32
Komorbidität ³	1,04 1,00...1,09	0,38 -3,36...4,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,85...1,62	-26,48 -52,90...-0,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28* 1,04...1,56	2,58 -14,48...19,64
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,18 0,88...1,58	3,45 -20,60...27,50

Tabelle 186: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,80 0,63...1,01	kf	0,90 0,35...2,33	0,42 0,10...1,86	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,67*** 1,29...2,16	kf	0,87 0,30...2,57	1,73 0,25...11,82	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,48** 1,16...1,88	kf	1,41 0,52...3,79	2,17 0,47...10,01	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 0,96...1,06	kf	1,20 0,93...1,56	1,13 0,76...1,68	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,10 0,72...1,69	kf	2,38 0,49...11,47	1,43 0,12...16,61	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,40** 1,10...1,77	kf	2,11 0,66...6,73	5,02 0,59...43,10	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,67** 0,53...0,85	kf	0,57 0,20...1,63	>100 0,00...INF	kf

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

Tabelle 187: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,40 0,98...2,00	0,92 0,32...2,65	-4,71*** -7,34...-2,09	3,15*** 1,55...4,74
DID Jahr 2	1,37 0,93...2,00	0,87 0,28...2,74	0,47 -2,16...3,09	0,00 -1,60...1,60
Gruppe	0,74* 0,56...0,99	1,53 0,54...4,33	-0,11 -1,97...1,75	0,10 -1,03...1,23
Jahr 1	57,32*** 43,85...74,93	44,10*** 19,44...100,05	23,18*** 21,32...25,04	6,69*** 5,56...7,82
Jahr 2	1,28 0,99...1,67	5,17*** 2,14...12,49	1,95* 0,09...3,81	0,92 -0,21...2,05
Indexgruppe 6 (F10)	2,47*** 2,04...3,00	0,88 0,66...1,17	-0,13 -1,63...1,37	-1,16* -2,07...-0,25
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,23*** 1,73...2,88	0,99 0,67...1,48	13,20*** 11,17...15,23	-0,41 -1,64...0,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,89...1,25	2,75*** 2,19...3,45	4,01*** 2,75...5,27	3,63*** 2,87...4,40
Psy A ¹	1,35** 1,13...1,60	1,49** 1,19...1,87	2,96*** 1,66...4,26	1,12** 0,33...1,92
Psy B ²	1,06 0,87...1,31	1,17 0,91...1,52	1,18 -0,41...2,78	0,95 -0,02...1,92
Alter	0,78** 0,67...0,92	0,68*** 0,55...0,84	-1,48* -2,68...-0,28	-0,69 -1,42...0,05
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,84...1,13	0,97 0,79...1,19	0,32 -0,82...1,47	0,17 -0,53...0,86
Komorbidität ³	1,05** 1,02...1,08	0,93** 0,89...0,98	0,18 -0,05...0,41	-0,24** -0,38...-0,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,89 0,70...1,14	0,33*** 0,20...0,55	2,23* 0,41...4,04	-1,45* -2,56...-0,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,29** 1,12...1,50	1,67*** 1,37...2,03	2,62*** 1,51...3,73	1,93*** 1,25...2,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,06*** 0,05...0,07	0,75** 0,60...0,93	-8,59*** -9,79...-7,39	0,16 -0,57...0,89

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 188: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,55*** 0,78...2,31	0,04 -0,93...1,01	-0,48 -2,32...1,37
DID Jahr 2	0,53 -0,24...1,30	-0,10 -1,07...0,87	-1,85 -3,69...0,00
Gruppe	-0,03 -0,57...0,52	0,07 -0,62...0,76	1,25 -0,06...2,56
Jahr 1	2,65*** 2,11...3,20	1,24*** 0,55...1,93	1,61* 0,30...2,91
Jahr 2	1,21*** 0,67...1,76	0,61 -0,07...1,30	0,56 -0,74...1,87
Indexgruppe 6 (F10)	0,41 -0,02...0,85	-0,50 -1,05...0,06	-0,43 -1,48...0,63
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,25*** 1,66...2,85	-0,23 -0,98...0,52	1,00 -0,43...2,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,49** 0,12...0,86	1,50*** 1,04...1,97	0,54 -0,35...1,42
Psy A ¹	0,36 -0,02...0,74	1,91*** 1,43...2,39	1,62** 0,71...2,54
Psy B ²	0,33 -0,13...0,80	1,99*** 1,40...2,58	5,14*** 4,02...6,26
Alter	0,32 -0,03...0,67	-1,40*** -1,84...-0,95	0,51 -0,34...1,35
Geschlecht (m vs. w)	0,17 -0,17...0,50	-0,09 -0,51...0,34	-0,53 -1,33...0,28
Komorbidität ³	0,01 -0,06...0,08	-0,21*** -0,29...-0,12	0,98*** 0,82...1,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,12 -0,65...0,41	0,65 -0,02...1,32	8,13*** 6,86...9,41
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,26 -0,06...0,59	1,00*** 0,59...1,41	0,37 -0,42...1,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,87*** 1,52...2,22	-0,24 -0,69...0,20	-0,54 -1,38...0,31

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 189: Prädiktoren 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	1,19 0,97...1,45	1,09 0,91...1,31	0,88 0,72...1,06
Indexgruppe 6 (F10)	0,75 0,56...1,01	0,54*** 0,42...0,69	0,45*** 0,35...0,57
Indexgruppe 7 (F20-F29)	3,64*** 2,61...5,08	3,20*** 2,34...4,39	2,96*** 2,11...4,16
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,21*** 1,70...2,87	2,10*** 1,67...2,63	2,18*** 1,73...2,75
Psy A ¹	1,31* 1,03...1,68	1,65*** 1,32...2,05	1,72*** 1,37...2,16
Psy B ²	0,97 0,74...1,27	1,00 0,78...1,28	1,03 0,79...1,35
Alter	1,09 0,88...1,36	0,91 0,74...1,11	0,80* 0,65...0,98
Geschlecht (m vs. w)	1,31* 1,06...1,63	1,04 0,86...1,26	1,20 0,98...1,47
Komorbidität ³	0,91*** 0,87...0,96	0,93** 0,89...0,97	0,99 0,95...1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69* 0,47...1,00	0,58** 0,41...0,82	0,47*** 0,33...0,66
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,94...1,44	1,21* 1,00...1,47	1,18 0,97...1,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,28 0,97...1,68	1,69*** 1,31...2,17	1,85*** 1,41...2,44

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 190: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,01 0,63...1,64	1,03 0,66...1,59	0,90 0,56...1,45
Indexgruppe 6 (F10)	0,61 0,31...1,21	0,79 0,43...1,45	0,53 0,28...1,02
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,80 0,81...3,99	3,12** 1,49...6,51	3,65** 1,61...8,30
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40 0,71...2,77	1,51 0,82...2,81	2,05* 1,05...3,98
Psy A ¹	1,15 0,63...2,10	2,18** 1,28...3,73	1,91* 1,07...3,40
Psy B ²	1,12 0,61...2,06	0,90 0,52...1,56	1,13 0,60...2,13
Alter	1,02 0,60...1,73	0,72 0,45...1,16	0,78 0,46...1,32
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,54...1,45	0,81 0,52...1,27	1,16 0,71...1,89
Komorbidität ³	0,92 0,81...1,03	1,00 0,91...1,11	1,00 0,90...1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,53 0,18...1,57	0,24** 0,09...0,69	0,35* 0,13...0,96
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,60...1,61	1,02 0,65...1,59	1,10 0,68...1,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,45...1,69	1,38 0,76...2,52	1,30 0,68...2,48

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 191: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 192: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 193: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,07 -0,07...0,20	-0,73 -11,47...10,01
DID Jahr 2	0,04 -0,09...0,17	-1,20 -11,95...9,54
Gruppe	-0,06 -0,16...0,03	-2,11 -9,71...5,49
Jahr 1	0,54*** 0,45...0,64	61,88*** 54,42...69,35
Jahr 2	-0,21*** -0,30...-0,12	1,04 -6,42...8,50
Indexgruppe 6 (F10)	0,24*** 0,16...0,32	-7,66* -13,93...-1,40
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,17** 0,06...0,28	11,15* 2,18...20,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,12*** 0,05...0,19	21,82*** 16,50...27,13
Psy A ¹	0,15*** 0,09...0,22	9,59*** 4,38...14,80
Psy B ²	0,11* 0,02...0,19	10,61** 3,75...17,47
Alter	-0,06* -0,12...-0,01	11,01*** 6,41...15,60
Geschlecht (m vs. w)	0,02 -0,04...0,08	-1,12 -5,83...3,60
Komorbidität ³	-0,02* -0,03...0,00	-1,09 -2,34...0,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,01 -0,18...0,15	-19,84** -33,16...-6,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,18*** -0,24...-0,12	-6,47* -11,50...-1,45

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 195: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,35...0,18
DID Jahr 2	-0,24 -0,50...0,02
Gruppe	0,31** 0,13...0,50
Jahr 1	0,68*** 0,50...0,87
Jahr 2	-0,05 -0,23...0,14
Indexgruppe 6 (F10)	0,47*** 0,32...0,62
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,11 -0,31...0,10
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,06 -0,07...0,18
Psy A ¹	0,31*** 0,18...0,44
Psy B ²	0,53*** 0,37...0,69
Alter	1,77*** 1,66...1,89
Geschlecht (m vs. w)	0,14* 0,03...0,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,49*** 1,31...1,67
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,52*** 0,41...0,63
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01 -0,11...0,13

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 196: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,42* 1,08...1,85
Psy A ¹	0,44*** 0,31...0,63
Psy B ²	0,69 0,43...1,12
Alter	5,80*** 3,58...9,38
Geschlecht (m vs. w)	0,63** 0,48...0,83
Komorbidität ³	1,20*** 1,15...1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,18*** 1,63...2,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,70* 0,53...0,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,07 0,81...1,41

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 197: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,32* 1,01...1,73	0,65 0,40...1,07	0,91 0,73...1,12
Psy A ¹	1,36* 1,02...1,81	1,27 0,72...2,23	0,79 0,60...1,03
Psy B ²	0,47** 0,31...0,73	1,25 0,66...2,35	0,84 0,58...1,22
Alter	1,42* 1,06...1,90	1,27 0,74...2,15	0,87 0,69...1,10
Geschlecht (m vs. w)	1,73*** 1,30...2,30	1,02 0,62...1,67	0,66** 0,52...0,83
Komorbidität ³	0,97 0,91...1,03	1,01 0,90...1,12	1,00 0,95...1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,96 0,54...1,72	0,65 0,22...1,93	0,79 0,45...1,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,36* 1,03...1,79	1,15 0,70...1,90	0,86 0,69...1,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,71* 0,54...0,94	0,77 0,46...1,27	0,58*** 0,45...0,75

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 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 199: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	402	400	375	358	345	396	403	375	365	354
Mittelwert	4.673,95 €	4.161,07 €	3.265,47 €	2.977,07 €	3.107,50 €	3.394,69 €	3.040,10 €	2.701,78 €	2.958,91 €	2.562,55 €
Standardabweichung	9.531 €	10.175 €	7.410 €	7.373 €	7.355 €	6.949 €	7.762 €	6.886 €	7.907 €	4.884 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	308,79 €	239,29 €	267,55 €	290,30 €	263,35 €	279,09 €	251,70 €	231,59 €	187,24 €	230,37 €
Median	1.082,54 €	955,17 €	831,80 €	718,61 €	803,85 €	764,33 €	666,09 €	705,84 €	603,47 €	659,13 €
75%-Perzentil	3.900,66 €	3.753,72 €	2.628,29 €	2.442,44 €	2.595,50 €	3.093,05 €	2.693,32 €	2.390,95 €	2.349,09 €	2.721,71 €
Maximum	73.214 €	87.683 €	56.345 €	73.591 €	66.717 €	60.330 €	100.437 €	82.253 €	82.714 €	36.236 €

Tabelle 200: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	356	356	335	323	306	364	364	348	331	325
Mittelwert	4.446,60 €	4.210,94 €	4.490,29 €	4.667,92 €	5.027,44 €	3.433,40 €	2.873,42 €	4.251,92 €	3.708,74 €	3.627,52 €
Standardabweichung	13.647 €	13.563 €	12.338 €	11.312 €	24.489 €	11.990 €	5.614 €	13.956 €	11.126 €	9.753 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	331,76 €	244,07 €	238,72 €	283,72 €	262,46 €	317,72 €	312,22 €	339,37 €	297,84 €	336,48 €
Median	807,39 €	887,29 €	835,34 €	819,77 €	934,00 €	866,71 €	849,97 €	837,03 €	858,62 €	815,64 €
75%-Perzentil	3.040,27 €	2.723,45 €	3.023,48 €	3.111,75 €	3.134,59 €	2.762,27 €	2.917,54 €	2.796,12 €	2.793,58 €	2.553,30 €
Maximum	176.643 €	227.991 €	118.268 €	108.354 €	412.679 €	195.638 €	54.290 €	191.590 €	110.241 €	94.036 €

Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	134	111	82	61	64	115	101	79	82	64
Mittelwert	2.640,42 €	1.618,09 €	1.259,91 €	1.301,48 €	1.164,66 €	2.154,13 €	1.698,77 €	1.389,63 €	1.570,29 €	1.121,78 €
Standardabweichung	6.825,63 €	3.938,18 €	4.285,10 €	5.497,00 €	3.800,26 €	6.044,34 €	5.912,17 €	4.846,60 €	5.855,92 €	3.579,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.961,79 €	925,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.247,51 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.280 €	33.807 €	40.342 €	70.469 €	32.734 €	58.609 €	95.327 €	47.836 €	65.086 €	34.030 €

Tabelle 202: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	95	90	83	84	69	102	93	89	73	60
Mittelwert	1.964,81 €	1.713,49 €	2.215,64 €	2.450,22 €	1.725,34 €	1.987,38 €	1.379,43 €	2.313,93 €	1.963,31 €	1.588,70 €
Standardabweichung	6.618 €	4.321 €	7.295 €	7.763 €	5.194 €	10.463 €	3.813 €	11.314 €	7.642 €	6.193 €
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	760,91 €	0,00 €	0,00 €	858,43 €	0,00 €	858,38 €	174,38 €	284,42 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	54.562 €	24.357 €	76.206 €	66.025 €	42.597 €	188.541 €	36.112 €	190.803 €	99.233 €	65.387 €

Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	59,97 €	21,72 €	1,25 €	3,07 €	0,00 €	2,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	669,74 €	384,26 €	24,40 €	58,97 €	0,00 €	32,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.325 €	7.745 €	478 €	1.133 €	0 €	563 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 204: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	1,21 €	69,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	23,11 €	1.296,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	440 €	24.329 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	50	43	32	31	34	30	23	21	17	14
Mittelwert	45,02 €	51,43 €	73,42 €	51,87 €	31,36 €	16,84 €	21,58 €	33,63 €	34,24 €	18,23 €
Standardabweichung	224,04 €	364,39 €	746,37 €	319,97 €	187,43 €	83,21 €	185,16 €	363,18 €	310,50 €	135,61 €
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	3.208 €	5.966 €	13.964 €	3.587 €	3.085 €	1.188 €	3.364 €	6.915 €	5.199 €	1.528 €

Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	37	35	37	27	24	16	27	20	19	25
Mittelwert	25,88 €	37,02 €	34,48 €	20,90 €	22,00 €	11,62 €	29,01 €	24,54 €	22,03 €	29,79 €
Standardabweichung	107,93 €	234,76 €	145,47 €	97,63 €	99,29 €	66,41 €	178,06 €	166,38 €	120,23 €	187,54 €
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	1.197,00 €	3.595,13 €	1.727,91 €	1.174,82 €	960,82 €	763,35 €	2.833,54 €	2.131,77 €	1.443,79 €	2.884,67 €

Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	392	391	368	352	335	390	392	363	348	347
Mittelwert	681,41 €	600,96 €	507,30 €	482,43 €	489,78 €	466,44 €	443,10 €	417,17 €	389,55 €	425,89 €
Standardabweichung	967,04 €	867,35 €	539,17 €	554,28 €	615,76 €	536,89 €	472,99 €	438,50 €	442,64 €	474,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	162,89 €	141,29 €	143,10 €	151,69 €	112,27 €	128,09 €	138,96 €	116,12 €	85,11 €	117,88 €
Median	378,17 €	344,96 €	345,80 €	337,20 €	305,75 €	294,02 €	292,82 €	270,44 €	245,45 €	271,01 €
75%-Perzentil	801,09 €	708,07 €	698,09 €	604,29 €	662,06 €	619,79 €	580,32 €	572,25 €	559,63 €	559,61 €
Maximum	11.637 €	8.451 €	3.878 €	5.380 €	6.897 €	5.073 €	3.390 €	2.264 €	3.587 €	2.803 €

Tabelle 208: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	352	346	327	313	294	346	355	334	317	316
Mittelwert	585,79 €	535,49 €	483,80 €	546,83 €	497,42 €	509,12 €	457,84 €	493,15 €	492,79 €	481,08 €
Standardabweichung	863,70 €	717,89 €	550,65 €	778,38 €	617,07 €	615,31 €	475,95 €	529,35 €	547,51 €	586,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	172,87 €	115,15 €	123,45 €	127,10 €	101,53 €	124,78 €	139,17 €	136,50 €	115,06 €	127,69 €
Median	349,58 €	344,46 €	287,44 €	320,18 €	288,87 €	326,50 €	305,13 €	321,84 €	332,32 €	320,71 €
75%-Perzentil	680,59 €	672,09 €	694,82 €	677,83 €	626,07 €	674,07 €	626,80 €	707,52 €	648,22 €	619,15 €
Maximum	7.666,14 €	5.806,58 €	4.951,23 €	7.775,71 €	4.075,16 €	6.425,82 €	2.993,08 €	4.914,31 €	3.669,12 €	4.322,59 €

Tabelle 209: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	360	351	321	324	309	346	351	332	309	317
Mittelwert	1.076,64 €	1.657,17 €	1.216,81 €	953,85 €	1.255,31 €	601,16 €	717,91 €	674,59 €	749,10 €	766,51 €
Standardabweichung	3.787,64 €	7.442,66 €	4.585,30 €	4.033,56 €	5.141,70 €	2.350,45 €	4.207,14 €	4.237,86 €	4.384,76 €	2.366,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	41,34 €	27,34 €	29,04 €	39,82 €	32,15 €	28,90 €	26,00 €	29,18 €	16,67 €	36,41 €
Median	119,16 €	129,53 €	140,89 €	146,91 €	185,44 €	98,77 €	104,12 €	108,51 €	90,96 €	149,20 €
75%-Perzentil	568,93 €	586,84 €	508,56 €	590,63 €	645,31 €	370,30 €	423,96 €	388,62 €	434,56 €	607,32 €
Maximum	39.472 €	78.431 €	43.926 €	51.673 €	55.297 €	40.073 €	81.536 €	80.937 €	81.507 €	31.191 €

Tabelle 210: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	314	302	291	276	275	331	326	318	298	300
Mittelwert	1.716,53 €	1.728,90 €	1.458,72 €	1.402,67 €	2.520,16 €	759,16 €	818,26 €	1.224,95 €	1.054,62 €	1.361,51 €
Standardabweichung	10.505 €	12.142 €	8.480 €	6.997 €	23.801 €	3.838 €	3.116 €	7.039 €	6.614 €	7.052 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	38,70 €	33,26 €	30,63 €	31,84 €	44,52 €	47,42 €	37,61 €	51,10 €	51,77 €	59,56 €
Median	161,97 €	136,74 €	127,68 €	132,77 €	186,50 €	156,19 €	158,97 €	181,12 €	187,43 €	224,97 €
75%-Perzentil	482,42 €	552,64 €	518,48 €	570,21 €	657,93 €	471,75 €	516,91 €	515,14 €	524,79 €	688,28 €
Maximum	171.141 €	222.013 €	115.075 €	106.781 €	411.694 €	51.558 €	43.267 €	91.484 €	104.252 €	90.431 €

Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	411	411	384	369	360	411	411	387	378	367
N mit Fall	119	114	102	93	94	115	111	100	88	83
Mittelwert	170,49 €	211,70 €	206,78 €	184,37 €	166,39 €	153,92 €	158,74 €	186,76 €	215,72 €	230,14 €
Standardabweichung	944,23 €	893,11 €	866,92 €	667,80 €	565,31 €	589,33 €	766,51 €	897,07 €	933,11 €	1.090,38 €
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	90,56 €	99,72 €	104,94 €	19,58 €	61,02 €	97,74 €	87,91 €	70,22 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.638 €	11.276 €	11.785 €	6.848 €	5.647 €	9.065 €	12.953 €	14.984 €	10.129 €	11.666 €

Tabelle 212: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	363	363	352	333	325	372	372	355	344	336
N mit Fall	118	108	100	92	90	109	97	90	83	81
Mittelwert	153,60 €	194,83 €	228,53 €	247,30 €	262,52 €	166,13 €	188,88 €	195,34 €	175,99 €	166,43 €
Standardabweichung	437,13 €	661,01 €	920,38 €	921,10 €	1.071,72 €	476,98 €	688,67 €	771,90 €	648,09 €	657,36 €
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 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	97,74 €	99,72 €	99,82 €	97,90 €	117,48 €	98,44 €	99,72 €	31,79 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.235 €	6.612 €	10.486 €	10.102 €	15.050 €	3.756 €	8.994 €	11.319 €	6.838 €	7.469 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	1.601	1.602	1.594	1.602
Mittelwert	4.488,90 €	4.769,86 €	3.108,96 €	3.043,45 €
Standardabweichung	9.660 €	14.261 €	6.794 €	8.584 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	316,85 €	256,65 €	230,49 €	227,89 €
Median	1.029,32 €	904,78 €	737,41 €	642,45 €
75%-Perzentil	3.739,36 €	3.521,97 €	2.722,45 €	2.389,02 €
Maximum	91.367 €	322.447 €	84.164 €	157.959 €

Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	511	430	430	370
Mittelwert	2.314,19 €	1.973,77 €	1.843,40 €	1.680,03 €
Standardabweichung	6.349,73 €	6.722,14 €	5.707,70 €	6.482,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.746,26 €	975,68 €	870,82 €	0,00 €
Maximum	72.979 €	143.049 €	79.030 €	141.037 €

Tabelle 215: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	17,22 €	6,99 €	7,99 €	0,73 €
Standardabweichung	339,24 €	196,04 €	234,87 €	29,38 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.325 €	7.745 €	9.331 €	1.191 €

Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	180	170	102	87
Mittelwert	39,16 €	46,38 €	18,48 €	24,61 €
Standardabweichung	197,40 €	290,23 €	109,07 €	203,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.847,99 €	5.965,89 €	2.780,00 €	5.488,60 €

Tabelle 217: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	1.570	1.568	1.556	1.551
Mittelwert	647,64 €	620,75 €	470,09 €	438,14 €
Standardabweichung	891,77 €	982,86 €	542,50 €	506,66 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	158,40 €	136,58 €	121,43 €	123,27 €
Median	388,87 €	339,02 €	304,11 €	278,80 €
75%-Perzentil	786,09 €	712,79 €	633,53 €	575,40 €
Maximum	11.637 €	10.915 €	5.102 €	4.913 €

Tabelle 218: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	1.406	1.388	1.373	1.381
Mittelwert	1.296,42 €	1.925,29 €	626,68 €	772,28 €
Standardabweichung	5.570 €	10.958 €	2.383 €	3.812 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	31,04 €	28,24 €	24,93 €	25,65 €
Median	131,65 €	149,20 €	102,93 €	109,11 €
75%-Perzentil	543,73 €	614,64 €	376,56 €	401,46 €
Maximum	81.307 €	307.102 €	40.073 €	82.030 €

Tabelle 219: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.642	1.642	1.642	1.642
N mit Fall	451	472	428	370
Mittelwert	174,28 €	196,68 €	142,33 €	127,67 €
Standardabweichung	734,66 €	764,83 €	547,94 €	607,38 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	93,17 €	106,80 €	78,32 €	0,00 €
Maximum	15.638 €	13.475 €	9.475 €	12.953 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 220: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	1.255	1.252	1.154	1.243	1.251	1.165
Mittelwert	4.433,26 €	4.431,57 €	3.528,90 €	3.118,97 €	3.101,48 €	2.874,19 €
Standardabweichung	9.574 €	11.409 €	8.773 €	6.760 €	9.005 €	7.360 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	323,36 €	252,12 €	266,09 €	237,55 €	226,16 €	214,31 €
Median	1.043,07 €	854,80 €	810,17 €	768,41 €	651,30 €	646,08 €
75%-Perzentil	3.654,13 €	3.433,71 €	2.801,50 €	2.901,70 €	2.563,06 €	2.466,29 €
Maximum	91.367 €	113.482 €	104.851 €	84.164 €	157.959 €	115.602 €

Tabelle 221: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	406	338	248	349	299	249
Mittelwert	2.177,41 €	1.816,88 €	1.409,11 €	1.871,72 €	1.764,24 €	1.583,17 €
Standardabweichung	5.843,53 €	5.755,92 €	5.015,91 €	5.723,75 €	6.943,56 €	6.099,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.658,28 €	938,56 €	0,00 €	993,89 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	67.026 €	86.505 €	61.921 €	79.030 €	141.037 €	114.345 €

Tabelle 222: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	19,79 €	7,36 €	0,40 €	2,58 €	0,00 €	1,49 €
Standardabweichung	379,52 €	217,71 €	13,79 €	50,93 €	0,00 €	51,89 €
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	10.325 €	7.745 €	478 €	1.272 €	0 €	1.811 €

Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	138	132	98	82	70	75
Mittelwert	36,15 €	44,09 €	42,06 €	18,45 €	24,32 €	48,40 €
Standardabweichung	177,62 €	282,50 €	442,06 €	111,21 €	206,19 €	395,61 €
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	3.208 €	5.966 €	13.964 €	2.780 €	5.489 €	8.185 €

Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	1.230	1.226	1.119	1.209	1.215	1.121
Mittelwert	650,71 €	619,50 €	516,14 €	475,81 €	444,83 €	419,56 €
Standardabweichung	887,49 €	986,02 €	643,44 €	551,08 €	499,90 €	471,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	161,48 €	132,03 €	127,22 €	122,63 €	130,02 €	101,53 €
Median	389,12 €	332,60 €	316,66 €	307,05 €	284,53 €	260,47 €
75%-Perzentil	789,19 €	699,91 €	674,58 €	637,76 €	587,71 €	575,19 €
Maximum	11.637 €	8.904 €	8.393 €	5.102 €	4.904 €	4.189 €

Tabelle 225: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	1.102	1.072	1.003	1.081	1.079	1.005
Mittelwert	1.393,82 €	1.761,00 €	1.385,20 €	598,45 €	733,69 €	664,94 €
Standardabweichung	6.064,74 €	7.973,77 €	6.143,67 €	2.313,67 €	3.907,47 €	3.040,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	32,75 €	26,11 €	29,06 €	25,52 €	24,94 €	26,65 €
Median	126,89 €	135,13 €	150,68 €	103,20 €	101,29 €	120,30 €
75%-Perzentil	564,82 €	604,58 €	573,63 €	387,07 €	406,30 €	439,72 €
Maximum	81.307 €	107.220 €	102.363 €	40.073 €	82.030 €	80.937 €

Tabelle 226: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.287	1.287	1.202	1.283	1.283	1.218
N mit Fall	353	372	309	337	296	272
Mittelwert	155,38 €	182,74 €	175,99 €	151,97 €	134,41 €	156,64 €
Standardabweichung	686,40 €	690,03 €	616,31 €	593,65 €	647,07 €	786,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	90,56 €	108,86 €	74,86 €	79,28 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.638 €	11.276 €	11.785 €	9.475 €	12.953 €	14.984 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 227: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	836	834	774	744	823	828	771	754
Mittelwert	4.579,44 €	4.371,88 €	3.532,45 €	3.331,46 €	3.137,11 €	2.912,91 €	2.635,91 €	2.839,24 €
Standardabweichung	9.837 €	10.882 €	8.525 €	8.594 €	6.543 €	8.378 €	6.793 €	7.128 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	340,83 €	266,23 €	272,17 €	264,75 €	239,72 €	217,03 €	209,41 €	214,72 €
Median	1.024,07 €	973,73 €	810,17 €	734,86 €	773,32 €	652,33 €	654,88 €	653,49 €
75%-Perzentil	3.741,78 €	3.662,20 €	2.731,89 €	2.492,77 €	3.068,37 €	2.481,38 €	2.177,72 €	2.231,32 €
Maximum	91.367 €	97.928 €	80.420 €	119.461 €	79.283 €	157.959 €	82.253 €	82.714 €

Tabelle 228: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	403	401	379	365	406	406	385	367
Mittelwert	4.154,36 €	3.928,35 €	4.214,50 €	4.361,33 €	3.535,60 €	2.808,19 €	3.979,91 €	3.546,29 €
Standardabweichung	12.906 €	12.816 €	11.679 €	10.766 €	11.937 €	5.490 €	13.276 €	10.629 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	324,55 €	231,44 €	254,02 €	262,30 €	309,42 €	286,31 €	292,01 €	290,86 €
Median	783,18 €	823,88 €	821,01 €	752,42 €	868,42 €	826,63 €	828,57 €	841,96 €
75%-Perzentil	2.971,56 €	2.750,27 €	3.037,96 €	2.964,89 €	2.721,22 €	2.907,99 €	2.664,57 €	2.569,91 €
Maximum	176.643 €	227.991 €	118.268 €	108.354 €	195.638 €	54.290 €	191.590 €	110.241 €

Tabelle 229: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	267	232	168	129	236	197	152	157
Mittelwert	2.260,56 €	1.808,81 €	1.399,64 €	1.401,55 €	1.920,33 €	1.654,32 €	1.355,30 €	1.412,54 €
Standardabweichung	6.079,65 €	5.408,04 €	5.065,21 €	6.167,89 €	5.663,00 €	6.831,20 €	5.098,70 €	5.221,81 €
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	1.658,14 €	1.005,39 €	0,00 €	0,00 €	1.282,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.456 €	86.505 €	61.921 €	111.796 €	75.400 €	141.037 €	80.644 €	65.086 €

Tabelle 230: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	106	100	93	90	117	103	97	80
Mittelwert	1.820,38 €	1.612,42 €	2.083,29 €	2.265,93 €	2.002,57 €	1.368,89 €	2.165,63 €	1.877,83 €
Standardabweichung	6.278 €	4.120 €	6.918 €	7.424 €	10.015 €	3.736 €	10.754 €	7.315 €
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	749,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	916,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	54.562 €	24.357 €	76.206 €	66.025 €	188.541 €	36.112 €	190.803 €	99.233 €

Tabelle 231: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	29,87 €	10,46 €	0,60 €	11,15 €	2,40 €	0,00 €	2,25 €	0,00 €
Standardabweichung	465,94 €	266,78 €	16,92 €	236,78 €	44,93 €	0,00 €	63,87 €	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	10.325 €	7.745 €	478 €	6.389 €	1.132 €	0 €	1.811 €	0 €

Tabelle 232: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	1,07 €	61,28 €	0,00 €	13,10 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	21,75 €	1.221,06 €	0,00 €	266,45 €	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 €	440 €	24.329 €	0 €	5.421 €	0 €	0 €	0 €

Tabelle 233: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	98	93	68	66	60	50	50	43
Mittelwert	41,69 €	48,96 €	51,18 €	44,80 €	17,03 €	27,67 €	56,16 €	58,10 €
Standardabweichung	201,52 €	305,25 €	535,90 €	249,15 €	81,04 €	243,78 €	460,46 €	521,57 €
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	3.208 €	5.966 €	13.964 €	3.587 €	1.188 €	5.489 €	8.185 €	11.296 €

Tabelle 234: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	41	40	44	30	18	27	20	20
Mittelwert	25,00 €	35,01 €	33,19 €	21,04 €	11,80 €	26,07 €	22,06 €	20,16 €
Standardabweichung	104,16 €	221,78 €	138,66 €	98,14 €	66,22 €	168,99 €	157,88 €	114,49 €
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	1.197,00 €	3.595,13 €	1.727,91 €	1.174,82 €	763,35 €	2.833,54 €	2.131,77 €	1.443,79 €

Tabelle 235: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	815	817	751	730	800	804	745	713
Mittelwert	674,82 €	622,63 €	525,17 €	489,44 €	496,11 €	444,93 €	422,07 €	427,21 €
Standardabweichung	914,57 €	906,02 €	670,81 €	618,96 €	594,72 €	488,46 €	468,67 €	492,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	176,34 €	147,60 €	138,68 €	130,92 €	122,27 €	130,64 €	103,47 €	88,26 €
Median	410,63 €	350,20 €	319,76 €	317,49 €	325,24 €	277,00 €	269,50 €	260,75 €
75%-Perzentil	835,20 €	720,57 €	689,32 €	621,20 €	643,92 €	584,00 €	587,30 €	594,52 €
Maximum	11.637 €	8.451 €	8.393 €	6.484 €	5.102 €	3.390 €	4.189 €	3.654 €

Tabelle 236: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	397	389	370	349	388	394	367	349
Mittelwert	580,55 €	515,63 €	476,45 €	518,93 €	515,29 €	449,94 €	476,36 €	485,72 €
Standardabweichung	849,58 €	696,69 €	536,46 €	747,21 €	626,98 €	473,47 €	515,29 €	536,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	166,64 €	106,68 €	128,18 €	115,26 €	128,94 €	130,24 €	128,32 €	114,62 €
Median	345,84 €	331,20 €	287,65 €	308,99 €	328,22 €	301,42 €	318,87 €	334,15 €
75%-Perzentil	681,83 €	655,93 €	680,90 €	656,30 €	680,43 €	613,57 €	681,44 €	646,68 €
Maximum	7.666,14 €	5.806,58 €	4.951,23 €	7.775,71 €	6.425,82 €	2.993,08 €	4.914,31 €	3.669,12 €

Tabelle 237: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	741	716	667	664	719	714	661	652
Mittelwert	1.412,32 €	1.697,07 €	1.361,39 €	1.214,14 €	539,49 €	636,94 €	637,47 €	780,85 €
Standardabweichung	6.035,24 €	7.569,32 €	5.824,16 €	5.093,35 €	1.824,17 €	3.299,45 €	3.371,27 €	3.951,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	37,53 €	26,44 €	27,58 €	39,48 €	27,16 €	23,48 €	24,56 €	26,66 €
Median	127,36 €	138,29 €	137,01 €	160,22 €	102,22 €	101,51 €	104,24 €	111,92 €
75%-Perzentil	574,86 €	629,30 €	527,62 €	633,36 €	388,23 €	422,40 €	400,64 €	503,98 €
Maximum	81.307 €	84.259 €	74.263 €	69.693 €	40.073 €	81.536 €	80.937 €	81.507 €

Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	357	341	334	312	365	360	347	330
Mittelwert	1.575,40 €	1.575,17 €	1.342,91 €	1.319,57 €	840,23 €	790,69 €	1.139,41 €	1.002,09 €
Standardabweichung	9.898 €	11.434 €	7.994 €	6.606 €	4.446 €	2.980 €	6.681 €	6.292 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	37,53 €	32,25 €	33,94 €	32,41 €	45,75 €	35,66 €	44,09 €	45,46 €
Median	158,51 €	130,94 €	128,23 €	136,80 €	157,46 €	156,26 €	173,72 €	180,11 €
75%-Perzentil	462,69 €	511,34 €	515,27 €	536,49 €	471,98 €	516,46 €	506,60 €	523,25 €
Maximum	171.141 €	222.013 €	115.075 €	106.781 €	52.602 €	43.267 €	91.484 €	104.252 €

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	853	853	798	771	848	848	804	783
N mit Fall	241	239	211	209	236	213	193	183
Mittelwert	160,18 €	183,95 €	194,47 €	170,37 €	161,75 €	149,06 €	162,65 €	160,54 €
Standardabweichung	728,42 €	697,46 €	694,56 €	568,57 €	636,13 €	712,15 €	765,18 €	728,52 €
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	97,74 €	99,72 €	104,94 €	97,90 €	98,58 €	36,54 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.638 €	11.276 €	11.785 €	6.848 €	9.475 €	12.953 €	14.984 €	10.129 €

Tabelle 240: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	410	410	397	378	414	414	395	381
N mit Fall	130	119	111	103	115	102	93	88
Mittelwert	153,02 €	189,04 €	217,38 €	235,86 €	152,62 €	172,60 €	176,46 €	160,49 €
Standardabweichung	431,68 €	636,27 €	874,33 €	875,11 €	454,77 €	655,21 €	733,90 €	617,70 €
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	97,74 €	92,00 €	97,90 €	96,74 €	97,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.235 €	6.612 €	10.486 €	10.102 €	3.756 €	8.994 €	11.319 €	6.838 €

14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 241: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2017		2018		2019		2020		2021	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
vs+TK+HT+PIA		1		1		1				1
vs+TK+HT				1		1		1		
vs+TK+PIA	57	92	57	104	70	102	37	67	16	39
vs+HT+PIA		1		1		1		1		1
TK+HT+PIA		1				1				
vs+TK	31	115	44	123	41	125	33	72	16	25
vs+PIA	141	432	138	424	132	415	120	390	62	239
vs+HT		2	1	2		1	1	2		1
TK+PIA	70	90	60	106	69	118	56	92	20	52
TK+HT				1						
HT+PIA		1		1		1		1		1
vs	407	1.374	385	1.383	416	1.402	296	1.285	125	515
TK	7	136	10	161	26	153	23	107	12	40
PIA	389	1.849	427	1.939	424	1.851	442	1.881	313	1.466
HT	1	2		2		2		2		1
Gesamt	1.103	4.089	1.122	4.241	1.178	4.167	1.008	3.897	564	2.375

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