

Abschlussbericht

Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 04.05.2020

aktualisiert am 22.12.2020

Autoren:

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

Danksagung

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	21
2. Hintergrund.....	33
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	33
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	33
5. Methoden	35
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	36
6.1 Patientenmatching	38
7. Darstellung Modellvorhaben Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH	41
8. Ergebnisse: Effektivität	42
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	43
8.2 Ergebnisse Outcomes	50
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	52
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	52
U1	56
U2	68
U3	73
U4	80
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	91
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	91
U1	93
U2	105
U3	109
U4	115
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	124
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	124
U1	126
U2	146
U3	153
U4	161
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	180
Beschreibung Ergebnisse (U2)	180

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

U4	271
8.2.11 Leitlinienadhärenz	279
Beschreibung Ergebnisse (U2)	279
U2	281
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	291
9.1 Patientenmix	291
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	291
U1	293
U2	296
U3	298
U4	300
9.2 Leistungserbringung	303
Beschreibung Ergebnisse (U1)	303
U1	303
10. Ergebnisse: Kosten	310
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	310
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	310
U1	313
U2	317
U3	318
U4	320
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	322
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	322
U1	324
U2	328
U3	329
U4	331
10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen	333
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	333
U1	333
U2	337
U3	338
U4	340

10.4	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	342
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	342
	U1	344
	U2	348
	U3	349
	U4	351
10.5	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	353
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	353
	U1	355
	U2	359
	U3	360
	U4	362
10.6	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 364	
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	364
	U1	365
	U2	368
	U3	369
	U4	370
10.7	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	372
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	372
	U1	374
	U2	378
	U3	379
	U4	381
10.8	Kosten der Psychopharmakaversorgung	383
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	383
	U1	385
	U2	389
	U3	390
	U4	392
10.9	Kosten der Heilmittelversorgung	394
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	394

U1	395
U2	399
U3	400
U4	402
11. Ergebnisse: Effizienz	404
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4).....	404
U2	406
U4	407
12. Diskussion	409
12.1 Hauptergebnisse.....	409
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	427
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	431
13. Literatur	433
14. Anhang.....	436
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	436
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose	447
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität	456
14.4 Ergebnisse Kosten	507
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	507
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	512
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	515
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	518
14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix.....	523
14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten.....	523

Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U1).....	59
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, (U2).....	69
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3).....	75
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4).....	83
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	96
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	106
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	111
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	118
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1)	139
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2)	150
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3)	157
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4)	174
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2)	185
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	191
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	194
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	196
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	200
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	206
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	212
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	215
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	220
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	226
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	231
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	233
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	234
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	237
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1).....	240
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2).....	244
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3).....	246
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4).....	249
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1)	255
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2)	263
Abbildung 33: Progression, (U3).....	267
Abbildung 34: Progression, (U4).....	273
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	286
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	294
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	295
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten.....	297
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	299
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	301
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	302
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	313
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	314
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	317
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	318

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	320
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	321
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	324
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	325
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	328
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	329
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	331
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	332
Abbildung 54: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	333
Abbildung 55: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	334
Abbildung 56: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	337
Abbildung 57: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	338
Abbildung 58: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	340
Abbildung 59: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	341
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	344
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	345
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	348
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	349
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	351
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	352
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	355
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	356
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	359
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	360
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	362
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	363
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	365
Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	366
Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	368
Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	369
Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	370
Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	371
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	374
Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	375
Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	378
Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	379
Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	381
Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	382
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	385
Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	386
Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	389
Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	390
Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	392
Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	393
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	395
Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	396
Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	399
Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	400

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	402
Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	403
Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tag, U2 und U4.....	408
Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	523

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	39
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken.....	39
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	40
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1.....	44
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1.....	46
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	56
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	67
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2).....	68
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	73
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	79
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4).....	80
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1).....	93
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1).....	104
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2).....	105
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	109
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	114
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4).....	115
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1).....	126
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1).....	145
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2).....	146
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, (U3).....	153
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3).....	160
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4).....	161
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2).....	181
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	187
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	189
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	192
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	193
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	195
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	197
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	198
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	204
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	210
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2).....	211
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	214
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	217
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4).....	218
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2).....	225
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2).....	227
Tabelle 40: Komorbidität, (U1).....	230
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	232
Tabelle 42: Komorbidität, (U2).....	233
Tabelle 43: Komorbidität, (U3).....	234
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	235

Tabelle 45: Komorbidität, (U4)	236
Tabelle 46: Mortalität, (U1).....	239
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1)	242
Tabelle 48: Mortalität, (U2).....	243
Tabelle 49: Mortalität, (U3).....	245
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3)	247
Tabelle 51: Mortalität, (U4).....	248
Tabelle 52: Progression, (U1)	253
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	261
Tabelle 54: Progression, (U2)	262
Tabelle 55: Progression, (U3)	266
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	270
Tabelle 57: Progression, (U4)	271
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2).....	281
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2).....	282
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	283
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	285
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2).....	290
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	293
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	294
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	296
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	298
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	300
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	301
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	304
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	305
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	306
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	306
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	307
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	308
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	309
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	309
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	313
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	314
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	315
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	316
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	317
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	318
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	319
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	320

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	321
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	324
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	325
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	326
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	327
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	328
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	329
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	330
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	331
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	332
Tabelle 95: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	333
Tabelle 96: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	334
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	335
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	336
Tabelle 99: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	337
Tabelle 100: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	338
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	339
Tabelle 102: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	340
Tabelle 103: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	341
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	344
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	345
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	346
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	347
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	348
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	349
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	350
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	351
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	352
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	355
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	356
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	357
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	358
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	359
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	360
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	361
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	362
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	363
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	365
Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	366
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	367
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	367
Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	368

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	369
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	369
Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	370
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	371
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	374
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	375
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	376
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	377
Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	378
Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	379
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	380
Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	381
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	382
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	385
Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	386
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	387
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	388
Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	389
Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	390
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	391
Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	392
Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	393
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	395
Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	396
Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	397
Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	398
Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	399
Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	400
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	401
Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	402
Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	403
Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	406
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	406
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung.....	407
Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	407
Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	436
Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	436

Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	439
Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	439
Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	442
Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4	443
Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	447
Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	451
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	457
Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	459
Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	461
Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1).....	463
Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	465
Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	466
Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	467
Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	468
Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	469
Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	470
Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	471
Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	472
Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1).....	473
Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1).....	473
Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1).....	474
Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1).....	475
Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)	476
Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)	478
Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)	480
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)	480
Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1).....	481
Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)	483
Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)	485
Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1).....	486
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)	487
Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)	488
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1).....	489
Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2).....	490
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	491
Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2).....	492
Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)	493
Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)	495
Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1	497
Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2	498
Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3).....	499
Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3).....	500
Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3).....	501
Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)	502
Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3).....	503
Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)	504
Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)	505
Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3).....	506

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	507
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	507
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	507
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	508
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	508
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	508
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	509
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	509
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	509
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	510
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	510
Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	510
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	511
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	511
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	512
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	512
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	512
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	513
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	513
Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	513
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	514
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	515
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	515
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	515
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	516
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	516
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	516
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	517
Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	518
Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	518
Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	518
Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	519
Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	519
Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	519
Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	520
Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	520
Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	520
Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	521
Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	521
Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	521
Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	522
Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	522
Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	523

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

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

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

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

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

Studiendesign und Methoden

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

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

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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

Analyse

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse und Diskussion

Die Studienpopulation der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.710 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG (siehe Kapitel 6.1 und 8.1) zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Effektivität

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 52 ff.) aufgrund von Indexdiagnose war bei den linikneuen Patienten zum Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Weiterhin war die Höhe des Anteils in der Modellklinik stets geringer als in der KG. Dies trifft auf alle untersuchten Zeitintervalle zu, inkl. Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum). Bei den linikbekannten Patienten verzeichneten die Patienten der IG stets geringere Anteile im Vergleich zur KG. Dennoch war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in beiden untersuchten Kohorten (U1 & U4) in der IG etwas geringer als in der KG. In U1, in der inferenzstatistisch gerechnet wurde, war dieser Unterschied jedoch nicht statistisch signifikant. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten der Modellklinik (teils wesentlich) stärker im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den Untersuchungen, bei denen inferenzstatistisch gerechnet wurde, war dieser stärkere Anstieg in der IG statistisch signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) (U1: 1. & 3. Jahr; U3: 1. & 2. Jahr). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in jedem untersuchten Zeitintervall in der Modellklinik höher als in der Regelversorgung, also auch bereits im Jahr vor Referenzfall. Daher ergaben die Vergleiche mit dem Jahr vor Referenzfall keine statistisch signifikanten Unterschiede.

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

(U4) erkennbar. Die geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG war auch im Gesamtschätzer aller vier Jahre nach Referenzfall (U1) statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Obwohl der Ausgangswert bei den klinikbekannten Patienten im Jahr vor Referenzfall in der IG bereits unter dem der KG lag, war das weiter stärkere Absinken vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Weitere Jahre waren statistisch nicht signifikant, da stets mit dem Jahr vor Referenzfall verglichen wurde.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Hier schien die verringerte vollstationäre Verweildauer durch eine erhöhte teilstationäre Versorgung teilweise aufgefangen zu sein. Die klinikbekannten Patienten der IG starteten hier, im Gegensatz zum Präzeitraum bei der vollstationären Verweildauer, auf einem leicht höheren Niveau im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall. Auch hier waren mutmaßlich Auswirkungen des Vorläufervertrags, der zu einer Stärkung teilstationärer Behandlungsangebote geführt haben könnte, ersichtlich. Im weiteren Verlauf sank die Anzahl teilstationärer Tage sowohl in der IG als auch in der KG ab. Diese Abnahme war teilweise in der IG stärker als in der KG, besonders im dritten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Dadurch war hier ein hypothesenkonträrer Effekt zu beobachten. Ein Mindestmaß an teilstationären Tagen war in beiden Gruppen erkennbar und pegelte sich in IG und KG bei einem teilstationären Tag ein (siehe viertes Jahr nach Referenzfall).

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 91 ff.) ist zu erkennen, dass bei der PIA-Inanspruchnahme keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG bei den klinikneuen Patienten ersichtlich waren. Vergleicht man dazu das erste Jahr nach Referenzfall mit dem Jahr davor für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr (U2) zeigte sich dort ein etwas stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr (U3) und zweijähriger Nachbeobachtung waren nur leicht größere PIA-Inanspruchnahmen in der IG verglichen mit der KG für die ersten und zweiten Jahre nach Referenzfall erkennbar. Bei der Untersuchung von U4 (Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr) war die Inanspruchnahme in der PIA zwischen IG und KG sehr vergleichbar. Es kann vermutet werden, dass die PIA erst über die Zeit stärker beansprucht wurde (siehe U2). Diese stärkere Inanspruchnahme ist mutmaßlich auf die Patienten mit Referenzfall im vierten Modelljahr zurückzuführen, denn in U2 stieg die Inanspruchnahme in der PIA vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach stärker als in U1, U3 und U4. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage klinikneuer Patienten in der IG waren im Modellvorhaben somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und im Verlauf teils durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Die klinikbekannten Patienten zeigten jedoch in der IG stets höhere Anzahlen an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG (U1 & U4). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) im ersten und vierten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant. Somit waren klinikbekannte Patienten hier besonders am Anfang

des Modellvorhabens bereits stärker im Vergleich zur KG in der PIA in Behandlung und konnten diese erhöhte Einbindung über die Zeit halten bzw. sogar weiter ausbauen.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, war im Modellvorhaben bei den linikneuen Patienten in allen untersuchten Zeitintervallen stets geringer als in der Regelversorgung. Auch war der Anstieg der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten vom Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) zum Jahr danach in der Modellklinik in allen Untersuchungen (U1 – U4) geringer als in der Regelversorgung. Dieser geringere Anstieg war in U1 und U3, in denen inferenzstatistisch gerechnet wurde, statistisch signifikant. Eine kontinuierlichere Betreuung in der Modellklinik, besonders im ersten Jahr bei den linikneuen Patienten, könnte zu dieser etwas verringerten Inanspruchnahme von „Psych-Vertragsärzten“ geführt haben. Auch bei den linikbekannten Patienten waren geringere Inanspruchnahmen von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Dies trifft auf alle untersuchten Jahresintervalle in U1 und U4 zu. Da dieser Unterschied bereits im Präzeitraum (Jahr vor Referenzfall) bestand, waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich bei der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH auf das Krankenhaus. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Die geringere Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses in der Modellklinik könnte auf einen erhöhten Einsatz teilstationärer Leistungen sowie der PIA (d.h. ambulante Strukturen innerhalb des Krankenhauses) zurückzuführen sein.

Die **Behandlungskontinuität** (Seite 124 ff.) war für alle linikneuen Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar bzw. schwankte aufgrund teils geringer Fallzahl. Nur für linikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) waren leicht höhere Anteile von Behandlungskontinuität in der Modellklinik verglichen mit der Regelversorgung erkennbar. Bei den linikbekannten Patienten war jedoch der Anteil der Patienten mit Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG in (fast) jedem Zeitintervall größer als in der KG. Diese höhere Behandlungskontinuität steigerte sich im patientenindividuellen Verlauf teilweise. So war die Behandlungskontinuität in U1 erst im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik statistisch signifikant größer im Vergleich zur Regelversorgung (7 Tage Nachbeobachtung).

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 180 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant größer im Vergleich zur Regelversorgung und somit hypothesenkonträr. Dies ist, neben der Behandlungskontinuität, ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung. Während die Behandlungskontinuität linikneuer Patienten zwischen IG und KG vergleichbar war, zeigten sich eine erhöhte Anzahl und Dauer von Kontaktabbrüchen in der Modellklinik verglichen mit der Regelversorgung. Während die Behandlungskontinuität den Übergang von einer stationären Behandlung aller Patienten in den ambulanten Bereich untersucht, betrachtet das Outcome

Kontaktabbruch für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, ob nach einem stationären Aufenthalt ein ambulanter oder stationärer Kontakt stattgefunden hat.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 188 ff.) kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten.

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** (Seite 201 ff.) war zwischen IG und KG bei den linikneuen Patienten vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war, neben einem höheren Ausgangsniveau im Vergleich zu den klinikneuen Patienten, eine Verringerung der AU-Episoden über die Zeit ersichtlich. Dabei wies die Modellklinik stets eine leicht geringere Anzahl an AU-Episoden im Vergleich zur KG auf. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen Patienten in der Modellklinik in allen untersuchten Kohorten geringer als in der Regelversorgung (U1 – U4). Bei Untersuchung 1 und 3, in der inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG geringer im Vergleich zur KG ausfiel. Die Patienten der IG wiesen zu jedem Zeitintervall geringere AU-Tage im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied vergrößerte sich sogar über die Zeit. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich (U1). Dies kann u.a. auf den bereits bestehenden Unterschied im Präzeitraum zurückzuführen sein.

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

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

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

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 251 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen und den linikbekannten Patienten in der Modellklinik

geringer. Das traf auf alle Kohorten zu (U1 bis U4) und war bei den klinikneuen Patienten in U1 und U3 statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war zwischen Modellklinik und Regelversorgung bei den klinikneuen Patienten vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten (U1 & U4) war dieser Anteil in der Modellklinik höher, wobei dieser höhere Anteil in U1 zudem statistisch signifikant war. Bei der Betrachtung des Risikos der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) gab es zwischen IG und KG sowohl bei klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die absoluten Werte in der IG waren teilweise höher (U1, U2, U4 _{klinikbekannt}) und teilweise auch vergleichbar (U3, U4 _{klinikneu}). Bezüglich Erkrankungsprogression gab es demnach unterschiedliche Entwicklungen. Im Modellvorhaben entwickelten weniger Patienten in allen Kohorten eine schwere depressive Episode. Bei den klinikbekannten Patienten entwickelten jedoch mehr Patienten in der Modellklinik eine rezidivierende depressive Störung.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 279 ff.) war der Anteil an klinikneuen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen in der IG geringer als in der KG. Dies widerspricht der Empfehlung der Leitlinien, auf welchen die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen. Bei den klinikneuen Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung (**Home-Treatment**) (S. 303 ff.) in vergleichendem Maße als die Regelversorgung in Anspruch genommen. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht. Bei den klinikbekannten Patienten wurde beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzbehandlung) die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nicht nachgewiesen werden. Vielmehr wurde bei der Referenzbehandlung und im ersten Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung klinikbekannter Patienten weniger stark eingesetzt.

Kosten

U1: Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergab sich ein identischer Verlauf der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Bei den vollstationären psychiatrischen Kosten entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) relativ zur KG um 501,99 € signifikant günstiger. Im teilstationären Bereich entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) relativ zur KG um 481,20 € signifikant teurer. Bzgl. der PIA-Kosten entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) relativ zur KG um 63,59 € signifikant günstiger.

Bei den klinikbekannten Patienten ergab sich ein identischer Verlauf der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Die vollstationären psychiatrischen Kosten zeigten einen zueinander parallelen Verlauf, d.h. es ergaben sich keine signifikant unterschiedlichen Kostenentwicklungen. Bei den teilstationären psychiatrischen Kosten entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) um 481,20 € signifikant teurer als die KG. Bei den PIA-Kosten zeigte sich ein identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG.

U2: Bei den nicht inferenzstatistisch analysierten linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung deutete sich ein identischer Verlauf der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten an. Bei den vollstationären psychiatrischen Kosten deutete sich ein schwächerer Kostenanstieg in der IG relativ zur KG an. Bei den teilstationären psychiatrischen Kosten deutete sich ein stärkerer Kostenanstieg in der IG relativ zur KG an. Bei den Kosten der PIA-Versorgung deutete sich ein identischer Kostenanstieg an.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergab sich keine signifikant unterschiedliche Entwicklung der gesamten direkten psychiatrischen Kosten im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) zwischen IG und KG. Bei den vollstationären psychiatrischen Kosten entwickelte sich die IG im Zeitverlauf relativ zur KG um 661,73 € signifikant günstiger. Bei den psychiatrischen teilstationären Kosten entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) relativ zur KG um 795,67 € signifikant teurer. Bei den Kosten der PIA-Versorgung ergab sich keine im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) signifikant voneinander unterschiedliche Entwicklung zwischen IG und KG.

U4: Bei den nicht inferenzstatistisch analysierten linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung deutete sich ein zu den klinikneuen Patienten von U1 vergleichbares Muster an.

Bei den linikbekannten Patienten deutete sich ebenfalls ein zu den klinikbekannten Patienten von U1 vergleichbares Muster an.

Kosten-Effektivität

Bei den linikneuen Patienten von U2 ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 5,96 €/d. D.h. es wurde für jeden vermiedenen Krankenhaustag 5,96 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Jedoch war der Kostenanstieg nicht signifikant voneinander unterschieden. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) wurde für jeden vermiedenen AU-Tag 43,72 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Weder der Anstieg der Kosten noch der AU-Tage unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen.

Bei den linikbekannten Patienten von U4 ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 72,39 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 72,39 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Jedoch war der Kostenanstieg nicht signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) wurde für jeden vermiedenen AU-Tag 196,25 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Weder der Anstieg der Kosten noch der AU-Tage unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinik- und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich). Weiterhin erlauben die Daten, einen Nachbeobachtungszeitraum von patientenindividuell vier Jahren nach Referenzfall und zwei Jahre vor Referenzfall zu betrachten. Neben den patientenindividuellen Jahren konnten bis zu fünf Modelljahre (Laufzeit des Modellvorhabens) untersucht werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich, auch wenn dies ein langer Zeitraum ist, Modelleffekte, besonders bei Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, ggf. erst nach ein paar Jahren einstellen.

Vor dem Hintergrund der derzeit großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten können diese nicht alle Dimensionen der Ergebnisqualität abbilden. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsausschuss des G-BA (Innovationsfonds) geförderte Projekt PsychCare (Beginn 1.7.2017) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich. Dennoch führte das Modellvorhaben zu einem erhöhten Anteil an Patienten mit schweren psychischen Störungen mit Kontaktabbruch als auch einer erhöhten Dauer des Kontaktabbruchs. Zudem konnte beobachtet werden, dass die Inanspruchnahme von Fachärzten im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung für klinikneue Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall geringer zunahm als in der Regelversorgung. Auf der anderen Seite konnte eine erhöhte Behandlungskontinuität klinikbekannter Patienten zum psychiatrischen Sektor (7 Tage Nachbeobachtung) in der Modellklinik festgestellt werden. Die aufsuchende Behandlung wurde bei klinikbekannten Patienten bei der Referenzbehandlung und im ersten Jahr nach Referenzfall weniger stark eingesetzt. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten hypothesenkonforme Ergebnisse. So konnten AU-Tage für klinikneue Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall vermieden werden. Auch sank der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme. Die Entwicklung der Erkrankungsprogression zeigte ein differenziertes Bild. Der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90

Tagen war im Modellvorhaben hypothesenkonträr geringer als in der Regelversorgung. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigten sich positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen, besonders in Bezug auf weniger vollstationäre und mehr teilstationäre Tage. Weiterhin konnte teilweise die Behandlungskontinuität gestärkt, die Anzahl an AU-Tage verringert sowie der Anteil an Wiederaufnahme gesenkt werden. Jedoch zeigen die Outcomes zum Kontaktabbruch von Patienten mit schweren psychischen Störungen hypothesenkonträre Effekte. Hinsichtlich der Kosten lässt sich festhalten, dass sich auf patientenindividueller Ebene keine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben zeigte. Niedrigere Kosten im vollstationären Bereich und in der PIA wurden durch höhere Kosten im tagesklinischen Bereich ausgeglichen.

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

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

Verträge gemäß §64b SGB V:

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

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

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

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

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

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

Verträge gemäß §64b SGB V:

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

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

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum August bis Dezember 2018. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte Dezember 2018.

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

- AOK NordWest
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Knappschaft
- NOVITAS BKK
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HKK Erste Gesundheit
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

- actimonda krankenkasse
- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Plus
- BKK Bertelsmann AG
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK DürkoppAdler
- BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)
- BKK Melitta Plus
- BKK Mobil Oil
- BKK VDN
- Continentale BKK
- DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- SIEMAG BKK
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

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

6.1 Patientenmatching

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

Von den 3.437 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden, der Interventionsgruppe zugeordneten Patienten verblieben nach Selektion derjenigen Patienten, die über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum verfügten 2.731 Patienten, die in das Matching einfließen. Hierfür konnte für 2.710 (99 %) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war in der IG über alle Kohorten (Kohorte 1 – 4 gesamt) bei klinikneuen Patienten signifikant niedriger als in der KG, was wiederum hauptsächlich auf die Unterschiede innerhalb Kohorte 1 zurückzuführen war. Der Anteil vollstationärer Referenzfälle war bei allen klinikneuen Patienten der IG in allen Kohorten geringer als in der KG. Gleichzeitig war der Anteil der teilstationären Referenzfälle bei den klinikneuen Patienten der IG in allen Kohorten signifikant größer als in der KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigte sich über alle Kohorten (Kohorte 1 – 4 gesamt) ein signifikant geringerer Anteil an klinikneuen Patienten mit teilstationärem Fall in der IG im Vergleich zur KG. Gleichzeitig hatten die klinikneuen Patienten der IG über alle Kohorten (Kohorte 1 – 4 gesamt) im Vergleich zur KG einen signifikant geringeren Anteil an PIA Fällen im Präzeitraum.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	3.437	62.232	2.731 (79%)	52.367 (84%)	2.710 (79% ; 99%)	2.710 (4% ; 5%)
	Kohorte 1	1.290	19.733	1.078 (84%)	16.117 (82%)	1.070 (83% ; 99%)	1.070 (5% ; 7%)
	Kohorte 2	687	21.151	552 (80%)	18.598 (88%)	550 (80% ; 100%)	550 (3% ; 3%)
	Kohorte 3	744	10.992	580 (78%)	9.132 (83%)	571 (77% ; 98%)	571 (5% ; 6%)
	Kohorte 4	716	10.356	521 (73%)	8.520 (82%)	519 (72% ; 100%)	519 (5% ; 6%)
Klinikneu	Gesamt	2.651	39.732	2.078 (78%)	32.337 (81%)	2.066 (78% ; 99%)	2.066 (5% ; 6%)
	Kohorte 1	623	9.969	513 (82%)	7.887 (79%)	510 (82% ; 99%)	510 (5% ; 6%)
	Kohorte 2	621	9.956	506 (81%)	8.148 (82%)	505 (81% ; 100%)	505 (5% ; 6%)
	Kohorte 3	715	9.921	559 (78%)	8.159 (82%)	553 (77% ; 99%)	553 (6% ; 7%)
	Kohorte 4	692	9.886	500 (72%)	8.143 (82%)	498 (72% ; 100%)	498 (5% ; 6%)
Klinikbekannt	Gesamt	786	22.500	653 (83%)	20.030 (89%)	644 (82% ; 99%)	644 (3% ; 3%)
	Kohorte 1	667	9.764	565 (85%)	8.230 (84%)	560 (84% ; 99%)	560 (6% ; 7%)
	Kohorte 2	66	11.195	46 (70%)	10.450 (93%)	45 (68% ; 98%)	45 (0% ; 0%)
	Kohorte 3	29	1.071	21 (72%)	973 (91%)	18 (62% ; 86%)	18 (2% ; 2%)
	Kohorte 4	24	470	21 (88%)	377 (80%)	21 (88% ; 100%)	21 (4% ; 6%)

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	24,3	314
2	25,1	783
3	28,3	421
4	32,3	493
5	34,0	573
6	35,0	42
7	36,1	15
8	38,5	35
9	39,3	30
10	51,9	4

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	2.710	2.710		1.070	1.070		550	550		571	571		519	519	
	klinikneu	2.066	2.066		510	510		505	505		553	553		498	498	
	klimbekannt	644	644		560	560		45	45		18	18		21	21	
mittleres Alter	gesamt	48,5	48,9	1,000	49,2	49,0	1,000	47,8	48,7	1,000	48,6	48,8	1,000	48,1	49,3	1,000
	klinikneu	48,4	49,1	1,000	49,0	48,9	1,000	48,0	48,9	1,000	48,8	49,0	1,000	47,7	49,5	0,000
	klimbekannt	49,0	48,5	1,000	49,3	49,0	1,000	45,3	46,8	1,000	40,5	42,1	1,000	57,9	43,1	0,368
Anteil Frauen	gesamt	57,5%	56,8%	1,000	57,3%	57,5%	1,000	59,5%	59,1%	1,000	56,0%	55,7%	1,000	57,2%	54,3%	1,000
	klinikneu	58,0%	56,9%	1,000	59,2%	57,5%	1,000	59,6%	58,6%	1,000	56,2%	56,2%	1,000	57,2%	55,4%	1,000
	klimbekannt	55,6%	56,5%	1,000	55,5%	57,5%	1,000	57,8%	64,4%	1,000	50,0%	38,9%	1,000	57,1%	28,6%	0,785
Anteil klimbekannter Patienten	gesamt	23,8%	23,8%	1,000	52,3%	52,3%	1,000	8,2%	8,2%	1,000	3,2%	3,2%	1,000	4,0%	4,0%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	klimbekannt	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	45,6%	49,8%	0,019	52,2%	56,7%	0,289	35,1%	43,1%	0,063	41,3%	45,9%	1,000	47,8%	46,8%	1,000
	klinikneu	37,5%	43,9%	0,000	26,5%	39,6%	0,000	34,5%	42,6%	0,068	41,6%	46,1%	0,875	47,2%	47,2%	1,000
	klimbekannt	71,7%	68,6%	1,000	75,7%	72,3%	1,000	42,2%	48,9%	1,000	33,3%	38,9%	1,000	61,9%	38,1%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	33,5%	46,1%	0,000	29,2%	40,5%	0,000	39,5%	53,5%	0,000	36,8%	48,2%	0,001	32,8%	47,6%	0,000
	klinikneu	37,7%	51,7%	0,000	42,2%	57,8%	0,000	39,2%	53,9%	0,000	36,3%	48,1%	0,001	33,1%	47,4%	0,000
	klimbekannt	20,2%	28,0%	0,010	17,3%	24,6%	0,027	42,2%	48,9%	1,000	50,0%	50,0%	1,000	23,8%	52,4%	0,785
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	20,8%	4,1%	0,000	18,6%	2,8%	0,000	25,5%	3,5%	0,000	21,9%	6,0%	0,000	19,5%	5,6%	0,000
	klinikneu	24,8%	4,4%	0,000	31,4%	2,5%	0,000	26,3%	3,6%	0,000	22,1%	5,8%	0,000	19,7%	5,4%	0,000
	klimbekannt	8,1%	3,4%	0,004	7,0%	3,0%	0,028	15,6%	2,2%	0,576	16,7%	11,1%	1,000	14,3%	9,5%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	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
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	klimbekannt	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
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	8,8%	10,1%	0,752	15,4%	18,5%	0,392	4,5%	5,1%	1,000	4,4%	4,9%	1,000	4,6%	3,7%	1,000
	klinikneu	2,9%	3,3%	1,000	3,3%	2,9%	1,000	2,8%	3,6%	1,000	3,1%	3,8%	1,000	2,4%	2,8%	1,000
	klimbekannt	27,8%	31,8%	0,767	26,4%	32,7%	0,156	24,4%	22,2%	1,000	44,4%	38,9%	1,000	57,1%	23,8%	0,474
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	5,2%	3,8%	0,130	11,5%	7,9%	0,044	2,0%	1,8%	1,000	0,7%	1,6%	1,000	0,6%	0,2%	1,000
	klinikneu	0,1%	0,9%	0,005	0,2%	1,0%	1,000	0,2%	1,2%	0,775	0,2%	1,1%	0,285	0,0%	0,2%	1,000
	klimbekannt	21,6%	13,4%	0,001	21,8%	14,1%	0,010	22,2%	8,9%	1,000	22,2%	16,7%	1,000	14,3%	0,0%	1,000
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	16,5%	17,5%	1,000	39,1%	38,6%	1,000	2,0%	4,4%	0,275	1,4%	2,6%	1,000	2,1%	4,2%	0,615
	klinikneu	1,1%	2,4%	0,011	1,4%	3,1%	0,549	1,4%	3,0%	0,775	0,7%	1,4%	1,000	1,0%	2,2%	1,000
	klimbekannt	66,0%	65,8%	1,000	73,4%	70,9%	1,000	8,9%	20,0%	1,000	22,2%	38,9%	1,000	28,6%	52,4%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	38,3%	39,3%	1,000	37,8%	40,1%	1,000	40,2%	40,7%	1,000	36,6%	38,7%	1,000	39,3%	36,6%	1,000
	klinikneu	37,0%	37,9%	1,000	35,7%	37,6%	1,000	38,8%	40,4%	1,000	35,4%	37,8%	1,000	38,4%	35,7%	1,000
	klimbekannt	42,4%	43,6%	1,000	39,6%	42,3%	1,000	55,6%	44,4%	1,000	72,2%	66,7%	1,000	61,9%	57,1%	1,000

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

7. Darstellung Modellvorhaben Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 75 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 33 in der Tagesklinik und 13 in der Psychosomatik vorgesehen.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, nach §24 BPfIV von 2008 bis 2012, an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Home-Treatment. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für vereinbarte Kopfzahl (Korridor +- 6%).

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt. Die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Ausgeschlossene Fachabteilungen sind die KJP und psychosomatische Tagesklinik.

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2014 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: Home-Treatment, Krisenmanagement / Notfallbehandlung, sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen und PIA/Gemeindepsychiatrisches Zentrum.

Wie bei allen Modellverträgen nach §64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Falle der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen wird.

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (23) wird in den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH nur über Quartalspauschalen abgerechnet. Dies gilt sowohl für den Zeitraum vor 2013 (Regionales Psychiatriebudget nach §24 BPfIV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach §64b SGB V.

Im stationären Bereich erfolgte vor 2013 sowie bis Ende 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Beginnend im vierten Quartal 2014 wurde bis Ende des zweiten Quartals 2015 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.01.2015 sieht der Modellvertrag die Abrechnung nach PEPP vor, wobei diese Transition erst ab dem dritten Quartal 2015 in den Daten sichtbar ist.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

Da in den Auswertungen nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten unterschieden 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).

Fast 90 % 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)
- andere Angststörungen (F41)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- somatoforme Störungen (F45)
- leichte Intelligenzminderung (F70) (Tabelle 4).

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	486	482
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	87,9 %	88,8 %
• Zwei Diagnosen	11,1 %	9,8 %
• Drei Diagnosen	1,0 %	1,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F43	8	6
2. IG: F32 & F43 / KG: F41 & F45	5	4
3. IG: F41 & F43 / KG: F10 & F43	4	4

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)	546	538
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	89,0 %	89,6 %
• Zwei Diagnosen	10,3 %	9,5 %
• Drei Diagnosen	0,5 %	0,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F20 & F70	3	3
2. F32 & F43	3	3
3. F10 & F43	3	3

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	427	428	486	482
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,9 %	2,3 %	1,6 %	2,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,4 %	4,9 %	4,9 %	4,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,8 %	18,2 %	18,7 %	18,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,1 %	5,8 %	6,0 %	5,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	32,6 %	34,1 %	34,4 %	36,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	22,0 %	20,8 %	24,9 %	23,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	1,2 %	2,7 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	10,3 %	10,0 %	13,8 %	13,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,7 %	0,5 %	1,6 %	1,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,9 %	1,2 %	1,9 %	1,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,5 %	1,2 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,6 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,8	50,3	49,7	49,7
• Median	50	50	49	49
• (Interquartilsabstand)	(38 - 64)	(34 - 64)	(37 - 62)	(33 - 64)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,6 %	57,2 %	58,4 %	57,9 %
• Männer	42,4 %	42,8 %	41,6 %	42,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	74,0 %	60,7 %	74,3 %	60,8 %
• PIA	26,0 %	39,3 %	25,7 %	39,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,6 %	0,7 %	1,6 %	0,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	10,8 %	5,6 %	10,7 %	5,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	8,4 %	11,4 %	7,6 %	11,4 %
• Abitur/Fachabitur	3,7 %	4,4 %	4,1 %	4,1 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	12,2 %	10,7 %	12,1 %	10,8 %
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 	7,3 %	5,6 %	7,8 %	5,0 %
	18,3 %	18,9 %	17,3 %	19,3 %
	0,5 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %
	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
	0,7 %	1,2 %	0,6 %	1,0 %
	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
	9,6 %	6,3 %	9,3 %	6,4 %
	63,2 %	67,1 %	63,8 %	67,4 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	9,8 %	11,4 %	10,1 %	11,4 %
	76,3 %	71,0 %	75,1 %	71,2 %
	13,8 %	17,5 %	14,8 %	17,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	23,7 %	25,5 %	24,9 %	27,2 %
	13,3 %	11,0 %	14,2 %	11,4 %
	63,0 %	63,6 %	60,9 %	61,4 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	57,1 %	51,9 %	57,2 %	53,1 %
	2,8 %	5,1 %	3,5 %	4,8 %
	34,4 %	37,1 %	34,0 %	36,9 %
	5,6 %	5,8 %	5,3 %	5,2 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	486	482	546	538
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,4 %	1,5 %	1,3 %	1,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,2 %	13,7 %	14,1 %	14,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	32,7 %	33,0 %	31,7 %	32,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	30,7 %	31,1 %	32,4 %	33,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	8,6 %	8,3 %	11,4 %	10,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	1,5 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,0 %	6,8 %	9,7 %	9,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,2 %	0,9 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,6 %	2,1 %	2,6 %	2,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,6 %	1,7 %	3,1 %	3,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,8 %	0,2 %	0,7 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,8	49,7	49,4	49,4
• Median	50	49	50	49
• (Interquartilsabstand)	(40 - 59)	(38 - 60)	(40 - 58)	(38 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,3 %	57,7 %	55,9 %	57,6 %
• Männer	44,7 %	42,3 %	44,1 %	42,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	23,7 %	28,4 %	24,0 %	28,1 %
• PIA	76,3 %	71,6 %	76,0 %	71,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	11,9 %	3,1 %	12,6 %	3,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	5,6 %	5,6 %	5,3 %	5,4 %
• Abitur/Fachabitur	3,3 %	3,1 %	3,1 %	3,9 %
• Abschluss unbekannt	6,2 %	7,5 %	5,9 %	8,0 %
• Fehlende Angabe	72,2 %	80,1 %	72,3 %	78,8 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,8 %	2,9 %	9,2 %	3,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	14,0 %	9,3 %	13,7 %	9,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Bachelor	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,0 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,7 %	6,2 %	3,5 %	6,7 %
• Fehlende Angabe	72,2 %	80,1 %	72,3 %	78,8 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	11,9 %	13,9 %	12,1 %	13,9 %
• Nein	73,9 %	71,6 %	72,7 %	71,7 %
• Fehlende Angabe	14,2 %	14,5 %	15,2 %	14,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	35,0 %	37,1 %	35,2 %	36,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	39,9 %	40,5 %	41,0 %	41,1 %
• Weder A noch B	25,1 %	22,4 %	23,8 %	22,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	49,0 %	44,2 %	49,6 %	44,8 %
• Familienversicherter	4,9 %	5,8 %	4,9 %	5,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,2 %	46,3 %	43,6 %	46,5 %
• Fehlende Angabe	1,9 %	3,7 %	1,8 %	3,3 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

8.2 Ergebnisse Outcomes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war die Höhe des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten der IG stets geringer als bei Patienten der KG (prä: -1,5; 1. Jahr: -15,8; 2. Jahr: -4,9; 3. Jahr: -3,4; 4. Jahr: -2,2 %-Punkte). Dabei war der geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG im Vergleich zur KG statistisch signifikant (DiD = 0,4). Bei den linikbekannt Patienten wies die IG auch stets geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf (prä: -6,9; 1. Jahr: -9,0; 2. Jahr: -8,0; 3. Jahr: -9,6; 4. Jahr: -6,1 %-Punkte). Da bereits im Jahr vor Referenzfall geringere Anteile in der IG ersichtlich waren und sich alle inferenzstatistischen Aussagen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall beziehen, waren hier diese Unterschiede nicht statistisch signifikant, auch wenn der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG war. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall in der IG stärker als in der KG. Dieser größere Anstieg war im ersten und dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD = 32,4 bzw. 10,9). Bei den linikbekannt Patienten war dieser Anteil in der IG zu jedem untersuchten Zeitintervall höher im Vergleich zur KG (prä: +4,9; 1. Jahr: +5,9; 2. Jahr: +3,1; 3. Jahr: +0,5; 4. Jahr: +1,4 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem, vergleichbarem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 1,2; KG: 1,4 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 11,7; KG: 20,9 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 2,4; 1,2 und 1,8 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 3,9; 4,2 und 3,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG

verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall (DiD = -9,1 vollstationäre Tage). Auch in den restlichen Jahren waren die vollstationären Tage in der IG geringer im Vergleich zur KG. Statistisch signifikante Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war jedoch statistisch signifikant (DiD = -3,7 vollstationäre Tage).

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass in allen patientenindividuellen Jahresscheiben die IG weniger vollstationäre Behandlungstage aufwies unabhängig von der Einteilung nach Alter (jünger vs. älter). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F10 (psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf (wobei die letztgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) und F70-79 (Intelligenzstörung) aufwiesen (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 168 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten zeichneten sich bei den vollstationären Behandlungstagen analog zu den Anteilen unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 8,1 vollstationäre Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 12,1 Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl vollstationärer Behandlungstage war in der IG stets geringer als in der KG (prä: -4,0; 1. Jahr: -9,2; 2. Jahr: -7,2; 3. Jahr: -4,4; 4. Jahr: -5,2 vollstationäre Tage). Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war trotz des bereits vor Referenzfall bestehenden Unterschieds in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -5,3 vollstationäre Tage).

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl für die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) als auch für die älteren Patienten die vollstationären Behandlungstage in der IG wesentlich geringer als in der KG waren. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf (wobei alle hier aufgeführten Diagnosen sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine

Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 168 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 = +12,85 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant (DiD = 3,7 teilstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Zeit. Da bereits die Anzahl teilstationärer Tage vor Referenzfall in der IG um zwei teilstationäre Tage höher als in der KG war, war das stärkere Absinken in der IG im dritten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zu KG statistisch signifikant (DiD = -2,0 teilstationäre Tage). Da bereits im Präzeitraum (Jahr vor Referenzfall) eine höhere Anzahl an teilstationären Tagen ersichtlich war, war das Absinken im dritten Jahr nach Referenzfall auf das gleiche Niveau wie in der KG statistisch signifikant, da stets mit dem Jahr vor Referenzfall verglichen wird.

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 weniger stark als in der KG (IG: +38,2 %-Punkte; KG: +51,2 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG dagegen stärker als in der KG (IG: +40,6 %; KG: +14,6 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich, analog der Anteile oben, in der IG eine weniger starke Steigung vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG (IG: +8,9; KG: +17,1 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +16,8; KG: +6,2 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster vergleichbar mit U1 und U2. Der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** war zwischen IG und KG vergleichbar, wobei die IG stets geringere Anteile aufwies. Weiterhin war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant geringer im Vergleich zur KG (DiD = 0,5). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant stärker als in der KG an (DiD = 84,2 bzw. 14,3).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich hier eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum

Jahr nach Referenzfall (DiD = -8,7 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG weiterhin etwas unter der Anzahl der vollstationären Tage der KG. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, welcher hier in der IG wesentlich höher ausfiel als in der KG. Dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +11,0 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten weniger stark anstieg als in der KG und alle Anteile zu allen Zeitintervallen in der IG geringer im Vergleich zur KG waren. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets geringer als in der KG. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer im Vergleich zur KG. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg für linikneue Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG wesentlich stärker im Vergleich zur KG. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets größer im Vergleich zur KG.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war, analog zu obigen Untersuchungen, der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG (IG: +9,4 vollstationäre Tage; KG: +18,8 vollstationäre Tage). Weiterhin waren in allen Zeitintervallen in der IG geringere vollstationäre Tage als in der KG ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich erneut stets geringere vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zur KG (prä: -3,6; 1.Jahr: -8,7; 2.Jahr: -7,1; 3.Jahr: -3,9 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1 bis U3, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Peak war hier im ersten Jahr, analog zu U1 bis U3, in der IG höher als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Modelljahre. Dabei wies die IG bis zum zweiten Jahr nach Referenzfall höhere Anzahlen teilstationärer Tage im Vergleich zur KG auf.

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)	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,3 %	49,0 %	8,0 %	6,9 %	7,5 %	6,8 %	64,7 %	12,9 %	10,3 %	9,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,2 %	46,9 %	3,9 %	4,0 %	1,1 %	0,8 %	12,9 %	2,8 %	1,6 %	2,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,3 %	83,5 %	10,1 %	9,8 %	8,1 %	7,5 %	71,8 %	14,8 %	11,2 %	10,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	2,3 %	0,6 %	1,1 %	0,9 %	1,0 %	3,5 %	2,2 %	0,9 %	0,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,0 %	13,4 %	10,8 %	7,8 %	8,4 %	12,4 %	14,9 %	12,2 %	7,8 %	8,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,2	11,7	2,4	1,2	1,8	1,4	20,9	3,9	4,2	3,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	17,8	1,1	1,5	0,4	0,5	5,4	1,2	0,5	0,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,3	29,5	3,5	2,6	2,2	1,9	26,4	5,2	4,7	4,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,7	0,2	0,5	0,2	0,1	1,3	0,6	0,2	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	2,5	1,3	1,2	1,2	1,1	2,2	1,3	1,2	1,3

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)	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	24,0 %	27,7 %	14,6 %	12,3 %	12,0 %	30,9 %	36,6 %	22,6 %	21,9 %	18,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	18,7 %	14,1 %	5,2 %	4,0 %	3,8 %	13,8 %	8,2 %	2,1 %	3,5 %	2,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	36,6 %	36,6 %	17,0 %	14,0 %	14,7 %	37,9 %	41,6 %	23,2 %	23,6 %	19,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	6,8 %	3,7 %	2,0 %	1,9 %	1,0 %	4,5 %	3,0 %	1,9 %	1,7 %	1,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,7 %	11,7 %	11,9 %	10,9 %	12,8 %	13,4 %	14,1 %	15,0 %	15,1 %	17,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	8,1	7,9	4,9	4,8	4,0	12,1	17,1	12,1	9,2	9,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	7,7	4,5	1,3	1,4	1,4	5,7	3,2	0,7	1,4	1,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	15,8	12,4	6,2	6,2	5,4	17,8	20,4	12,7	10,5	10,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,6	0,9	0,6	0,5	0,2	1,8	0,7	0,4	0,4	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,3	1,3	1,8	2,0	2,0	2,2	1,8	2,8	2,7

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

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

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

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

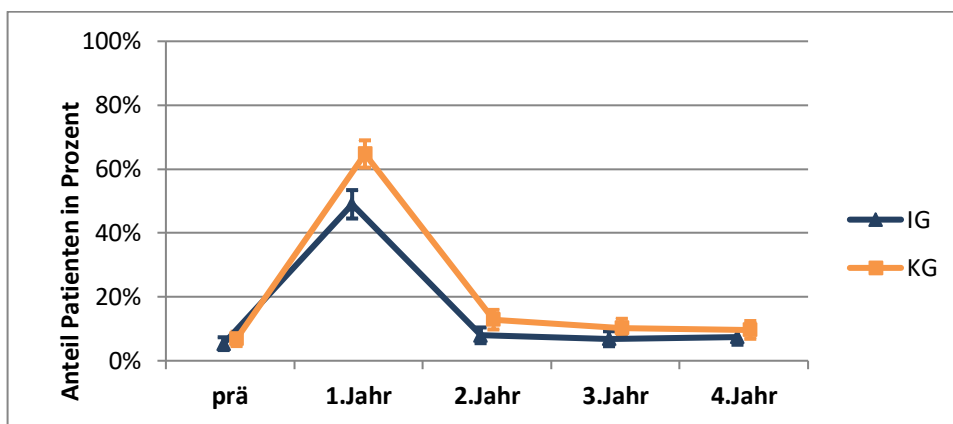
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

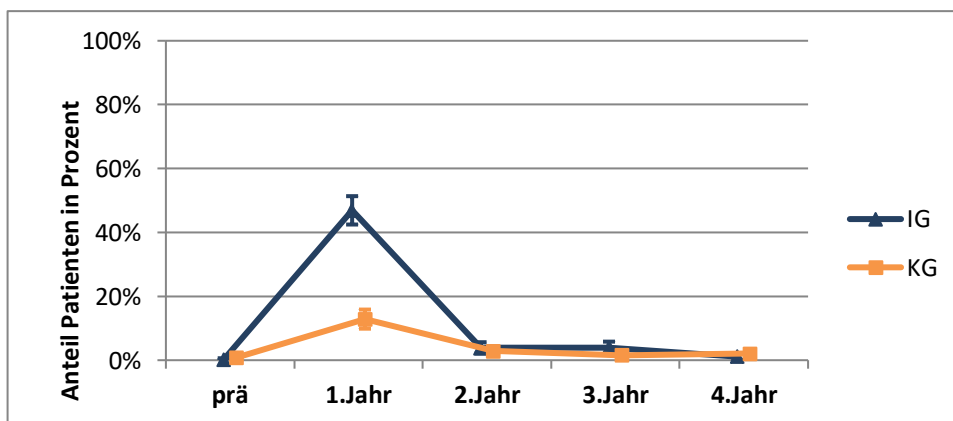
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

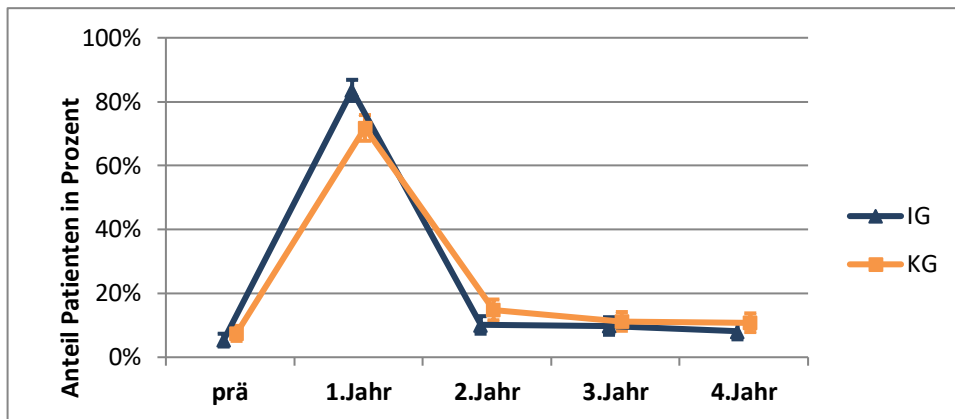
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



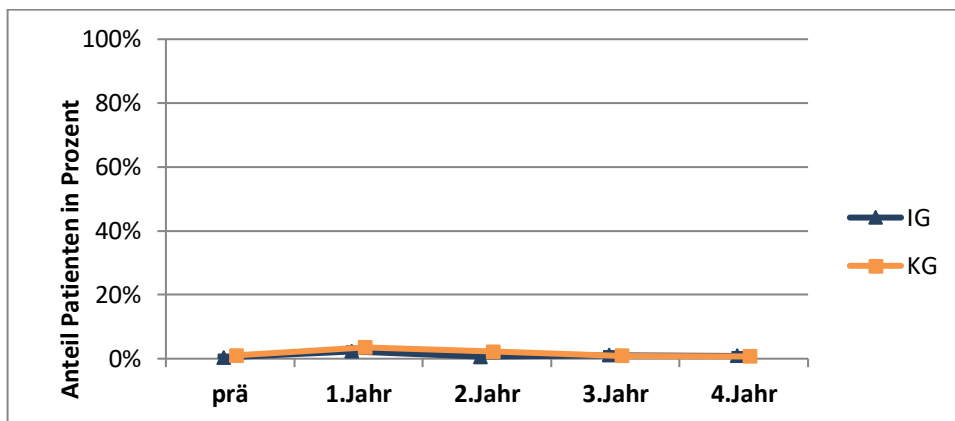
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



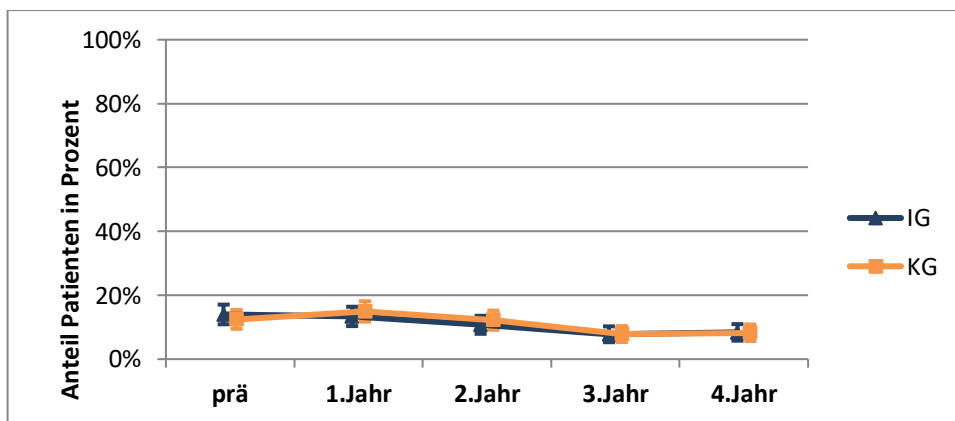
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

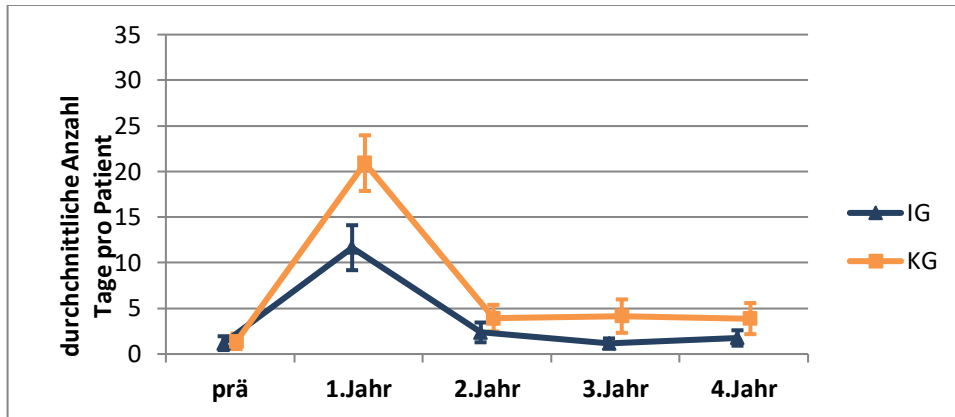


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

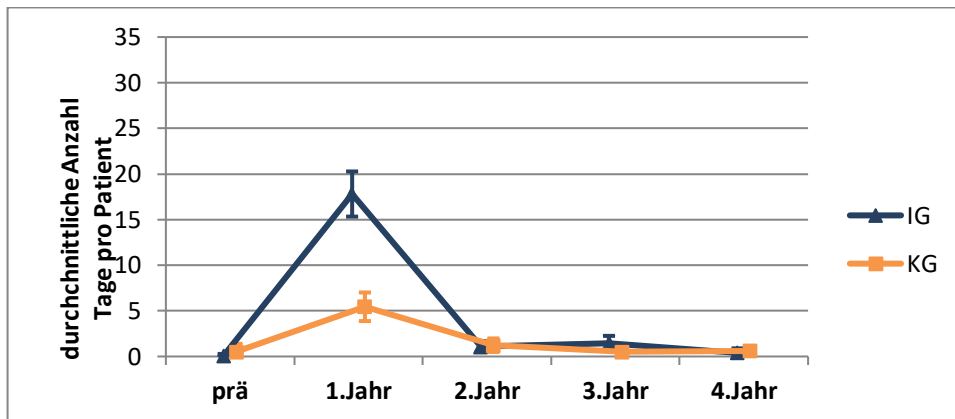


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

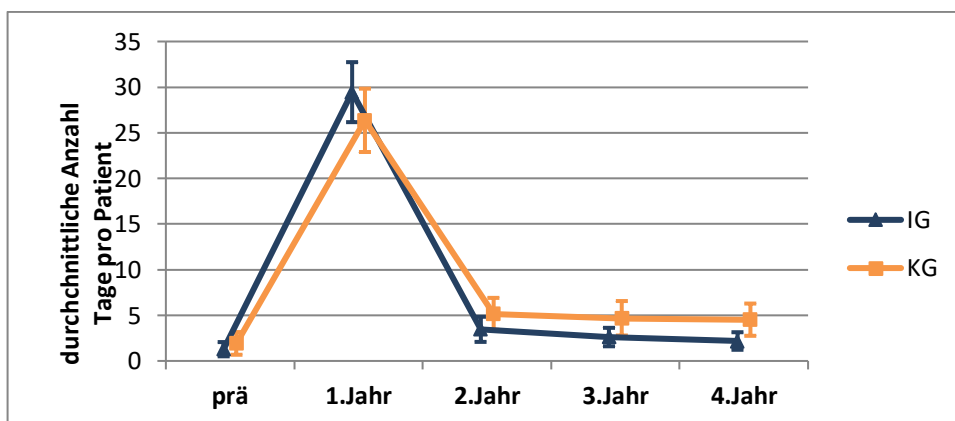
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



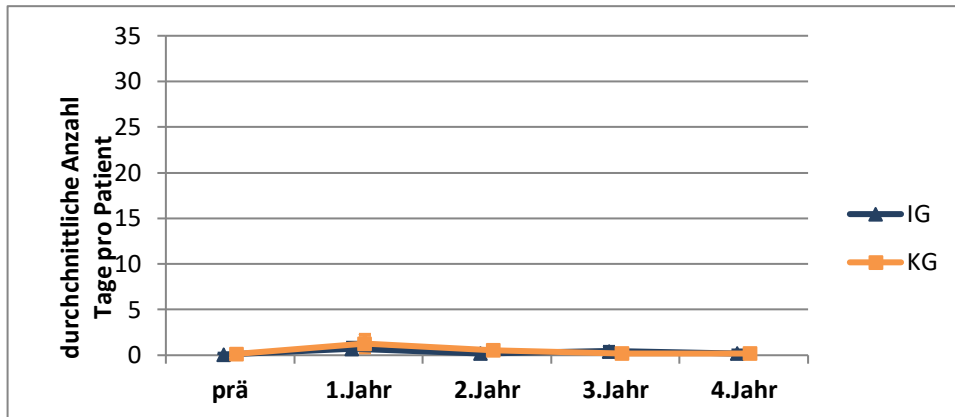
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



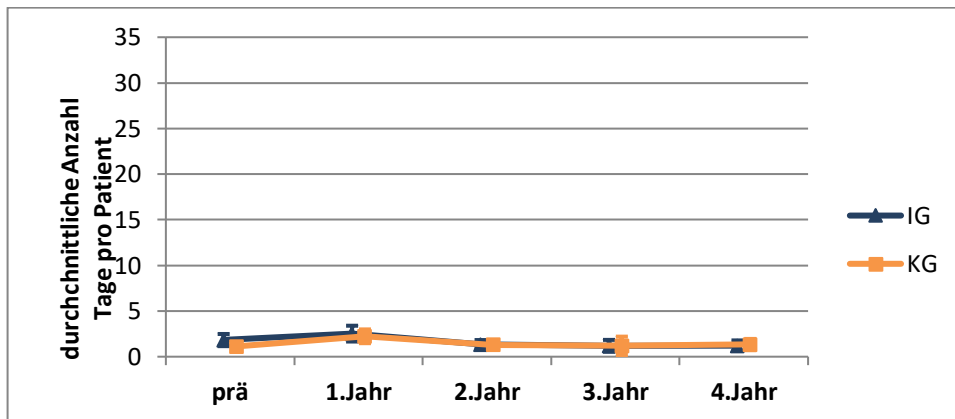
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



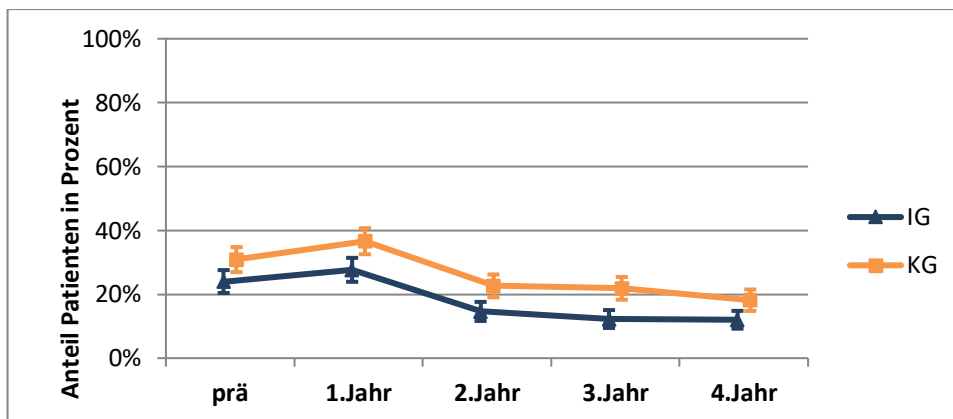
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

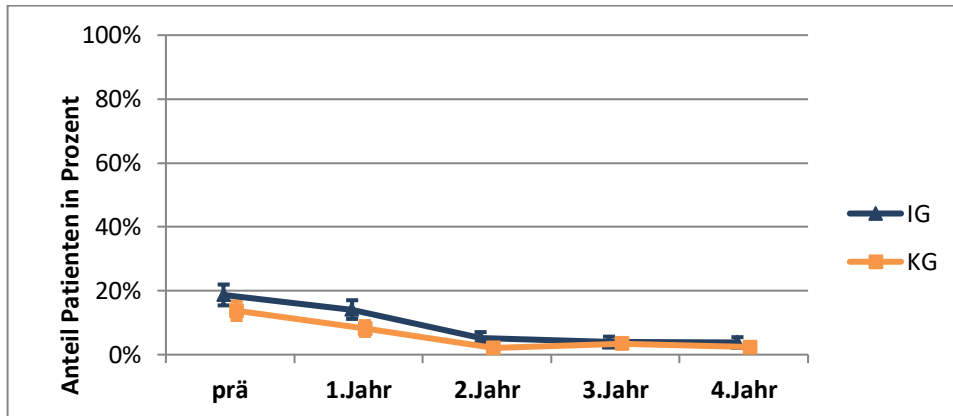
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

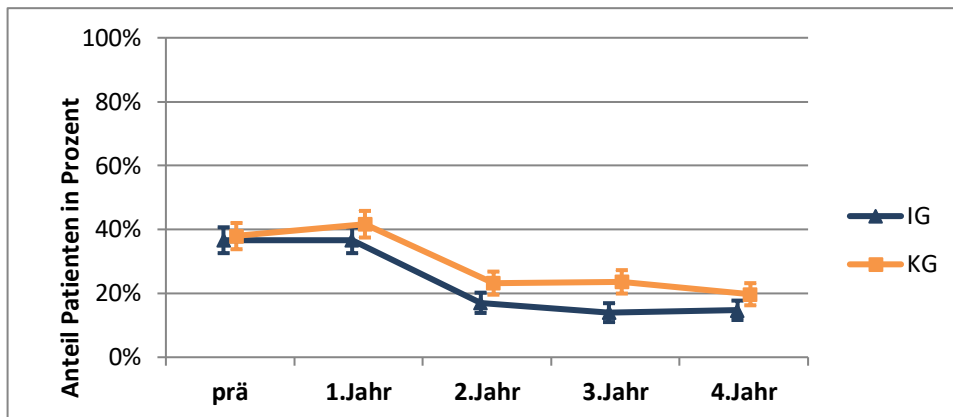
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



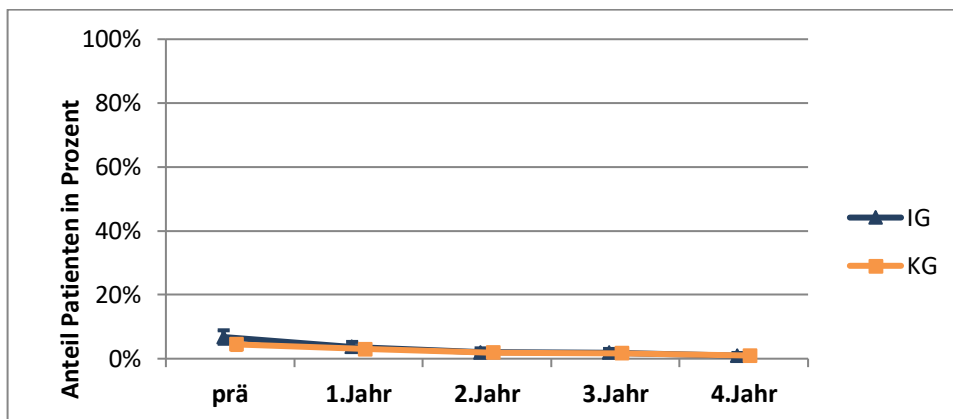
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



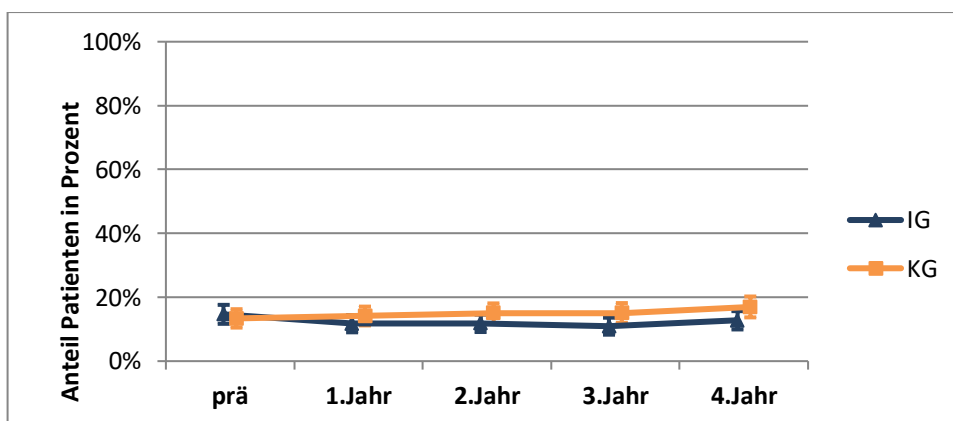
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

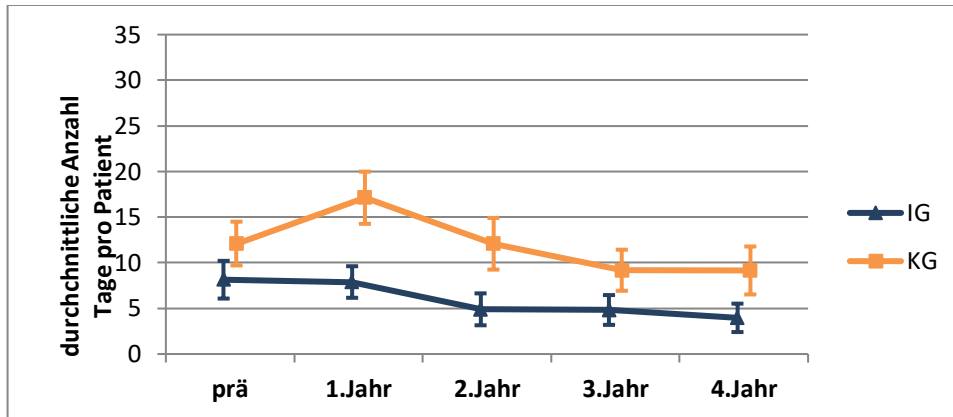


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

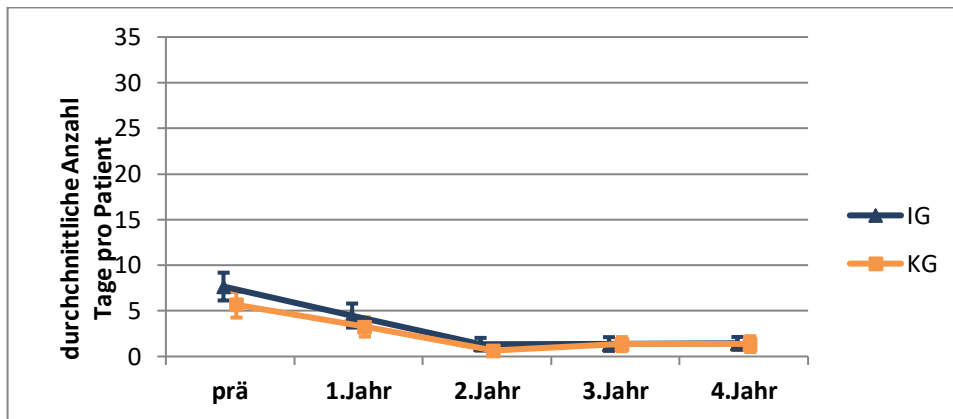


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

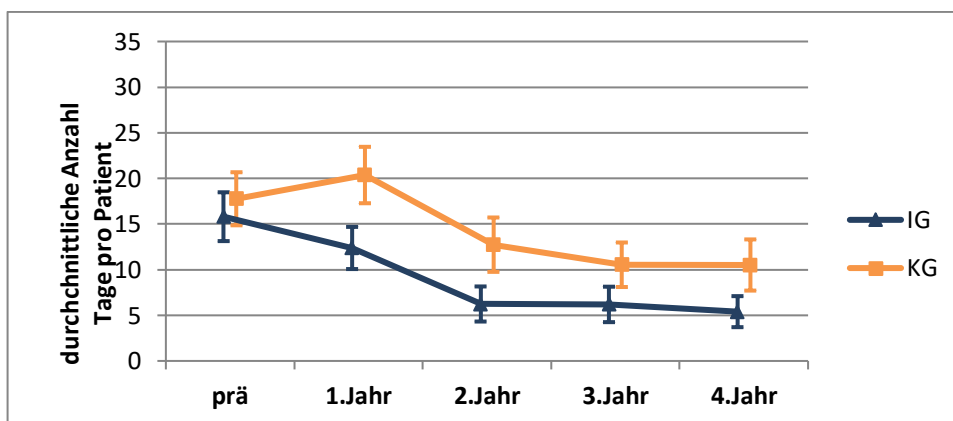
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



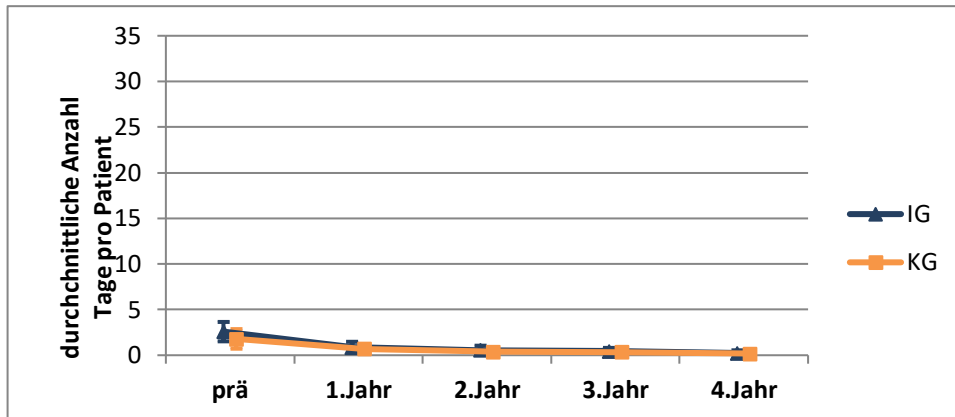
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

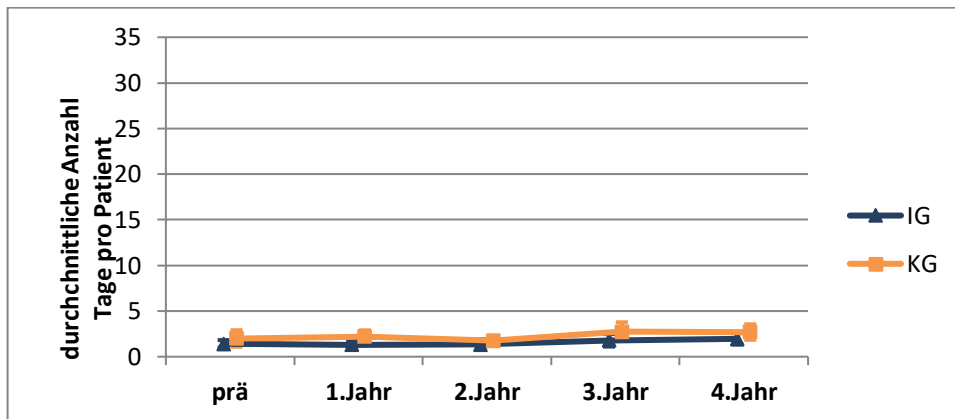


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,44* 0,24...0,83	32,44** 3,51...300,10	-9,06*** -12,22...-5,90	12,78*** 10,68...14,88
DID Jahr 2	0,74 0,36...1,49	5,70 0,56...57,82	-1,27 -4,43...1,89	0,30 -1,80...2,40
DID Jahr 3	0,82 0,40...1,71	10,85* 1,01...116,06	-2,56 -5,72...0,60	1,29 -0,81...3,39
DID Jahr 4	0,98 0,47...2,04	2,21 0,19...25,89	-1,70 -4,86...1,46	0,24 -1,86...2,34
DID Jahr 1-4	—	—	-3,65** -6,26...-1,03	3,65*** 1,86...5,45

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,92 0,61...1,39	1,28 0,75...2,19	-5,27* -9,47...-1,08	-0,76 -2,72...1,21
DID Jahr 2	0,82 0,52...1,29	1,75 0,79...3,87	-3,01 -7,20...1,18	-1,31 -3,28...0,66
DID Jahr 3	0,68 0,43...1,09	0,76 0,37...1,59	-0,18 -4,37...4,02	-1,98* -3,94...-0,01
DID Jahr 4	0,89 0,55...1,44	1,11 0,49...2,50	-0,86 -5,06...3,33	-1,90 -3,87...0,07
DID Jahr 1-4	—	—	-2,33 -5,66...1,00	-1,49 -3,05...0,08

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.066	2.066	2.066	2.066
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,9 %	43,1 %	6,9 %	58,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,1 %	40,7 %	0,8 %	15,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,0 %	72,9 %	7,4 %	67,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,6 %	3,0 %	1,4 %	3,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,7 %	12,9 %	13,9 %	13,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ^{3,4} (B1)	1,0	9,9	1,4	18,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	16,9	0,3	6,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,1	26,8	1,8	25,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,9	0,2	1,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	1,9	1,7	2,3

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 für Effekte bei stationärer Behandlung, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

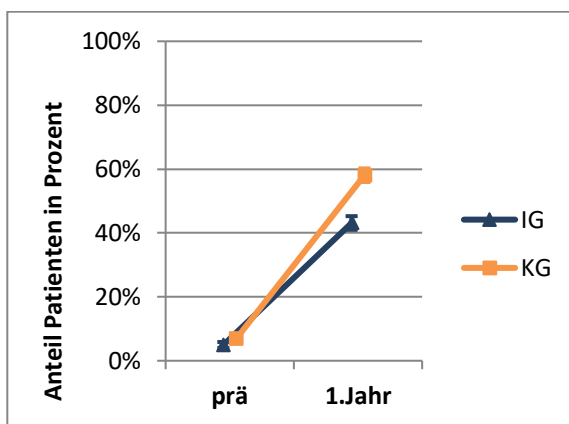
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

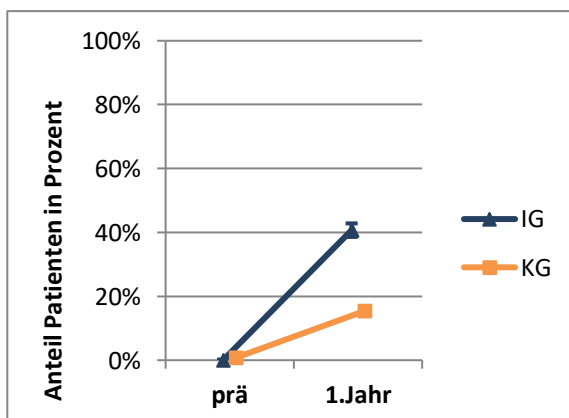
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

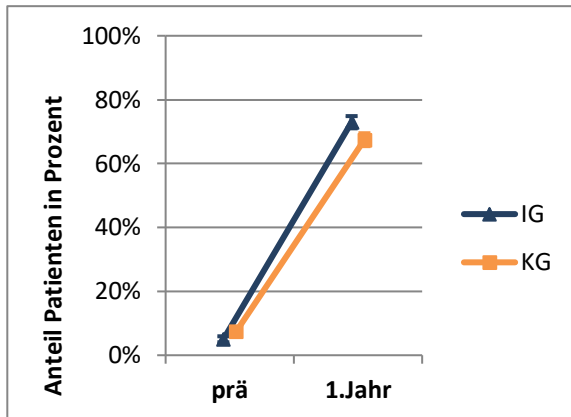
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



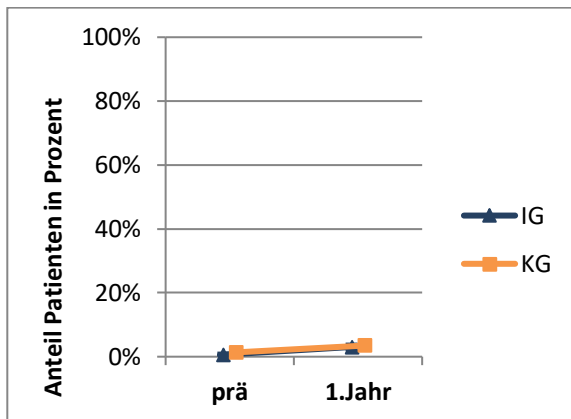
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



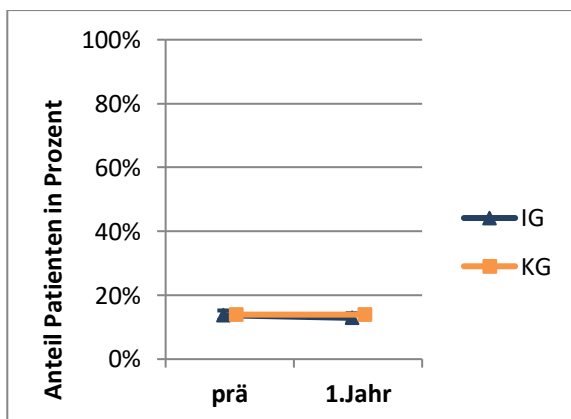
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

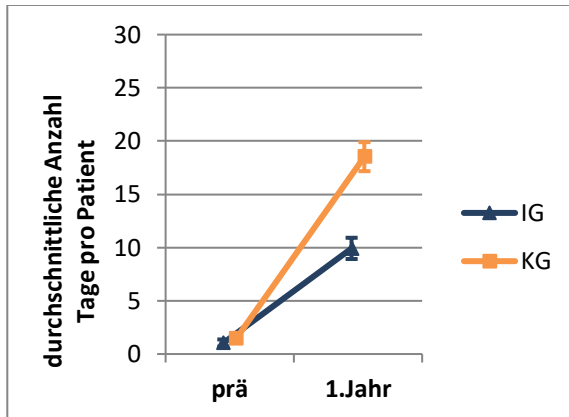


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

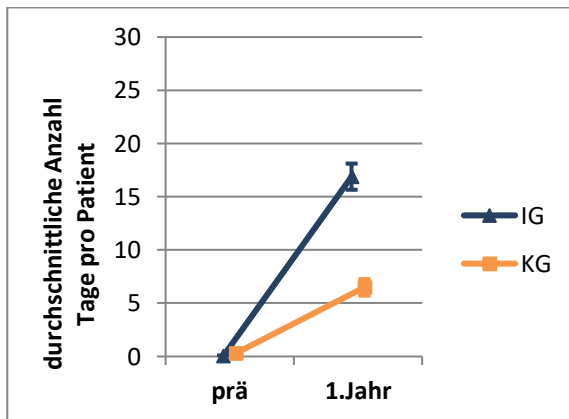


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

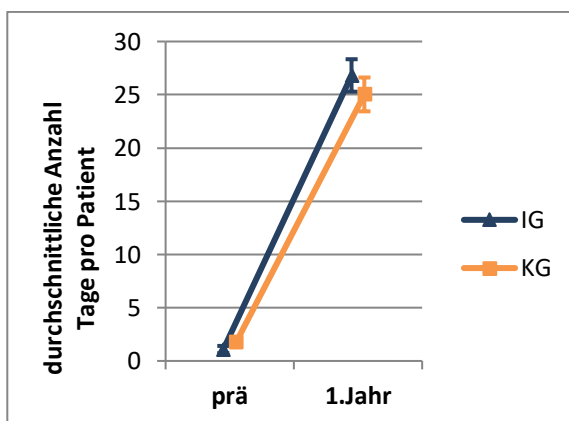
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



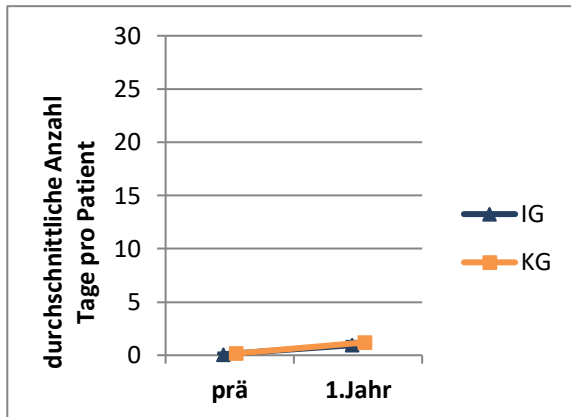
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



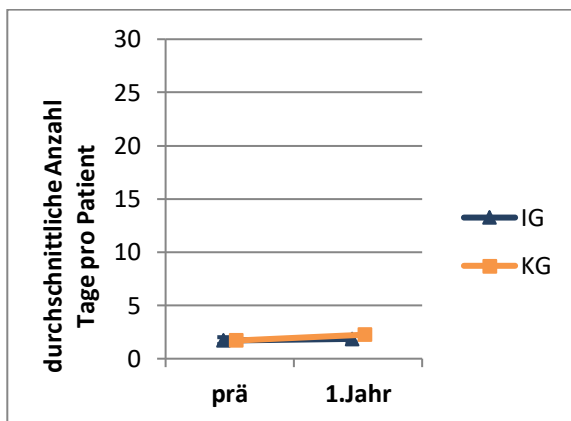
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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)	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,9 %	45,2 %	7,8 %	7,3 %	59,6 %	11,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,1 %	42,0 %	3,1 %	1,0 %	15,6 %	3,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,9 %	76,6 %	9,5 %	7,9 %	68,7 %	13,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,6 %	2,8 %	0,9 %	1,6 %	3,8 %	2,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,0 %	12,9 %	10,1 %	13,4 %	14,4 %	11,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,0	10,3	2,2	1,5	19,5	3,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	17,1	1,2	0,4	6,5	1,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,1	27,4	3,4	1,9	26,0	4,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,8	0,3	0,2	1,2	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	2,0	1,4	1,5	2,2	1,3

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

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

berücksichtigt.

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

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

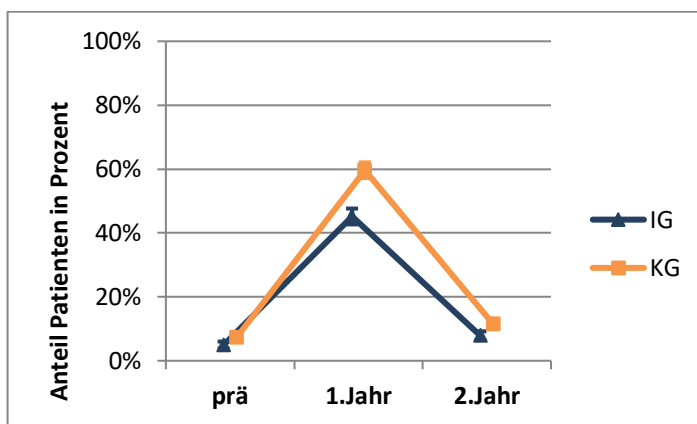
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

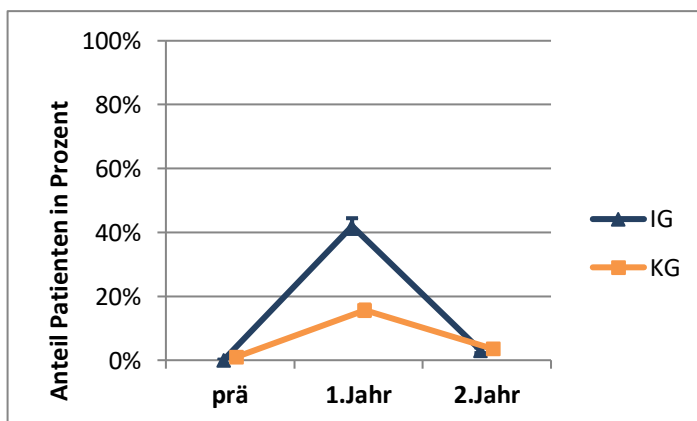
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

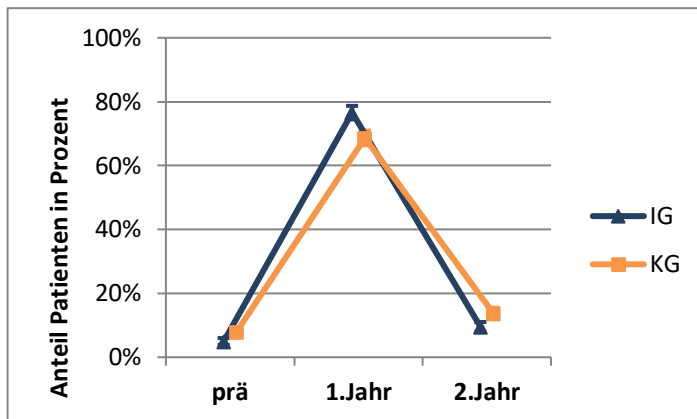
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



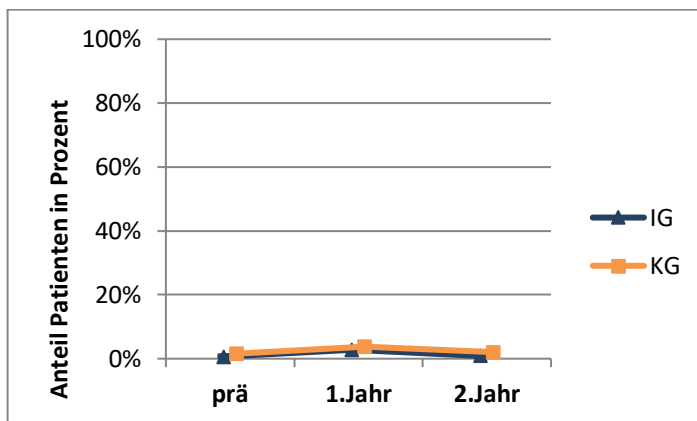
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



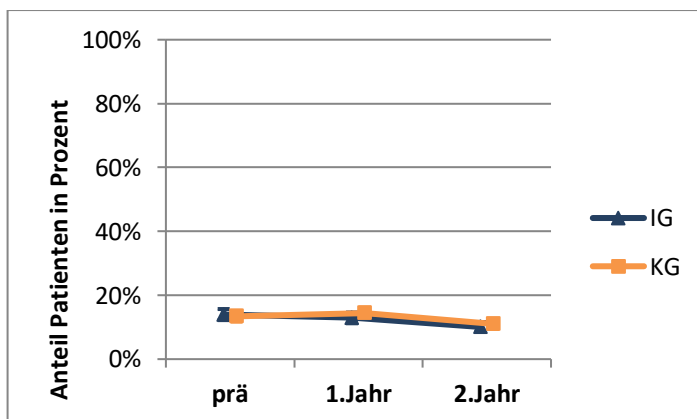
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

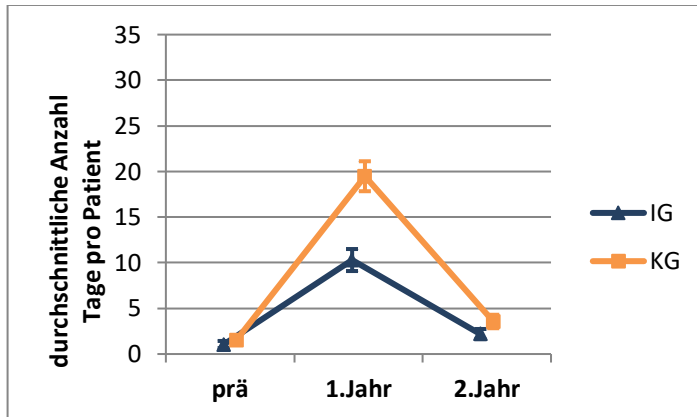


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

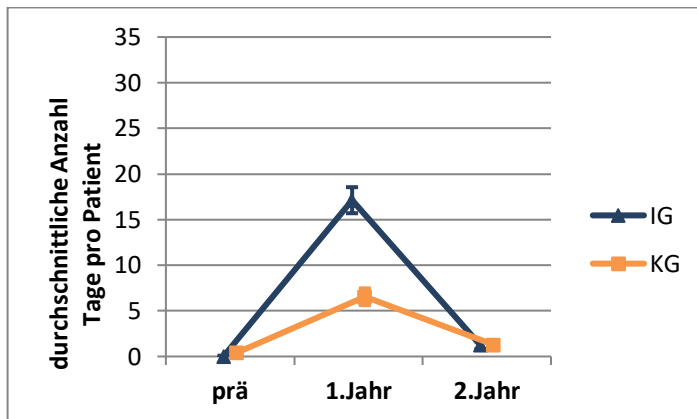


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

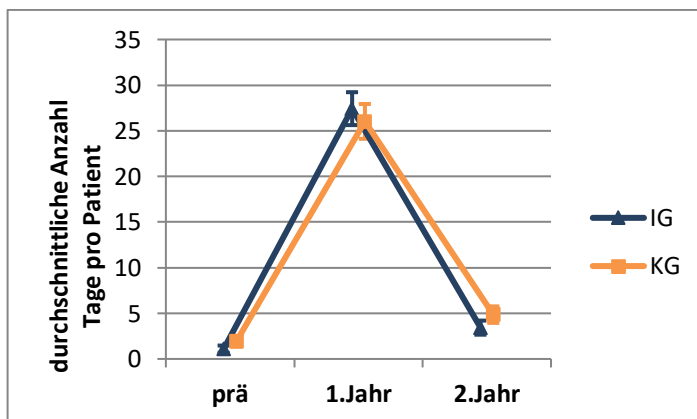
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



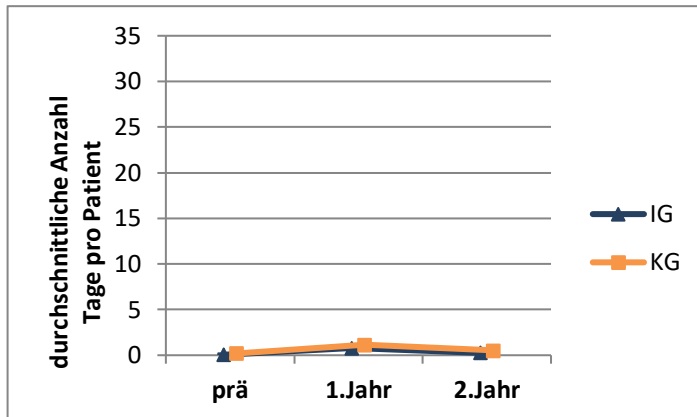
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

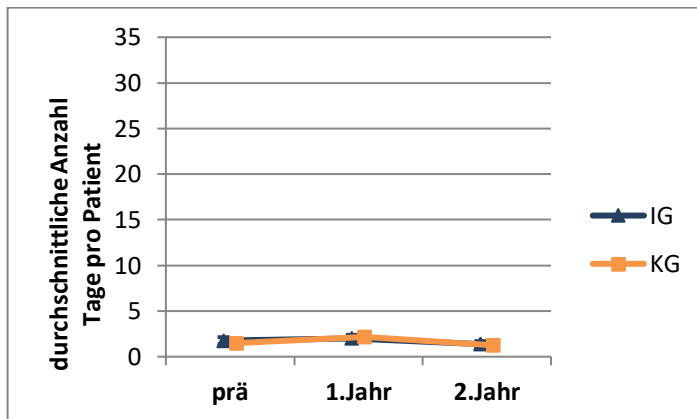


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,52*** 0,36...0,75	84,21*** 11,08...640,03	-8,68*** -10,52...-6,84	10,95*** 9,49...12,40
DID Jahr 2	0,97 0,65...1,45	14,29* 1,82...112,19	-0,82 -2,67...1,02	0,33 -1,13...1,78

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)	984	984	945	919	984	984	942	914
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,0 %	46,5 %	7,4 %	6,3 %	7,0 %	62,7 %	12,1 %	9,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,1 %	44,0 %	3,5 %	2,8 %	1,1 %	14,3 %	3,0 %	2,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,0 %	80,1 %	9,4 %	8,5 %	7,7 %	69,9 %	13,8 %	10,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,5 %	2,6 %	0,7 %	1,3 %	1,5 %	3,8 %	2,5 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,4 %	13,9 %	10,9 %	9,6 %	14,2 %	15,0 %	11,1 %	8,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,2	10,7	2,0	1,7	1,4	20,2	3,7	3,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	17,0	1,4	1,1	0,5	6,1	1,1	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,3	27,7	3,3	2,7	1,9	26,3	4,8	4,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,7	0,2	0,4	0,2	1,2	0,7	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	2,2	1,5	1,5	1,4	2,0	1,2	1,2

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

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

berücksichtigt.

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	595	595	588	576	588	588	576	564
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	23,2 %	29,4 %	14,1 %	12,3 %	28,9 %	38,3 %	23,1 %	21,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	17,3 %	15,8 %	4,8 %	4,0 %	13,1 %	8,8 %	2,1 %	3,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	35,0 %	39,5 %	16,3 %	13,9 %	35,9 %	43,5 %	23,8 %	23,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	8,7 %	4,5 %	2,0 %	1,9 %	5,4 %	3,2 %	1,9 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,1 %	11,9 %	11,9 %	11,3 %	14,6 %	13,4 %	14,8 %	14,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	7,6	8,1	4,6	4,7	11,3	16,8	11,8	8,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	7,1	4,9	1,2	1,4	5,3	3,3	0,7	1,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	14,8	13,0	5,9	6,1	16,6	20,2	12,4	10,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	3,0	1,2	0,6	0,5	2,2	0,7	0,4	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,4	1,3	1,8	2,0	2,0	1,7	2,6

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

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

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

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

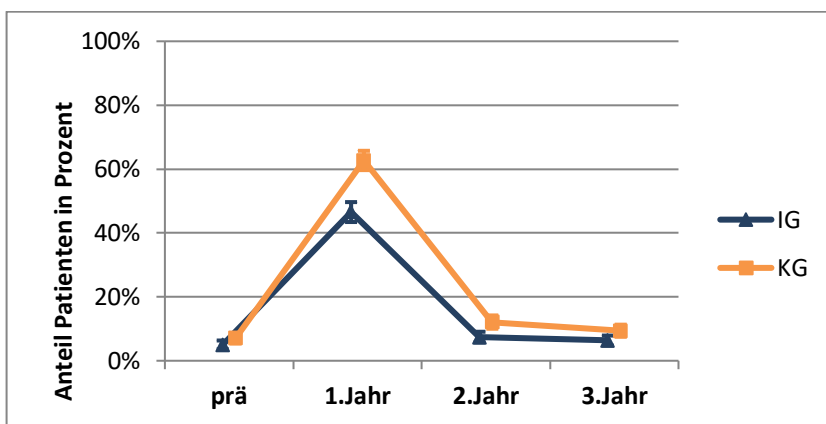
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

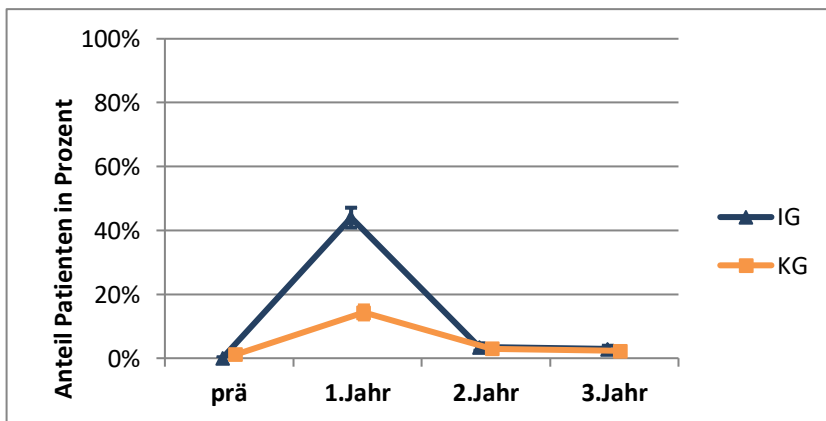
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

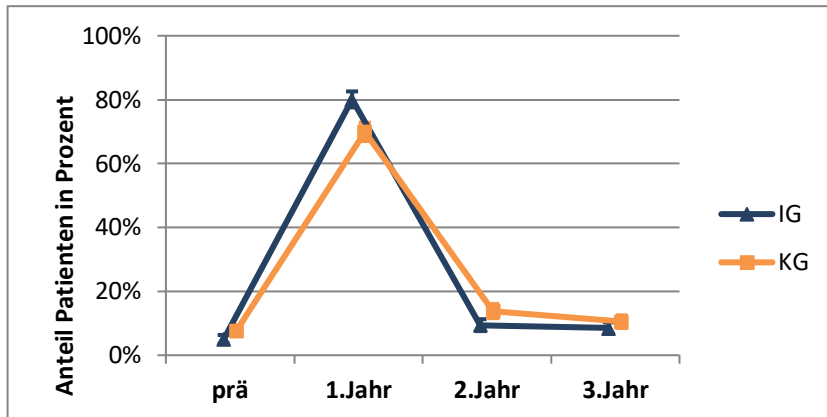
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



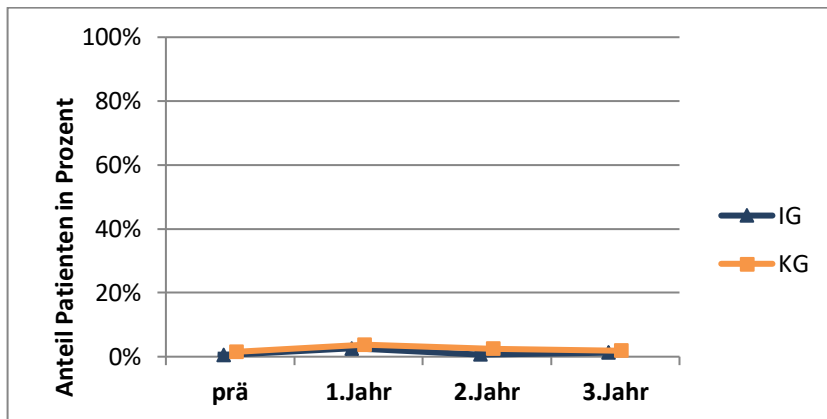
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



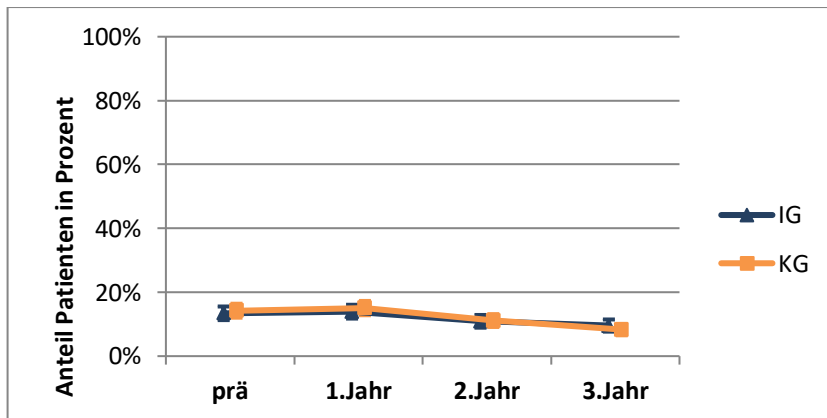
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

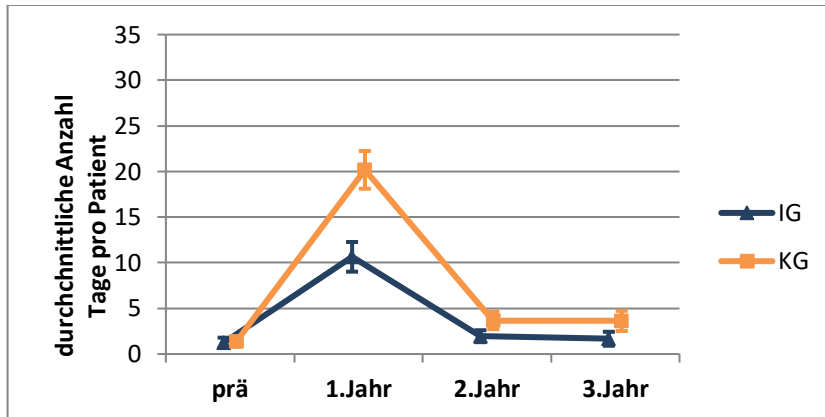


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

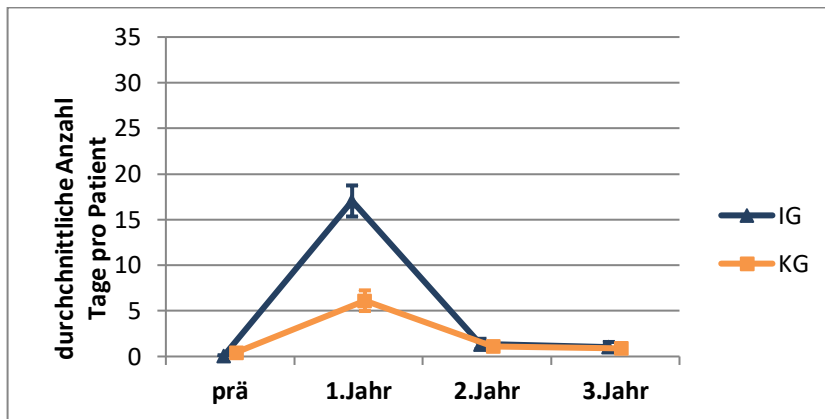


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

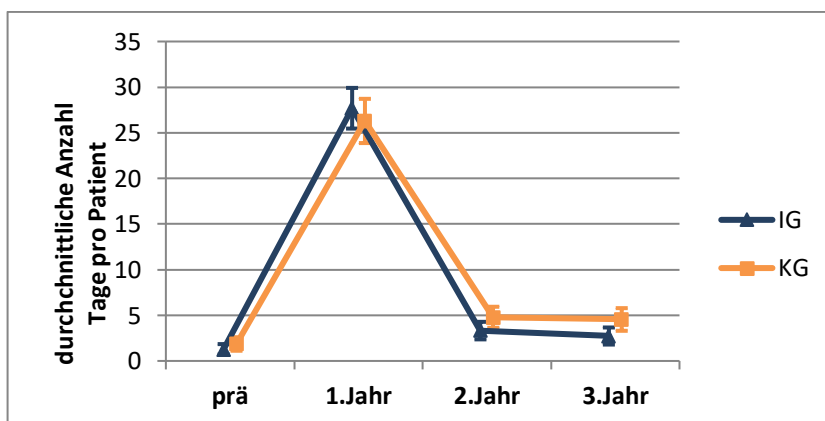
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



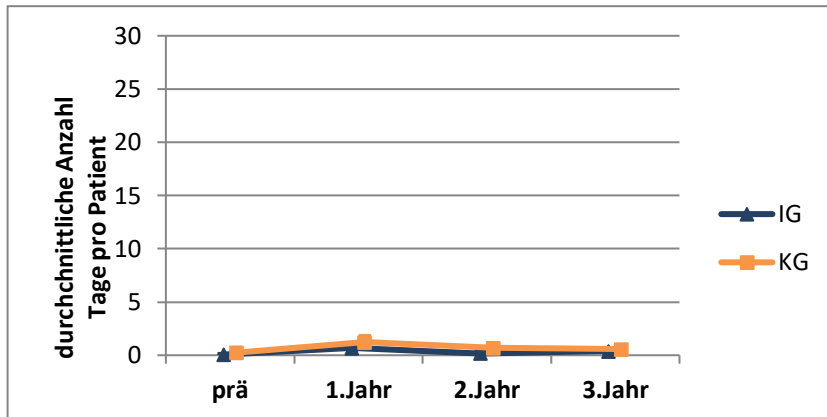
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



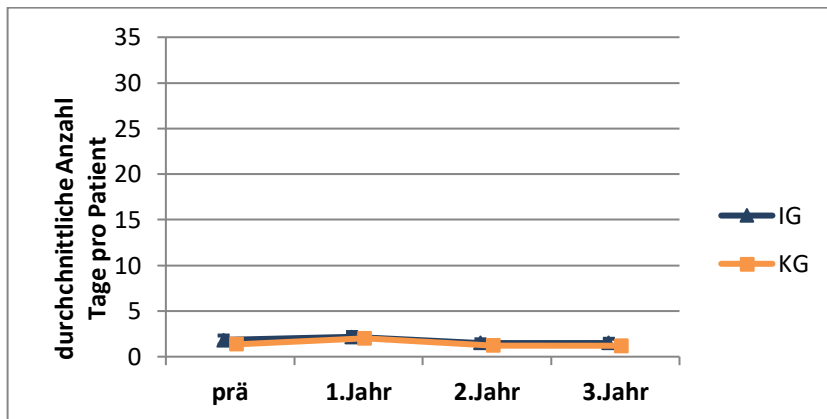
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

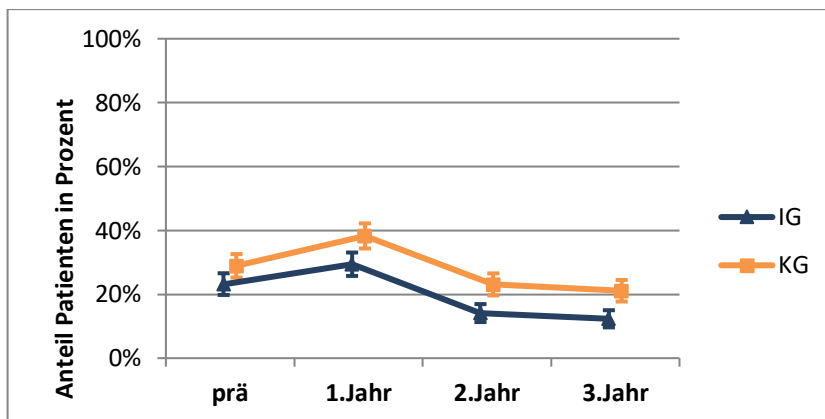
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

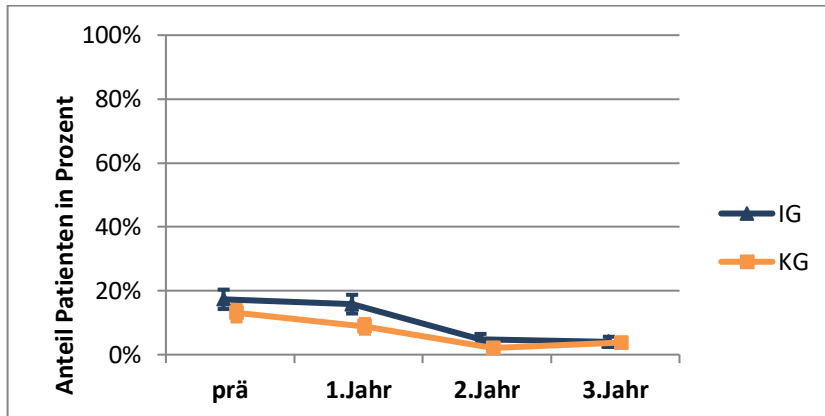
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

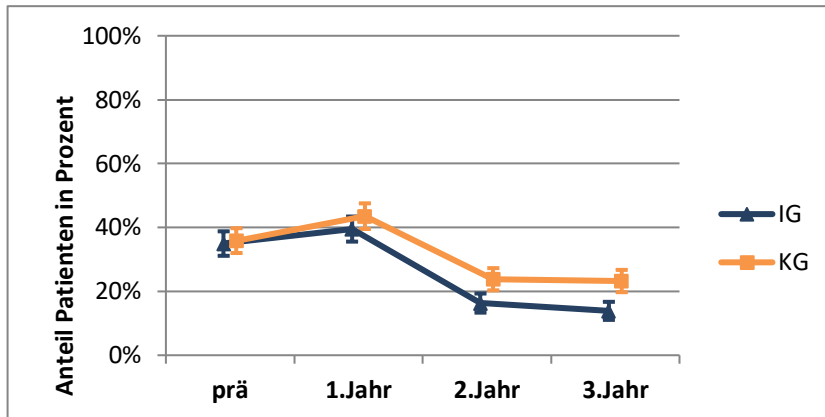
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



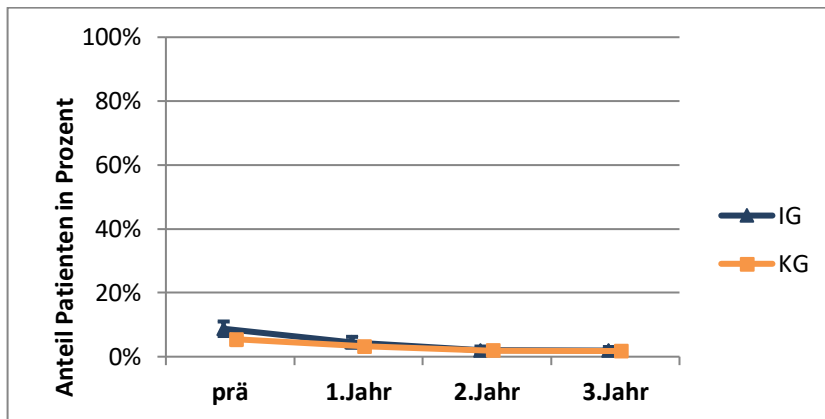
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



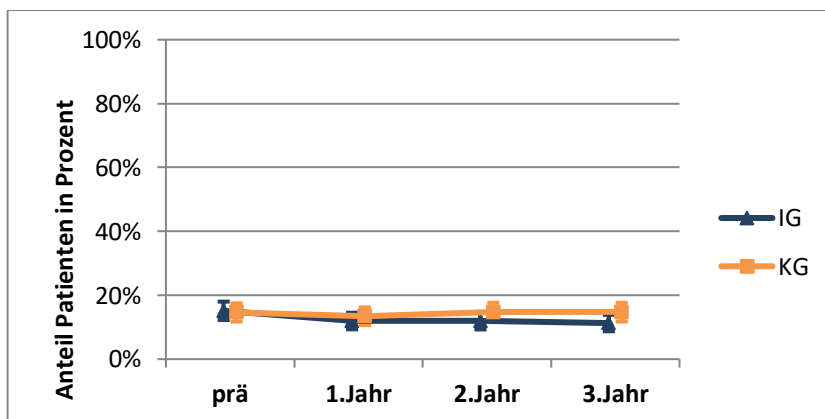
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

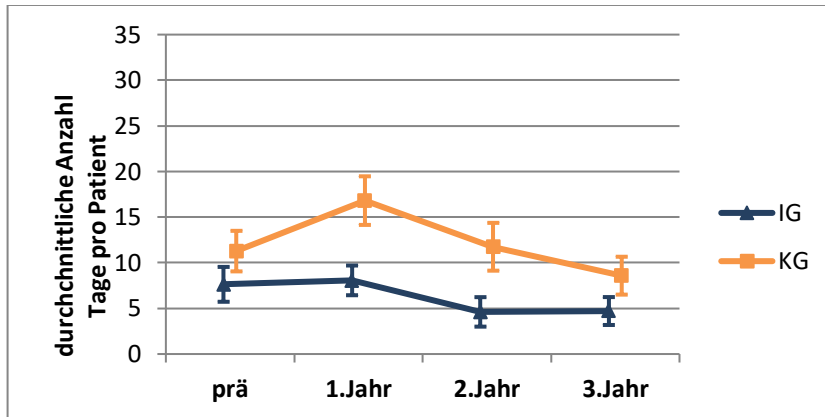


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

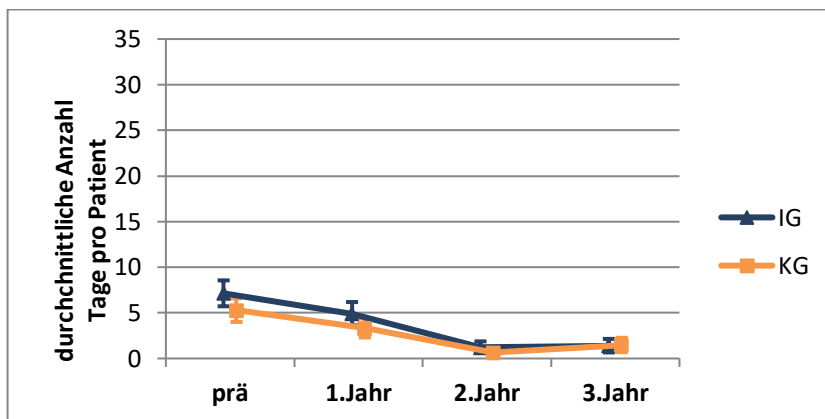


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

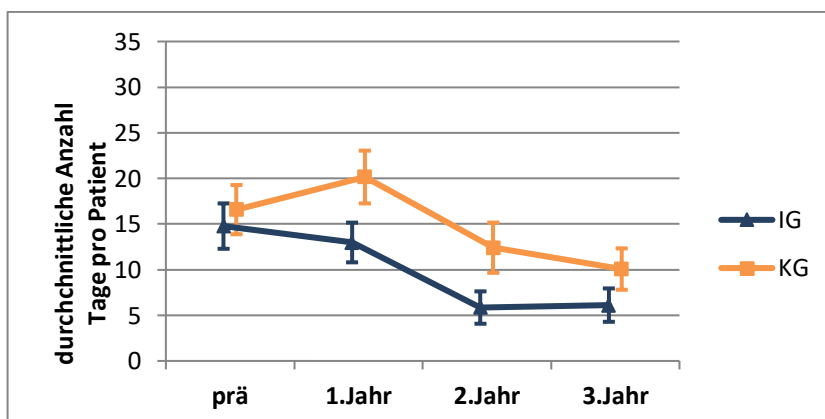
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



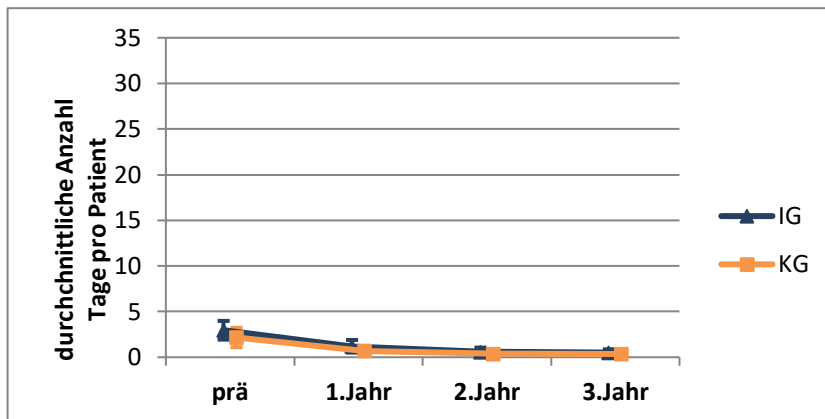
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



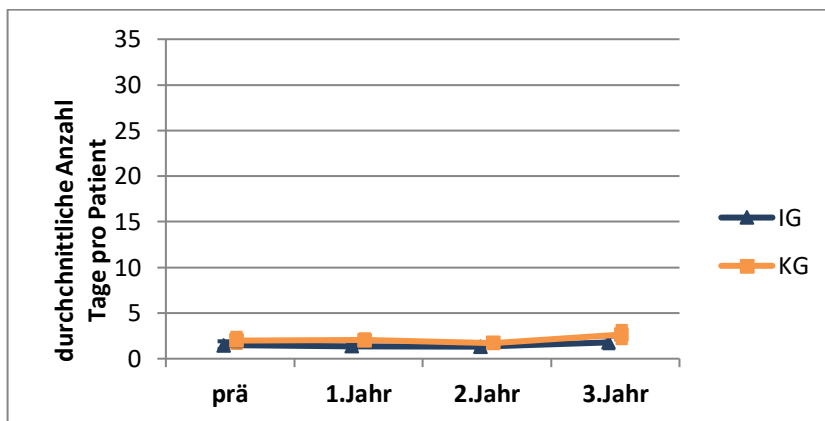
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten über die Beobachtungszeit vergleichbar durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: +0,4; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,5; 4. Jahr: -0,2 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich für Patienten der IG durchschnittlich stets mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für das erste und vierte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD = je 2,8 PIA-Kontakte).

Der Anstieg ambulanter Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -1,3 Kontakte). Die restlichen Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf mit stets leicht niedrigerer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,7; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -0,2; 4. Jahr: -0,2 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** im Vergleich zur KG (IG: +4,2 Kontakte; KG: +2,9 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG weniger stark im Vergleich zur KG an (IG: +0,6 Kontakte; KG: +1,4 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein leicht größerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG (IG: +3,7; KG: +3,1 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Die Anzahl PIA-Kontakte war in beiden Jahren nach Referenzfall in der IG leicht höher als in der KG.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U1 und U2, in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant weniger stark im Vergleich zur KG (DiD = -1,0 Kontakte) und war in der IG stets etwas geringer als in der KG (prä: -0,1; 1. Jahr: -1,1; 2. Jahr: -0,5 ambulante Kontakte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten verliefen zwischen IG und KG parallel. Bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG stets größer als in der KG. Weiterhin war der Anstieg der Kontakte vom Jahr Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer verglichen mit der KG.

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten wies, analog zu obigen Untersuchungen, in der IG einen geringeren Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach verglichen mit der KG auf. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich hier stets geringere Kontakte im Vergleich zur KG (prä: -0,6; 1. Jahr: -0,6; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -0,4 Kontakte). Die Verläufe waren jedoch sehr 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)	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	0	486	465	450	442	0	482	459	446	435
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	473	483	455	433	427	451	462	437	419	404
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	3,7	2,3	1,4	1,6	–*	3,4	2,6	1,9	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,2	1,7	1,8	1,4	1,3	1,1	2,8	2,0	1,8	1,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,3	15,2	13,1	13,1	11,9	9,3	12,7	11,7	10,8	9,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	–*	0,0	0,1	0,0	0,0	–*	0,1	0,1	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	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,3	0,4	0,5	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,9	5,9	6,9	8,0	8,3	4,9	8,4	6,4	6,5	6,8
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	0	546	540	530	524	0	538	526	517	507
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	537	541	533	521	512	520	521	506	498	484
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	9,7	7,3	6,5	8,7	–*	7,0	6,4	5,4	5,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,7	0,9	1,5	1,8	1,5	1,4	1,3	2,0	1,9	1,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,8	15,3	15,7	15,6	16,0	13,9	14,4	13,0	13,5	12,8

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

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

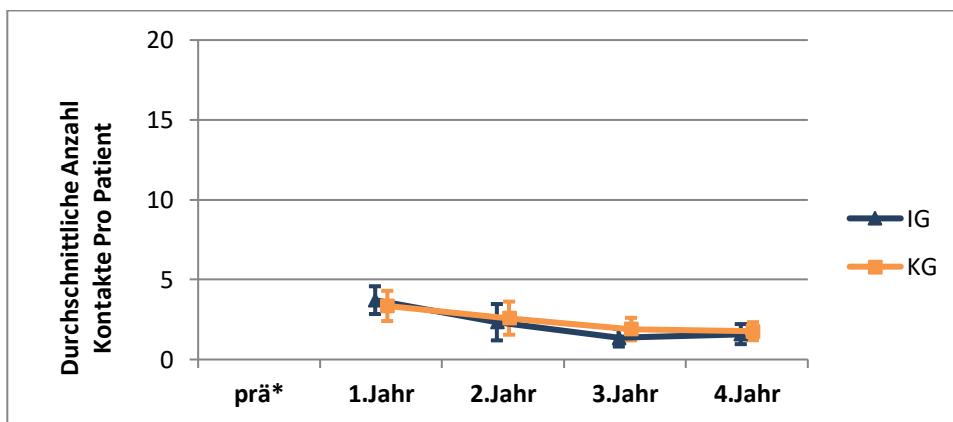
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

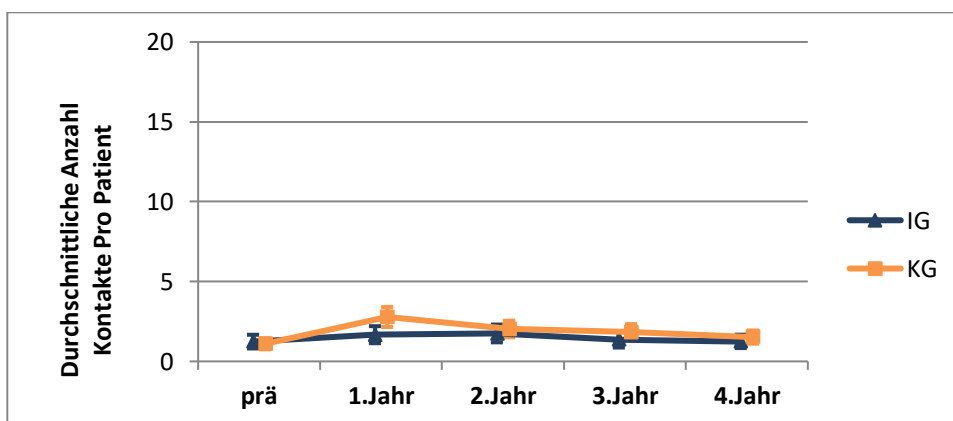
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

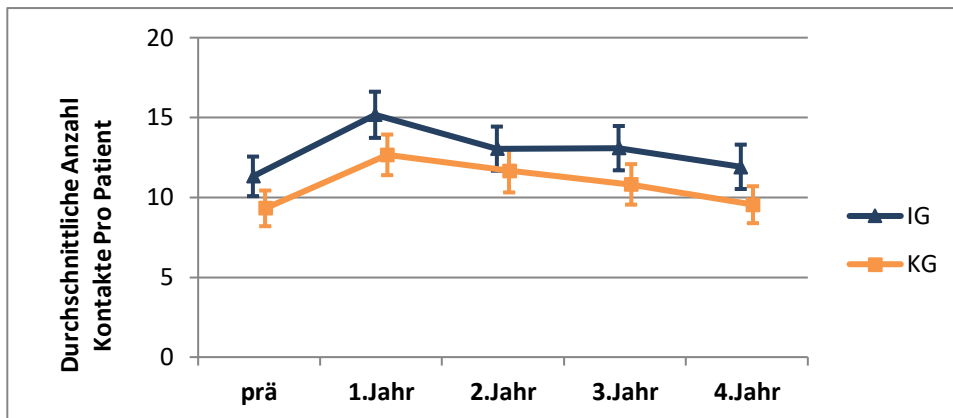


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

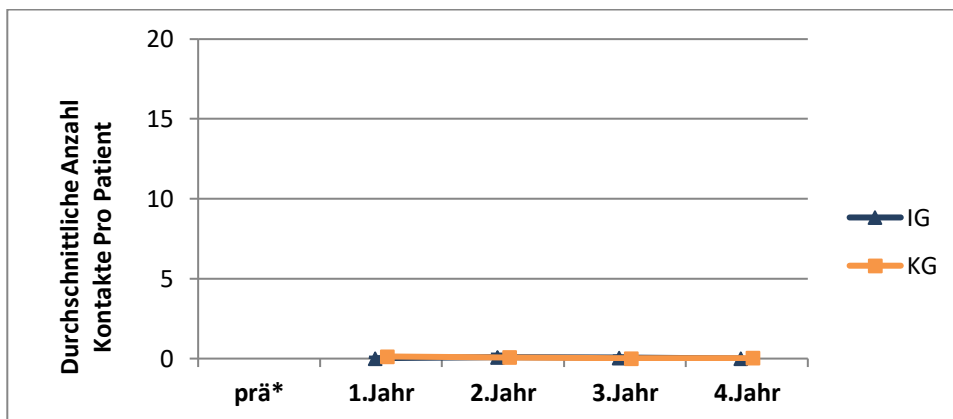


- bei anderen Vertragsärzten (E)



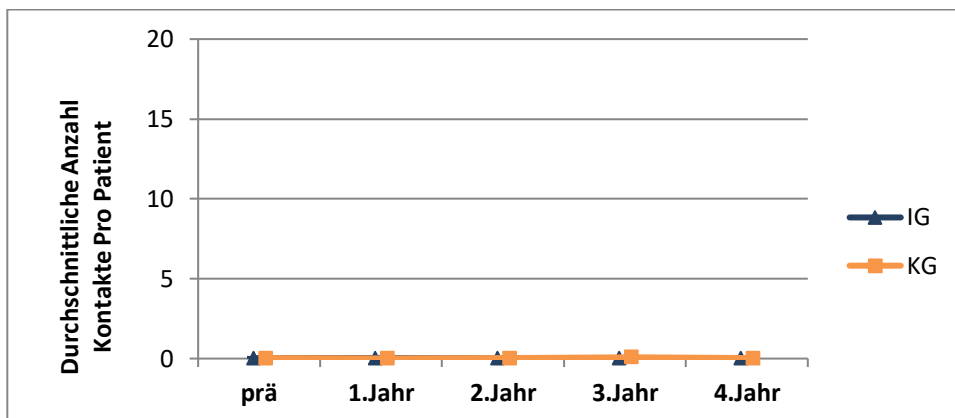
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*

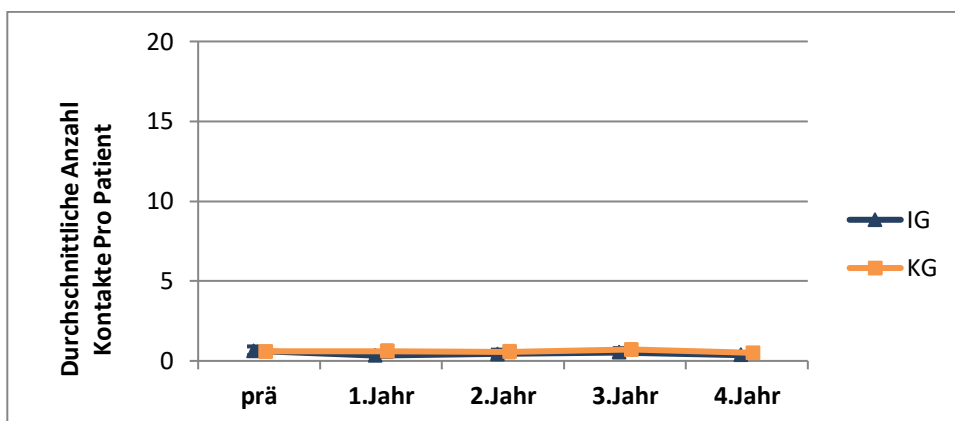


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

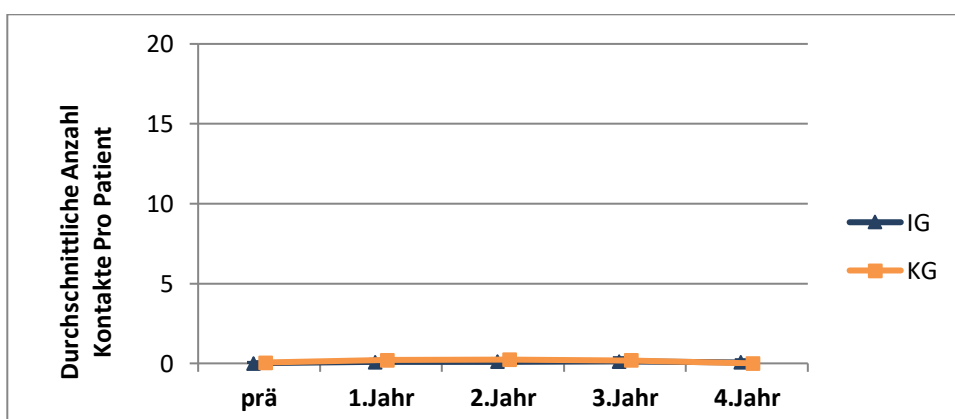


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

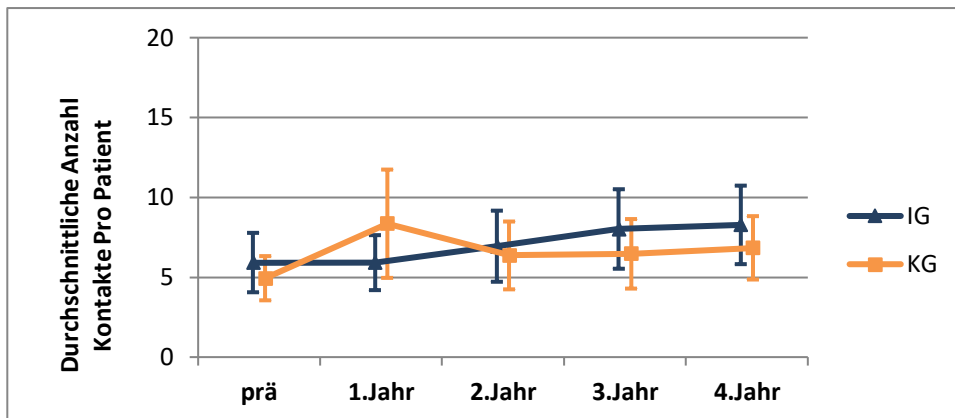


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



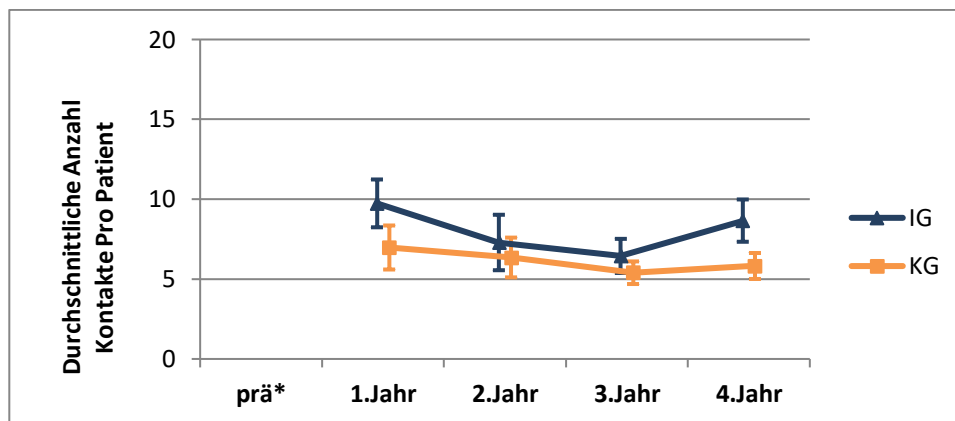
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

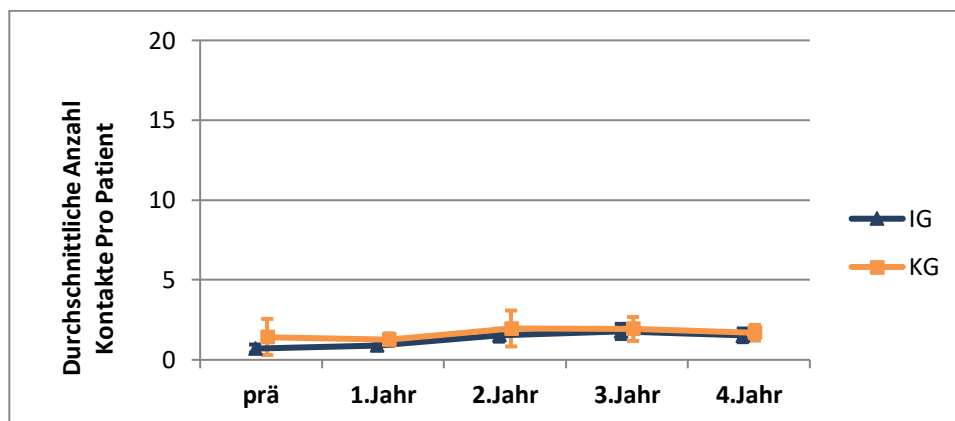
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*

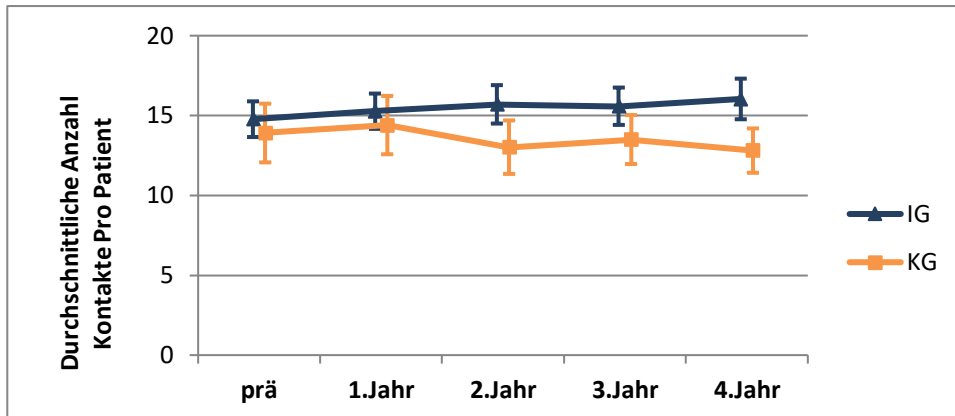


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

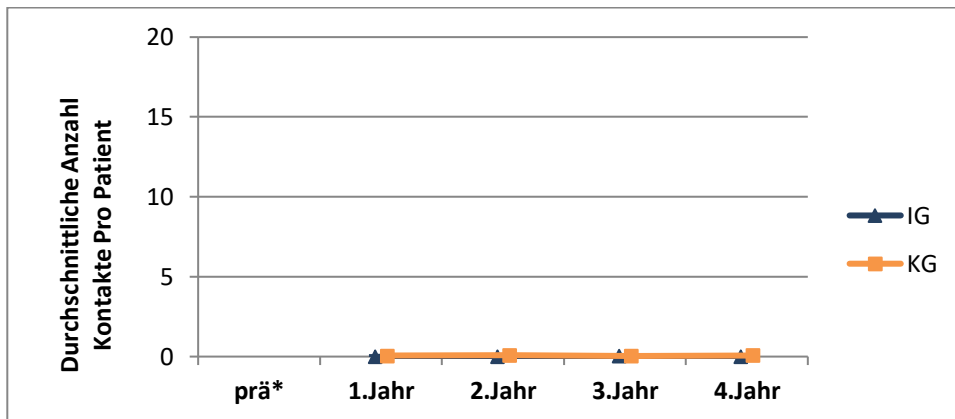


- bei anderen Vertragsärzten (E)



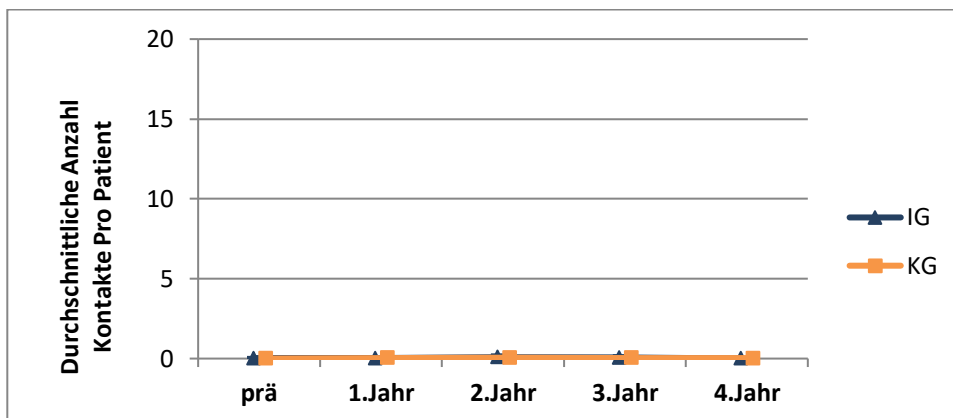
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*

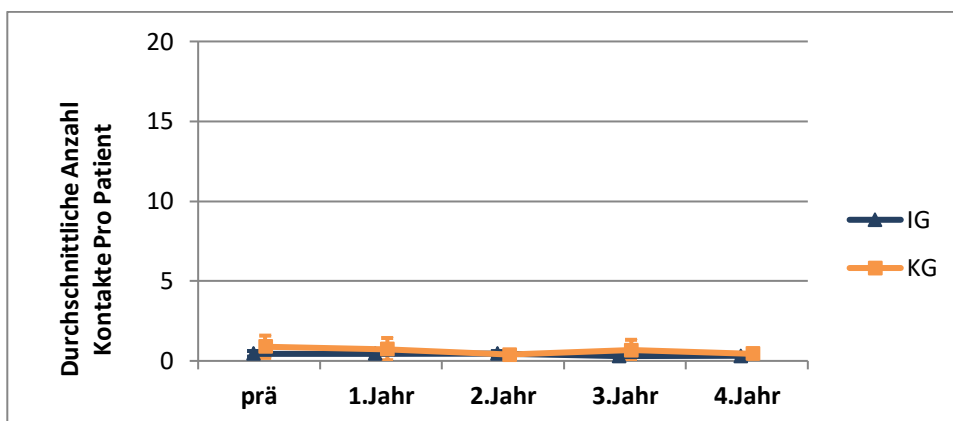


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

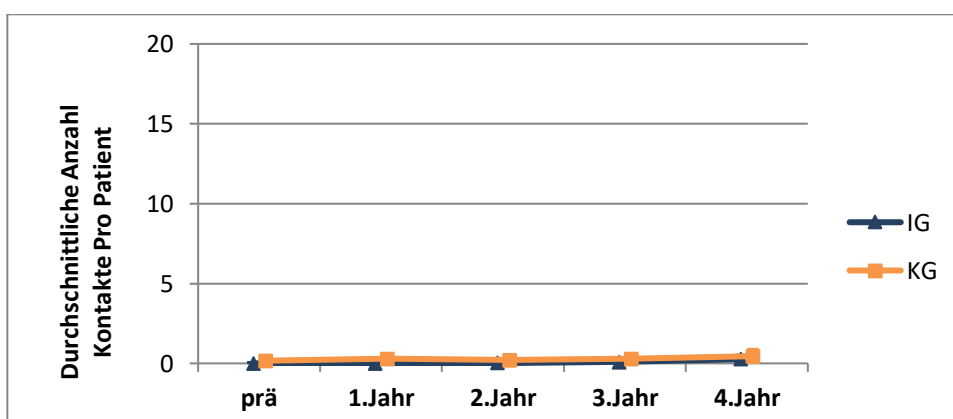


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

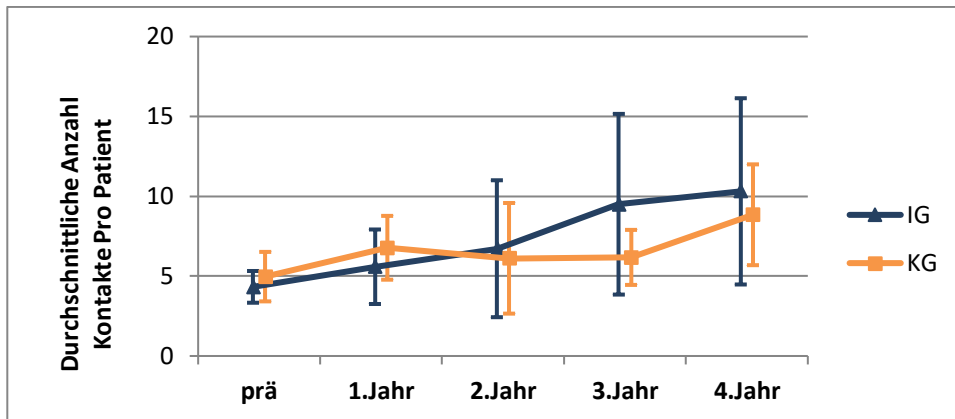


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,36 -1,05...1,78	-1,25** -2,18...-0,32	0,50 -1,72...2,73
DID Jahr 2	-0,23 -1,65...1,18	-0,39 -1,32...0,54	-0,62 -2,84...1,60
DID Jahr 3	-0,50 -1,91...0,92	-0,57 -1,50...0,36	0,10 -2,12...2,33
DID Jahr 4	-0,15 -1,57...1,26	-0,37 -1,30...0,56	0,21 -2,01...2,44

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	2,76* 0,58...4,95	0,37 -0,90...1,63	0,00 -2,61...2,62
DID Jahr 2	1,00 -1,18...3,18	0,33 -0,93...1,60	1,93 -0,68...4,54
DID Jahr 3	1,07 -1,11...3,26	0,59 -0,67...1,86	1,29 -1,32...3,90
DID Jahr 4	2,83* 0,64...5,01	0,60 -0,67...1,87	2,46 -0,15...5,07

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.066	2.066	2.066	2.066
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.556	2.066	1.556	2.066
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.012	2.031	1.993	2.011
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,3	0,1	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,3	1,9	1,3	2,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,1	14,3	10,4	12,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,4	0,9	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,3	0,1	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,6	7,6	7,3	8,8

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

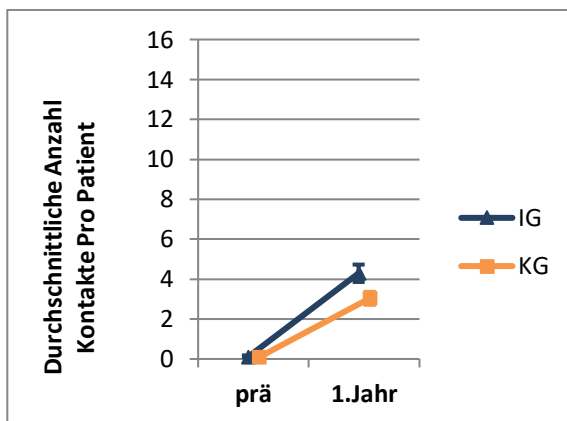
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

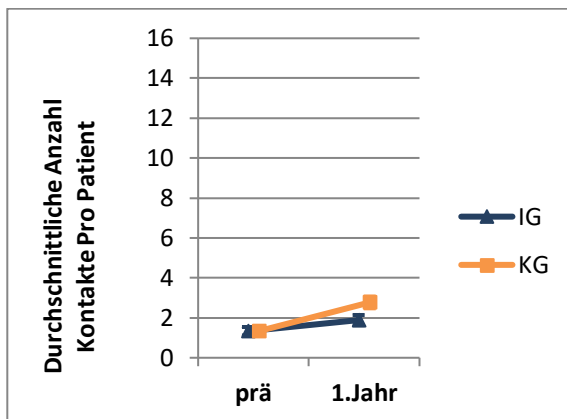
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

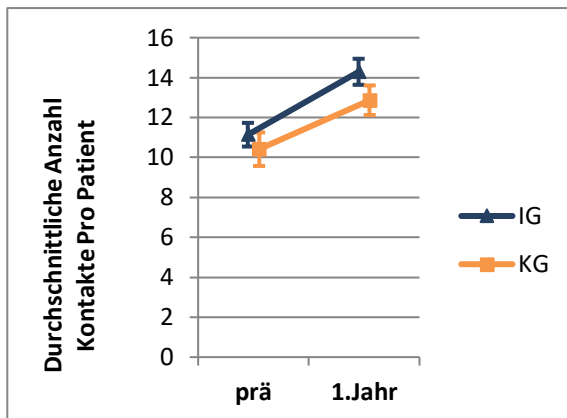
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

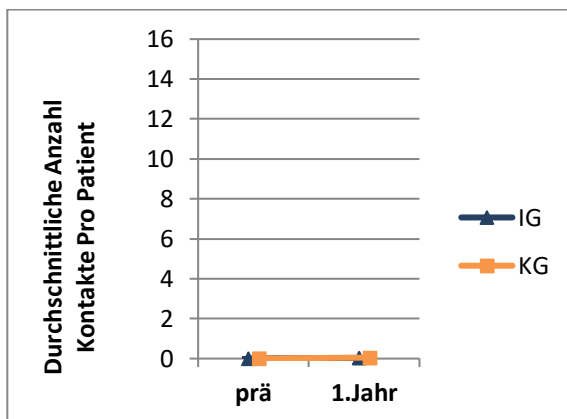


- bei anderen Vertragsärzten (E)

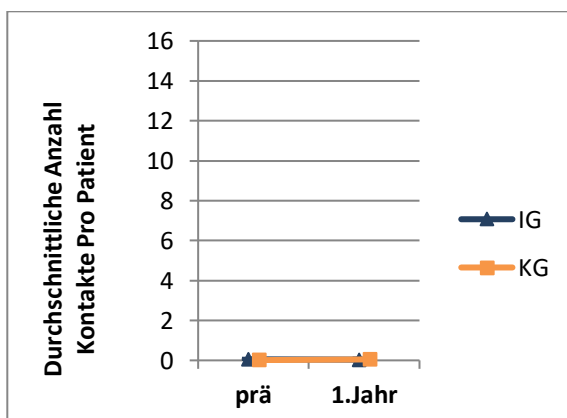


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

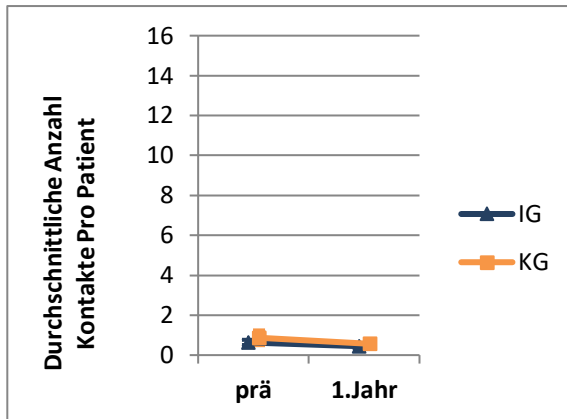
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

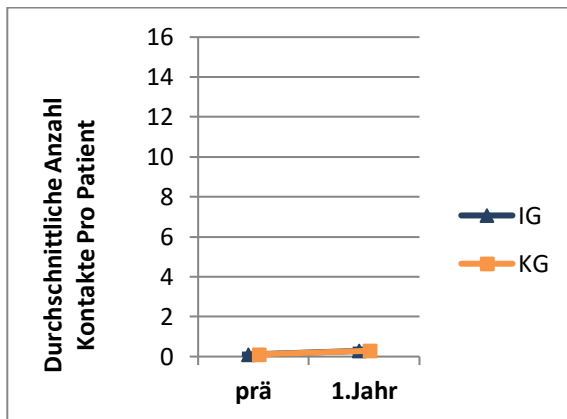


- bei anderen Vertragsärzten (F)

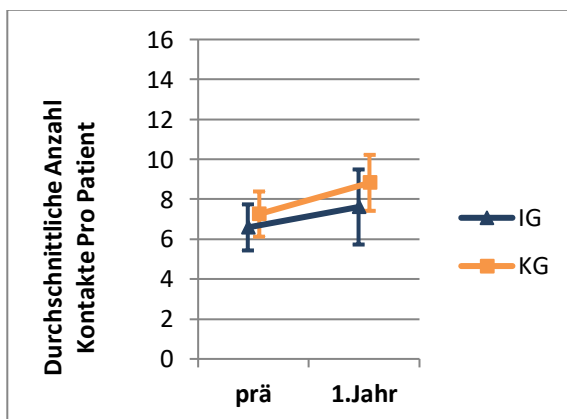


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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)	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.037	1.541	1.479	1.038	1.541	1.477
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.496	1.521	1.438	1.483	1.497	1.414
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,8	2,3	0,1	3,2	2,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,3	1,8	1,9	1,4	2,9	2,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,6	15,0	12,9	10,7	13,7	11,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,5	0,5	0,9	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,1	6,1	8,2	6,7	8,7	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 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

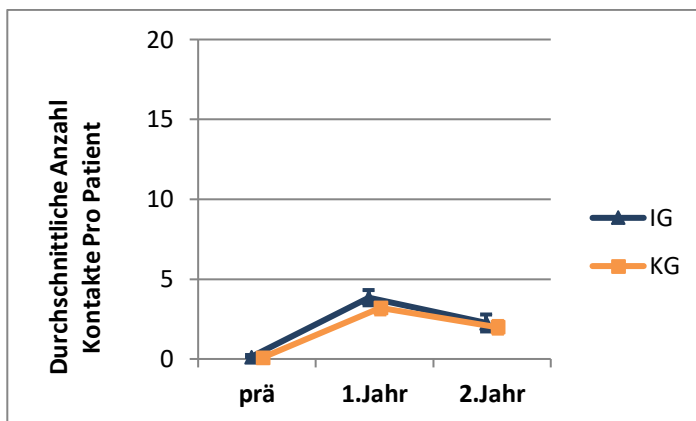
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

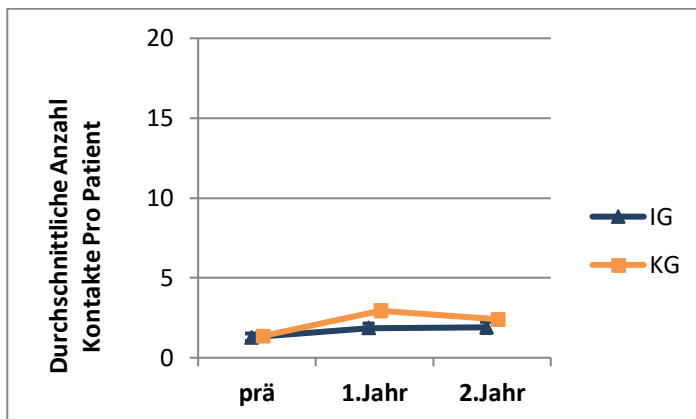
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

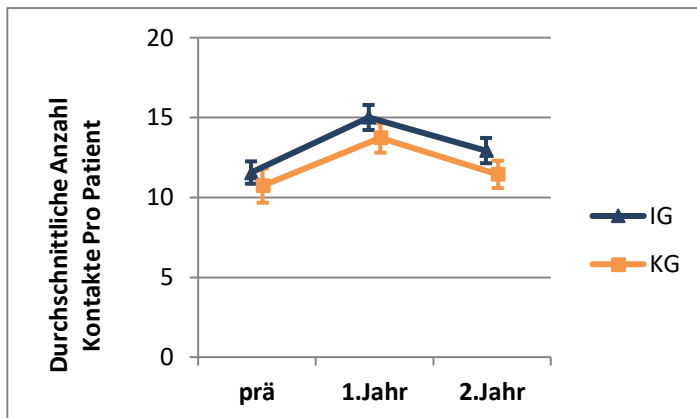
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

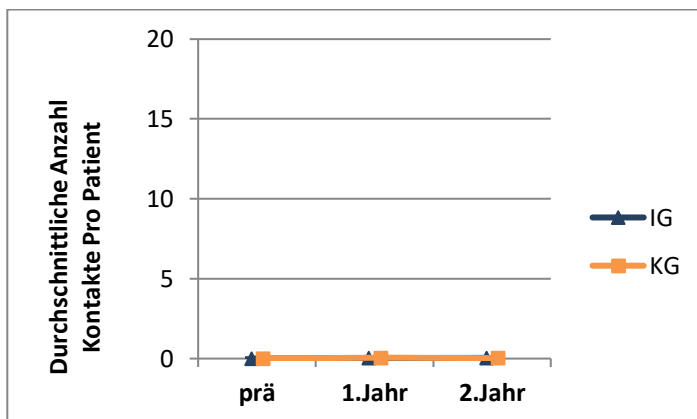


- bei anderen Vertragsärzten (E)

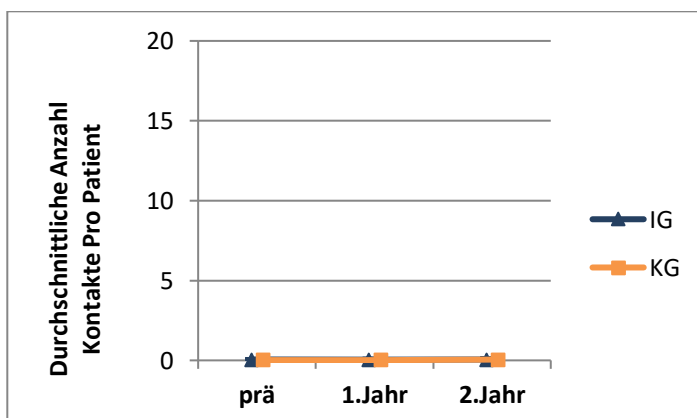


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

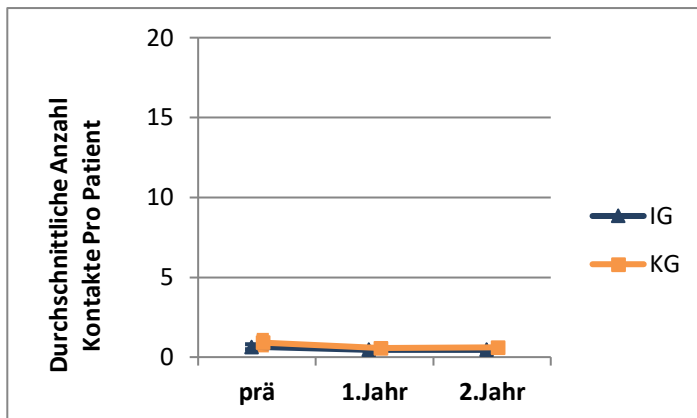
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

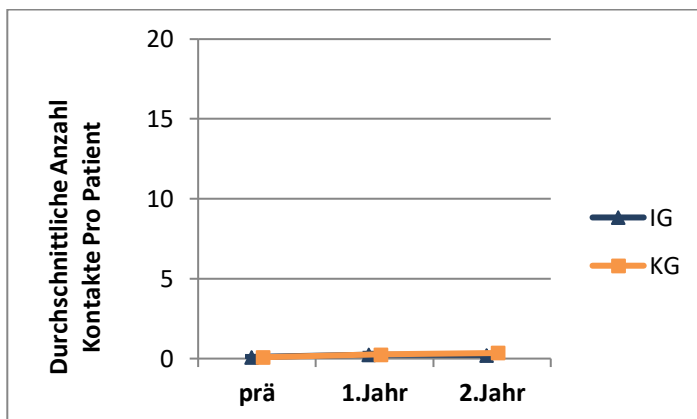


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

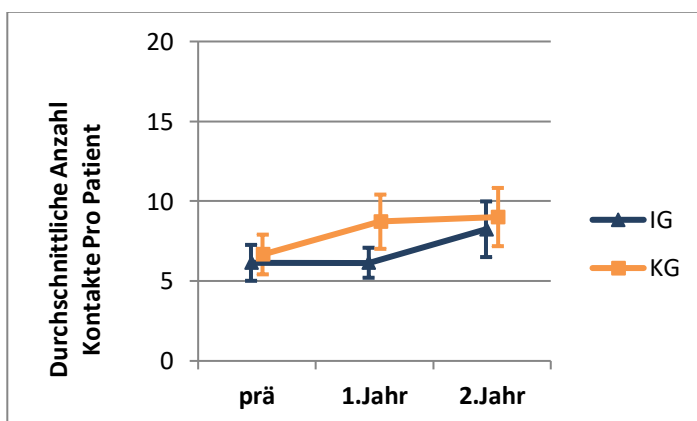


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,62 -0,11...1,34	-1,01** -1,60...-0,43	0,46 -1,06...1,98
DID Jahr 2	0,24 -0,49...0,97	-0,39 -0,97...0,20	0,63 -0,90...2,15

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)	984	984	945	919	984	984	942	914
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	488	984	945	919	489	984	942	914
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	952	974	925	881	939	952	903	868
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,3	2,1	1,8	0,1	3,3	2,2	1,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,3	2,0	2,0	1,7	1,3	2,9	2,3	1,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,4	15,3	13,5	12,3	10,8	13,9	12,1	10,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,4	0,5	0,5	1,0	0,6	0,7	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,2	0,3	0,4	0,1	0,2	0,4	0,3

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,5	6,4	8,8	8,9	6,1	8,4	7,7	7,8
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	595	595	588	576	588	588	576	564
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	43	595	588	576	45	588	576	564
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	586	590	579	560	569	571	554	542
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,7	9,1	6,7	6,1	0,1	6,7	6,1	5,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,8	1,0	1,6	1,7	1,5	1,6	2,2	2,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,7	15,2	15,6	15,2	15,1	15,3	13,8	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	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	0,1	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,4	0,4	0,4	0,3	0,9	0,7	0,4	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	4,3	5,9	6,7	9,4	5,0	7,0	5,9	6,1

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

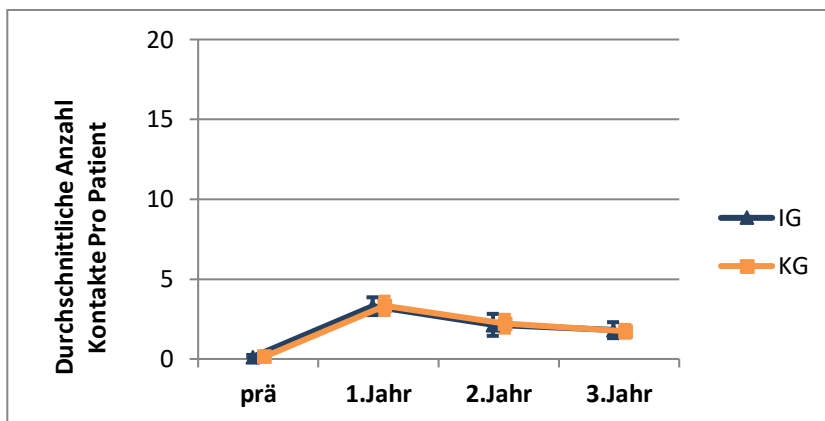
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

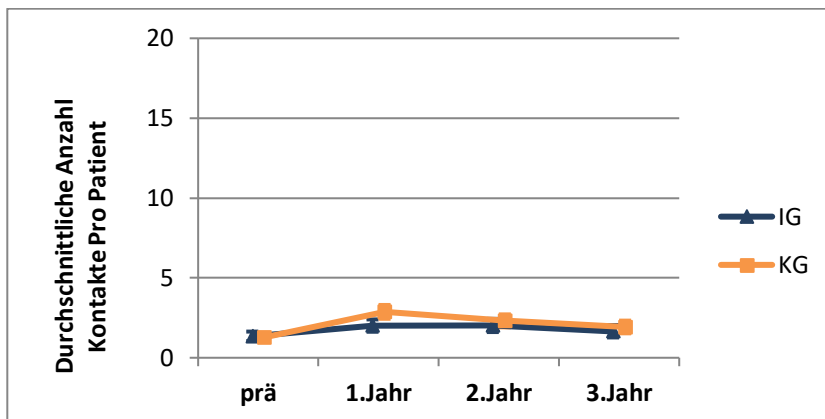
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

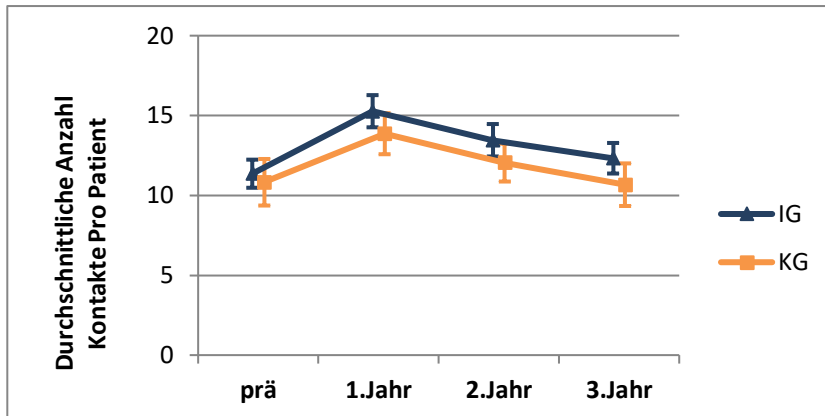
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

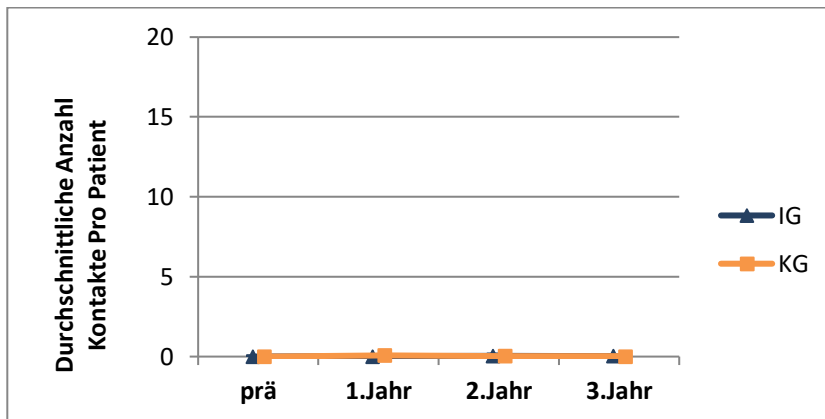


- bei anderen Vertragsärzten (E)

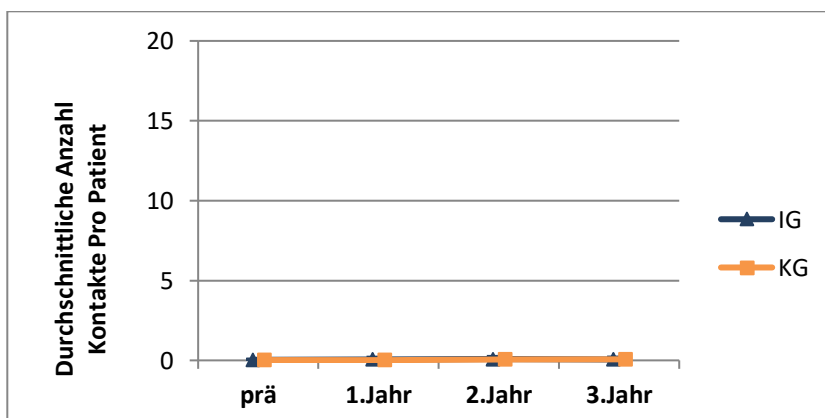


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

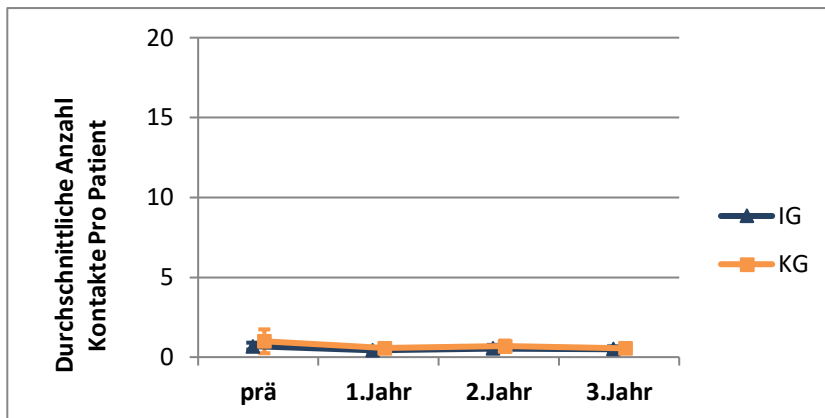
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

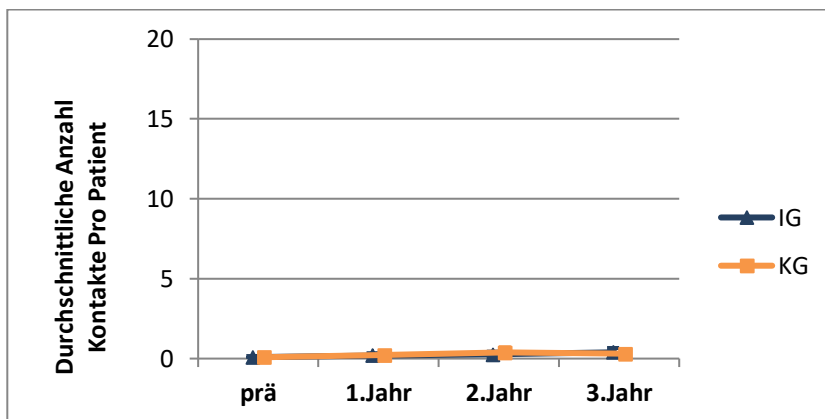


- bei anderen Vertragsärzten (F)

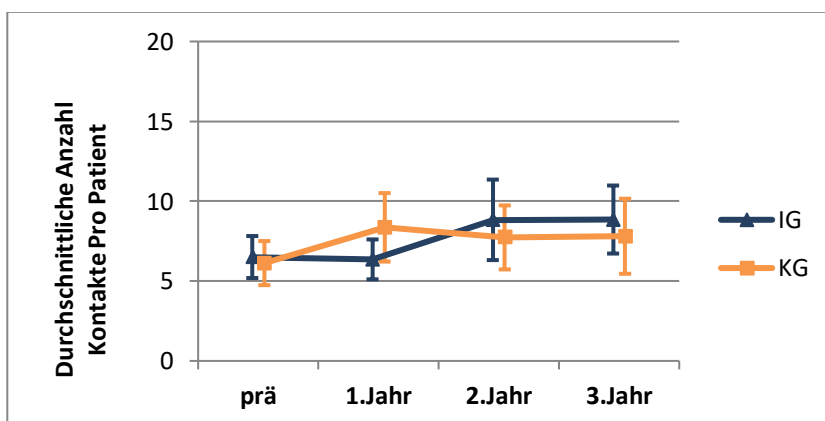


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



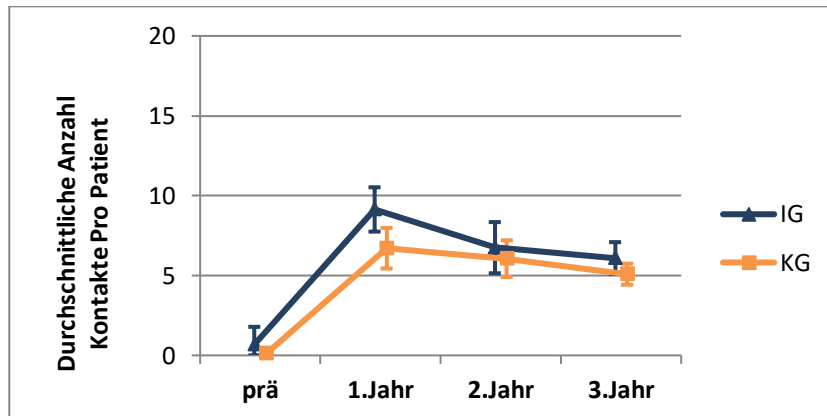
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

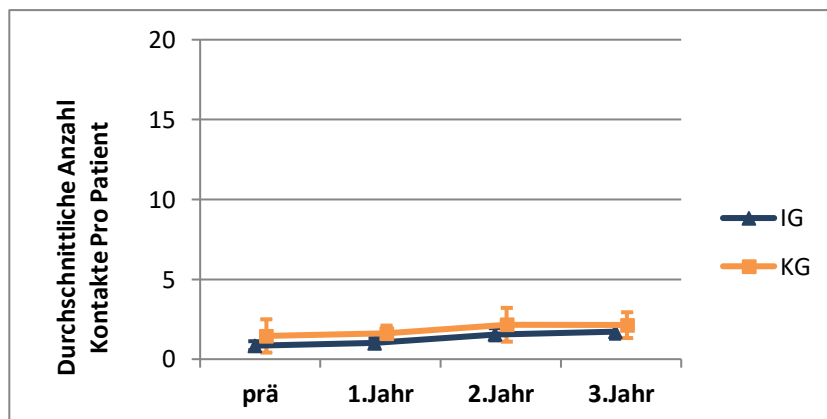
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

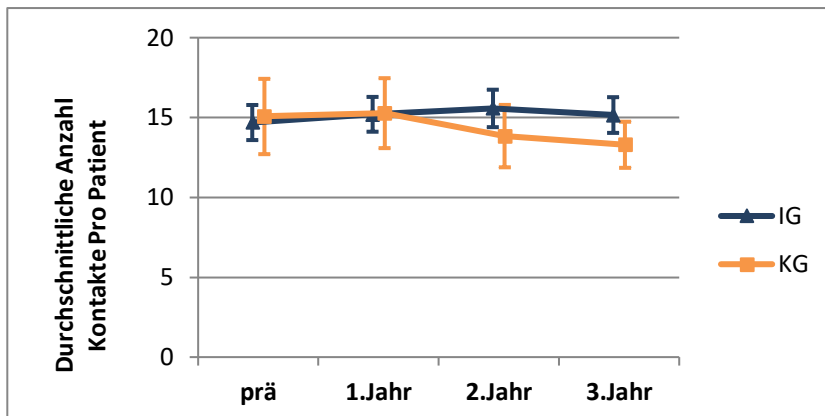
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

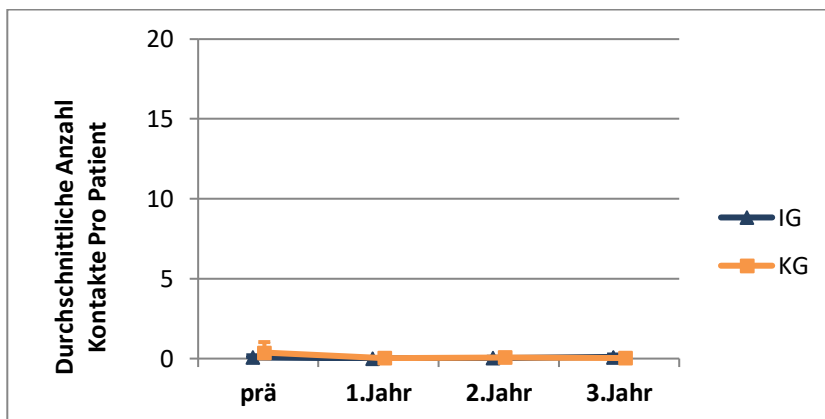


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

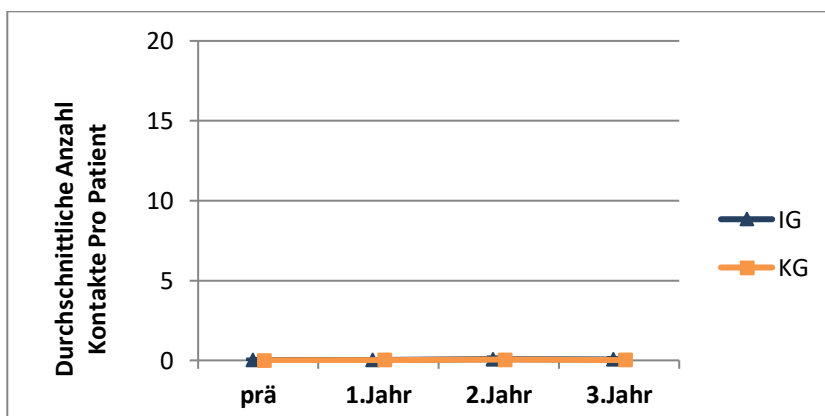


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

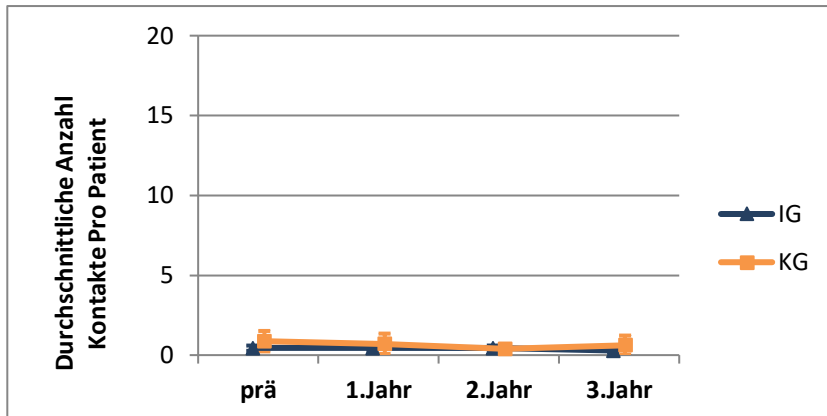
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

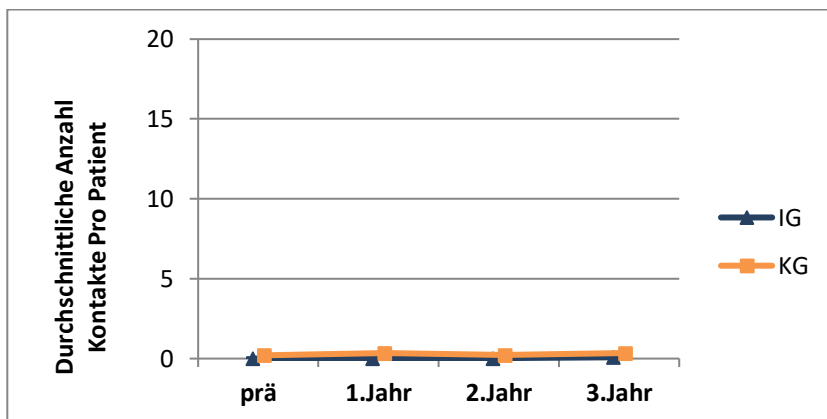


- bei anderen Vertragsärzten (F)

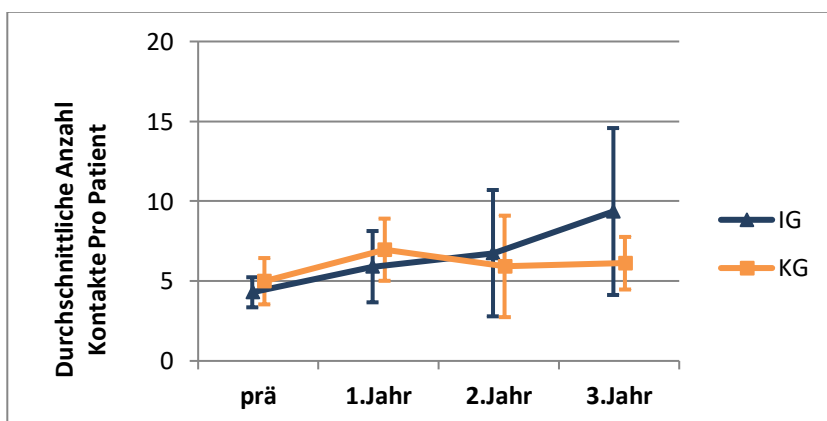


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten keine wesentlichen Unterschiede der **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** zwischen IG und KG. Bei den linikbekannten Patienten erhöhte sich die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG über die Zeit bei der Betrachtung von 7 Tagen, während diese für diesen Zeitraum in der KG relativ konstant blieb. Die Behandlungskontinuität war hier im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (7 Tage, DiD = +2,3 bzw. +2,7). Bei der Betrachtung von 30 und 90 Tagen erhöhte sich die Behandlungskontinuität sowohl in der IG als auch in der KG, blieb aber in der IG stets über den Werten der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren jedoch nicht erkennbar.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein (teils leicht) höherer Anteil der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +2,3 %-Punkte; 30 Tage: +2,6 %-Punkte; 90 Tage: +0,8 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in beiden betrachteten Jahren zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Auch bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekanntem Patienten wies die IG eine stets höhere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor auf (außer im ersten Jahr nach Referenzfall bei der 90-Tage Betrachtung). Der Anstieg über die Zeit, war in der IG größer im Vergleich zur KG.

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	507	61	48	48	480	101	83	74
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	10,5 %	11,5 %	10,4 %	18,8 %	5,4 %	9,9 %	13,3 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,8 %	0,0 %	2,1 %	4,2 %	7,1 %	9,9 %	10,8 %	2,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,7 %	47,5 %	39,6 %	60,4 %	44,4 %	41,6 %	34,9 %	45,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,3 %	11,5 %	4,2 %	8,3 %	12,9 %	7,9 %	16,9 %	5,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,4 %	1,6 %	2,1 %	2,1 %	1,0 %	3,0 %	0,0 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	3,0 %	4,8 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,2 %	13,1 %	12,5 %	25,0 %	13,3 %	21,8 %	21,7 %	13,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,5 %	45,9 %	54,2 %	27,1 %	41,7 %	44,6 %	42,2 %	50,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	201	37	29	30	189	57	42	30
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	10,0 %	5,4 %	13,8 %	13,3 %	9,0 %	8,8 %	23,8 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,0 %	0,0 %	3,4 %	6,7 %	12,2 %	8,8 %	16,7 %	3,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,7 %	48,6 %	44,8 %	50,0 %	41,8 %	36,8 %	26,2 %	46,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,4 %	10,8 %	3,4 %	10,0 %	16,9 %	5,3 %	16,7 %	3,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,0 %	2,7 %	3,4 %	0,0 %	2,6 %	1,8 %	0,0 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,0 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	3,5 %	2,4 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,9 %	8,1 %	17,2 %	20,0 %	23,3 %	17,5 %	38,1 %	23,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,3 %	45,9 %	48,3 %	36,7 %	32,8 %	49,1 %	38,1 %	46,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	81	<10	<10	10	62	24	23	13
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	7,4 %	0,0 %	11,1 %	20,0 %	11,3 %	16,7 %	30,4 %	30,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,9 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %	21,0 %	8,3 %	21,7 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,6 %	33,3 %	55,6 %	20,0 %	37,1 %	54,2 %	26,1 %	46,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,6 %	22,2 %	11,1 %	10,0 %	16,1 %	4,2 %	13,0 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,2 %	11,1 %	11,1 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,5 %	4,2 %	4,3 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,3 %	11,1 %	22,2 %	20,0 %	32,3 %	25,0 %	52,2 %	30,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,6 %	55,6 %	33,3 %	60,0 %	25,8 %	33,3 %	30,4 %	38,5 %

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	469	55	46	40	429	83	65	66
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,2 %	18,2 %	19,6 %	27,5 %	10,5 %	13,3 %	13,8 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,6 %	3,6 %	6,5 %	7,5 %	12,4 %	15,7 %	15,4 %	7,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,1 %	63,6 %	69,6 %	75,0 %	65,5 %	60,2 %	50,8 %	54,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,7 %	29,1 %	30,4 %	30,0 %	30,1 %	31,3 %	36,9 %	19,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	1,8 %	2,2 %	7,5 %	3,3 %	6,0 %	3,1 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	3,6 %	2,2 %	0,0 %	2,8 %	8,4 %	6,2 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,1 %	21,8 %	23,9 %	37,5 %	24,9 %	33,7 %	26,2 %	25,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,1 %	25,5 %	21,7 %	15,0 %	21,9 %	20,5 %	21,5 %	34,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	185	33	27	25	161	43	30	26
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,9 %	12,1 %	25,9 %	28,0 %	13,0 %	11,6 %	16,7 %	30,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,5 %	3,0 %	7,4 %	12,0 %	18,0 %	16,3 %	20,0 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,8 %	57,6 %	66,7 %	68,0 %	64,6 %	55,8 %	46,7 %	57,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,1 %	30,3 %	37,0 %	36,0 %	36,0 %	27,9 %	40,0 %	19,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,9 %	3,0 %	3,7 %	8,0 %	5,0 %	7,0 %	3,3 %	11,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,7 %	3,0 %	3,7 %	0,0 %	3,7 %	11,6 %	6,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,5 %	18,2 %	29,6 %	40,0 %	33,5 %	32,6 %	33,3 %	38,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,5 %	27,3 %	18,5 %	20,0 %	16,8 %	20,9 %	16,7 %	30,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	72	<10	<10	<10	47	15	13	10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,2 %	11,1 %	33,3 %	25,0 %	14,9 %	6,7 %	15,4 %	60,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,9 %	0,0 %	11,1 %	12,5 %	31,9 %	26,7 %	30,8 %	10,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	55,6 %	88,9 %	25,0 %	63,8 %	66,7 %	46,2 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,1 %	22,2 %	33,3 %	37,5 %	36,2 %	26,7 %	30,8 %	20,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,3 %	11,1 %	11,1 %	12,5 %	2,1 %	6,7 %	7,7 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,6 %	13,3 %	15,4 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,7 %	22,2 %	44,4 %	37,5 %	46,8 %	40,0 %	46,2 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,9 %	22,2 %	11,1 %	37,5 %	8,5 %	13,3 %	23,1 %	20,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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	435	46	41	36	371	68	53	48
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,4 %	23,9 %	29,3 %	27,8 %	15,1 %	19,1 %	15,1 %	27,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,0 %	8,7 %	9,8 %	8,3 %	18,1 %	27,9 %	26,4 %	14,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,3 %	78,3 %	90,2 %	88,9 %	81,4 %	79,4 %	67,9 %	64,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,0 %	50,0 %	53,7 %	36,1 %	53,6 %	51,5 %	50,9 %	29,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	2,2 %	2,4 %	11,1 %	5,4 %	7,4 %	1,9 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	6,5 %	4,9 %	0,0 %	7,0 %	13,2 %	11,3 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,5 %	30,4 %	36,6 %	38,9 %	35,3 %	47,1 %	35,8 %	37,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,2 %	15,2 %	9,8 %	8,3 %	9,2 %	7,4 %	9,4 %	29,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	169	29	23	21	136	32	25	19

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,5 %	17,2 %	39,1 %	28,6 %	19,9 %	18,8 %	16,0 %	36,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,6 %	3,4 %	8,7 %	14,3 %	25,0 %	34,4 %	36,0 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,3 %	79,3 %	91,3 %	81,0 %	83,1 %	71,9 %	64,0 %	63,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,0 %	55,2 %	56,5 %	42,9 %	61,0 %	53,1 %	60,0 %	31,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,7 %	3,4 %	4,3 %	14,3 %	8,8 %	12,5 %	0,0 %	15,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	6,9 %	8,7 %	0,0 %	4,4 %	15,6 %	8,0 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,0 %	20,7 %	43,5 %	42,9 %	47,8 %	53,1 %	48,0 %	47,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,6 %	10,3 %	8,7 %	14,3 %	4,4 %	12,5 %	8,0 %	21,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	68	<10	<10	<10	37	<10	10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,4 %	22,2 %	50,0 %	25,0 %	13,5 %	0,0 %	10,0 %	62,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,2 %	0,0 %	12,5 %	12,5 %	40,5 %	44,4 %	60,0 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,2 %	88,9 %	100,0 %	50,0 %	83,8 %	100,0 %	60,0 %	62,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,3 %	66,7 %	62,5 %	37,5 %	56,8 %	33,3 %	50,0 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,8 %	11,1 %	12,5 %	12,5 %	5,4 %	11,1 %	0,0 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	8,1 %	0,0 %	10,0 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	33,3 %	62,5 %	37,5 %	54,1 %	55,6 %	70,0 %	62,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,4 %	0,0 %	0,0 %	37,5 %	2,7 %	0,0 %	10,0 %	12,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
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	335	156	131	122	405	211	221	185
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,9 %	19,9 %	25,2 %	28,7 %	9,9 %	13,3 %	9,0 %	14,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,5 %	0,6 %	2,3 %	0,8 %	3,7 %	4,3 %	4,1 %	1,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,0 %	50,6 %	54,2 %	52,5 %	42,5 %	37,9 %	34,8 %	34,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,3 %	12,8 %	12,2 %	13,9 %	11,4 %	7,1 %	8,6 %	8,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,9 %	2,6 %	0,8 %	1,6 %	0,2 %	0,9 %	0,0 %	0,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	1,9 %	5,3 %	2,5 %	1,2 %	1,9 %	4,1 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,3 %	22,4 %	28,2 %	30,3 %	13,8 %	18,0 %	13,1 %	15,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,6 %	34,0 %	31,3 %	34,4 %	45,9 %	47,9 %	50,7 %	51,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	234	126	107	95	272	147	150	124
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,9 %	23,0 %	28,0 %	36,8 %	13,2 %	17,7 %	12,7 %	19,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,1 %	0,8 %	2,8 %	1,1 %	4,4 %	4,8 %	3,3 %	2,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,1 %	52,4 %	50,5 %	52,6 %	48,5 %	46,9 %	35,3 %	41,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,4 %	13,5 %	12,1 %	17,9 %	11,8 %	6,8 %	10,0 %	8,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,3 %	3,2 %	0,9 %	2,1 %	0,4 %	0,7 %	0,0 %	0,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	2,4 %	4,7 %	3,2 %	0,4 %	2,7 %	3,3 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,4 %	26,2 %	31,8 %	38,9 %	18,0 %	22,4 %	16,0 %	21,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,2 %	30,2 %	32,7 %	30,5 %	39,0 %	36,7 %	48,7 %	41,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	123	81	70	57	169	94	89	67
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,4 %	25,9 %	24,3 %	42,1 %	13,6 %	21,3 %	18,0 %	28,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,8 %	1,2 %	2,9 %	1,8 %	4,7 %	5,3 %	2,2 %	1,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,4 %	54,3 %	50,0 %	54,4 %	52,1 %	50,0 %	38,2 %	46,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,0 %	14,8 %	15,7 %	17,5 %	12,4 %	5,3 %	11,2 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,6 %	2,5 %	0,0 %	3,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,5 %	2,9 %	1,8 %	0,0 %	4,3 %	3,4 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,9 %	28,4 %	27,1 %	45,6 %	18,3 %	26,6 %	20,2 %	31,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,8 %	25,9 %	30,0 %	29,8 %	38,5 %	30,9 %	46,1 %	34,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 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>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	284	119	109	112	332	163	169	149
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,4 %	33,6 %	40,4 %	44,6 %	19,0 %	23,9 %	26,6 %	32,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,2 %	5,9 %	5,5 %	3,6 %	7,2 %	6,1 %	11,2 %	8,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,2 %	77,3 %	83,5 %	76,8 %	66,3 %	60,1 %	56,8 %	68,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,8 %	26,9 %	37,6 %	27,7 %	24,7 %	24,5 %	22,5 %	22,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,1 %	5,0 %	1,8 %	1,8 %	2,1 %	3,1 %	1,2 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	3,4 %	6,4 %	5,4 %	3,6 %	3,1 %	7,1 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,3 %	40,3 %	45,0 %	49,1 %	27,1 %	31,9 %	37,3 %	40,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,1 %	10,9 %	6,4 %	13,4 %	19,9 %	25,2 %	26,0 %	18,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	200	94	88	87	234	119	115	112
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,5 %	40,4 %	45,5 %	55,2 %	24,4 %	28,6 %	35,7 %	40,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	7,4 %	5,7 %	4,6 %	8,1 %	6,7 %	13,0 %	8,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,5 %	77,7 %	80,7 %	78,2 %	70,1 %	65,5 %	59,1 %	73,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,5 %	28,7 %	37,5 %	33,3 %	25,2 %	26,9 %	24,3 %	25,0 %

<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 	3,0 %	6,4 %	2,3 %	2,3 %	2,1 %	3,4 %	1,7 %	6,3 %
	4,5 %	3,2 %	6,8 %	6,9 %	3,4 %	2,5 %	5,2 %	4,5 %
	37,5 %	48,9 %	50,0 %	60,9 %	33,3 %	37,8 %	47,8 %	49,1 %
	13,0 %	8,5 %	6,8 %	10,3 %	13,2 %	17,6 %	20,9 %	12,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	102	59	57	53	141	74	65	61
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,5 %	47,5 %	42,1 %	64,2 %	27,7 %	36,5 %	44,6 %	49,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,9 %	5,1 %	7,0 %	5,7 %	8,5 %	8,1 %	6,2 %	9,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,5 %	78,0 %	82,5 %	79,2 %	71,6 %	64,9 %	66,2 %	80,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,3 %	27,1 %	38,6 %	32,1 %	24,8 %	31,1 %	29,2 %	34,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,9 %	5,1 %	1,8 %	3,8 %	2,8 %	1,4 %	1,5 %	8,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	1,7 %	7,0 %	5,7 %	4,3 %	4,1 %	7,7 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,4 %	52,5 %	47,4 %	71,7 %	38,3 %	45,9 %	50,8 %	60,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,8 %	6,8 %	5,3 %	7,5 %	12,1 %	10,8 %	16,9 %	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	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	233	91	78	83	252	125	115	105
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,8 %	46,2 %	52,6 %	51,8 %	27,4 %	36,0 %	40,0 %	46,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,9 %	6,6 %	9,0 %	6,0 %	14,7 %	9,6 %	19,1 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,3 %	91,2 %	97,4 %	86,7 %	82,1 %	73,6 %	80,9 %	75,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,4 %	50,5 %	64,1 %	54,2 %	46,4 %	45,6 %	42,6 %	54,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,4 %	4,4 %	1,3 %	3,6 %	3,2 %	3,2 %	3,5 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,9 %	3,3 %	10,3 %	6,0 %	7,5 %	6,4 %	12,2 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,1 %	52,7 %	59,0 %	57,8 %	41,7 %	45,6 %	56,5 %	58,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	5,5 %	2,6 %	8,4 %	7,1 %	13,6 %	6,1 %	8,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	165	73	64	67	184	93	87	85
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,4 %	53,4 %	57,8 %	62,7 %	32,6 %	39,8 %	48,3 %	54,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,3 %	8,2 %	9,4 %	6,0 %	17,9 %	10,8 %	14,9 %	16,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,7 %	90,4 %	96,9 %	86,6 %	85,9 %	77,4 %	80,5 %	77,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,3 %	50,7 %	64,1 %	56,7 %	51,1 %	48,4 %	48,3 %	57,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	5,5 %	1,6 %	4,5 %	2,7 %	3,2 %	4,6 %	5,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	8,5 %	2,7 %	10,9 %	7,5 %	8,2 %	5,4 %	12,6 %	7,1 %
	50,3 %	61,6 %	64,1 %	68,7 %	48,9 %	50,5 %	62,1 %	67,1 %
	3,6 %	6,8 %	3,1 %	9,0 %	1,6 %	9,7 %	2,3 %	4,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	83	44	40	41	107	58	48	47
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) 	36,1 %	65,9 %	62,5 %	68,3 %	37,4 %	44,8 %	60,4 %	63,8 %
	7,2 %	6,8 %	12,5 %	7,3 %	19,6 %	12,1 %	8,3 %	12,8 %
	94,0 %	95,5 %	100,0 %	85,4 %	88,8 %	79,3 %	81,3 %	83,0 %
	55,4 %	47,7 %	65,0 %	58,5 %	56,1 %	53,4 %	56,3 %	63,8 %
	4,8 %	4,5 %	0,0 %	2,4 %	3,7 %	1,7 %	6,3 %	6,4 %
	12,0 %	2,3 %	7,5 %	9,8 %	9,3 %	5,2 %	14,6 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,6 %	72,7 %	70,0 %	75,6 %	56,1 %	55,2 %	68,8 %	74,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,4 %	2,3 %	0,0 %	7,3 %	0,0 %	5,2 %	0,0 %	4,3 %

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

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

Klinikneue Patienten

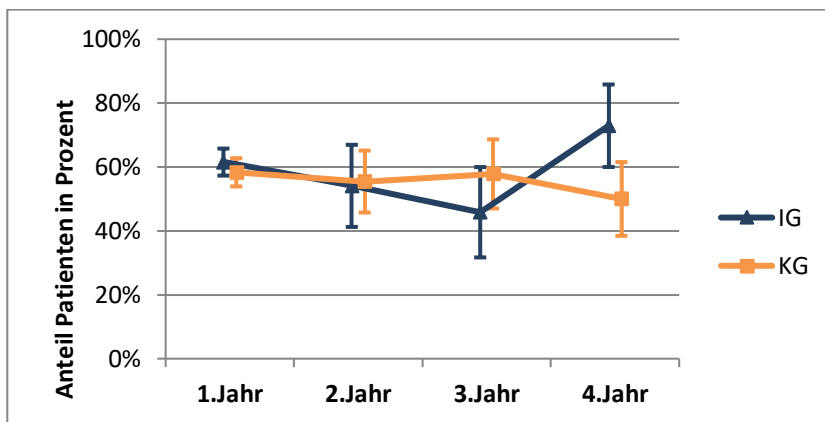
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

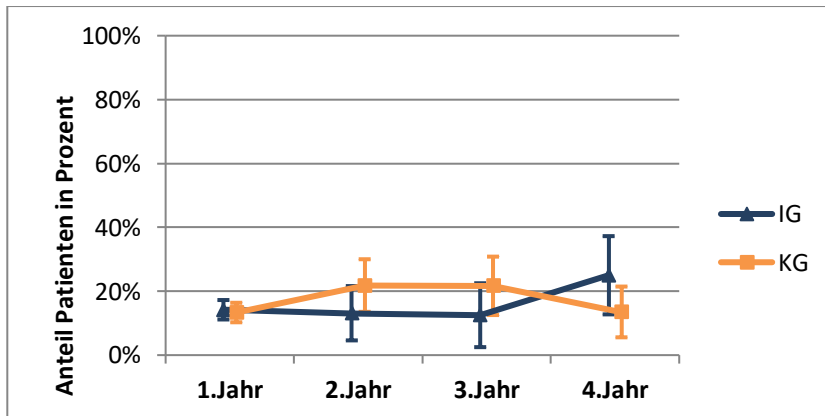
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



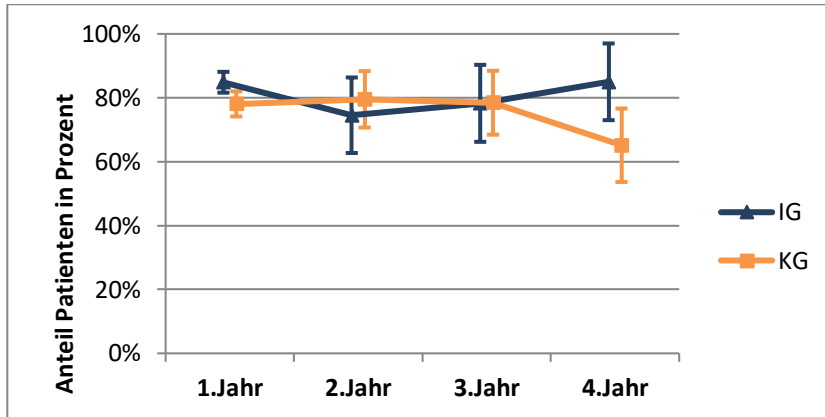
- Alle (psychiatrischer Sektor)



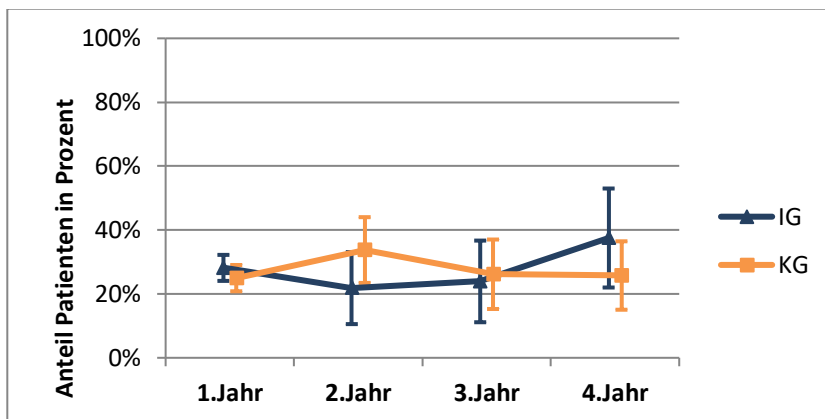
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



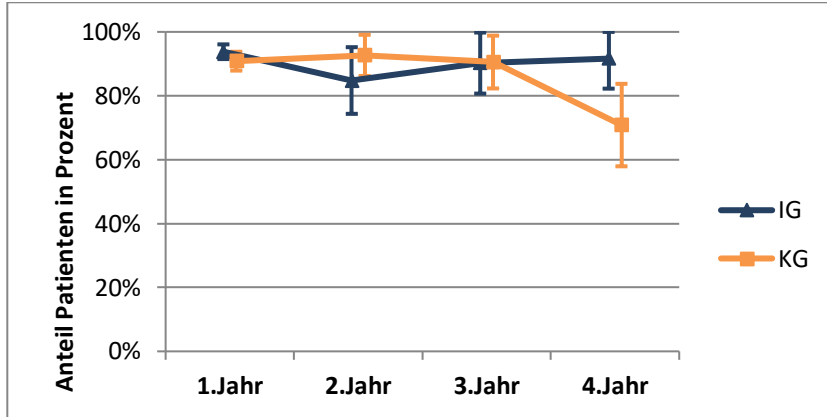
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



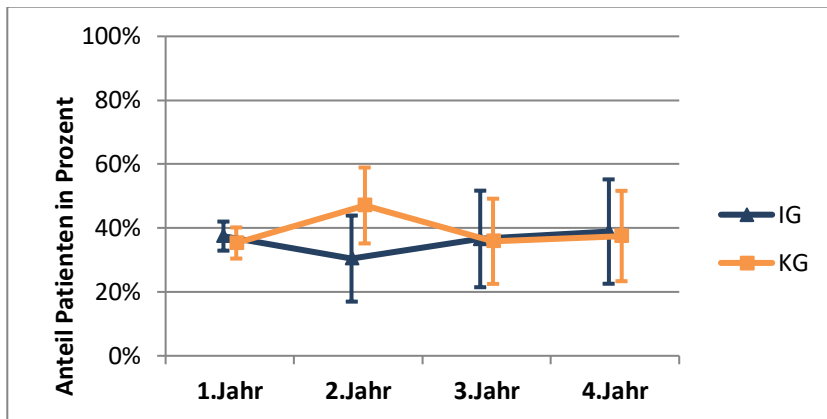
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

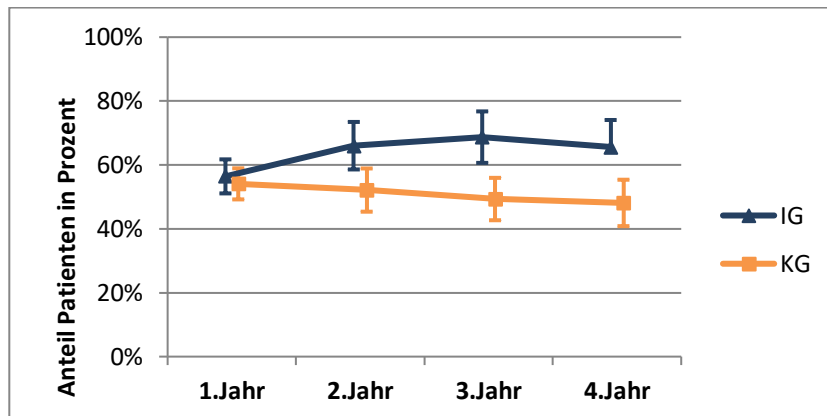
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

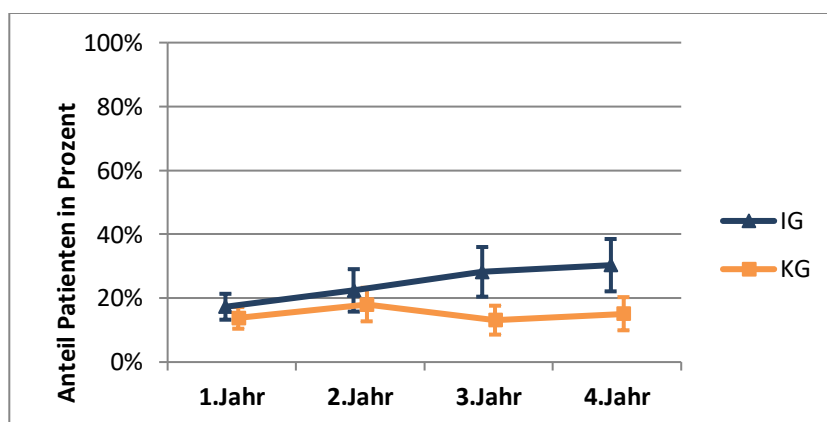
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



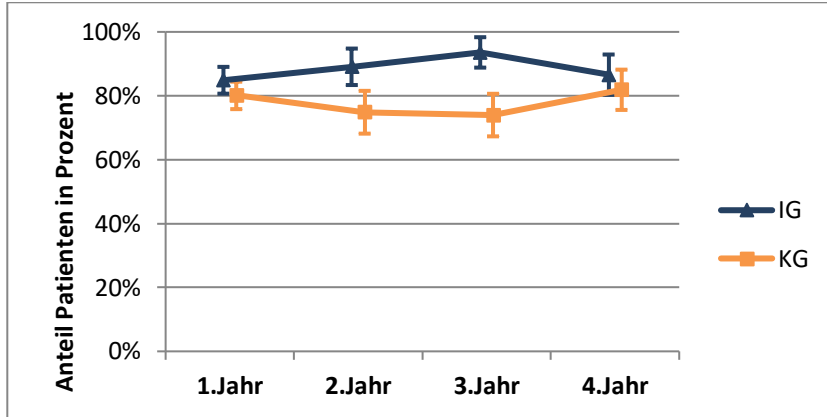
- Alle (psychiatrischer Sektor)



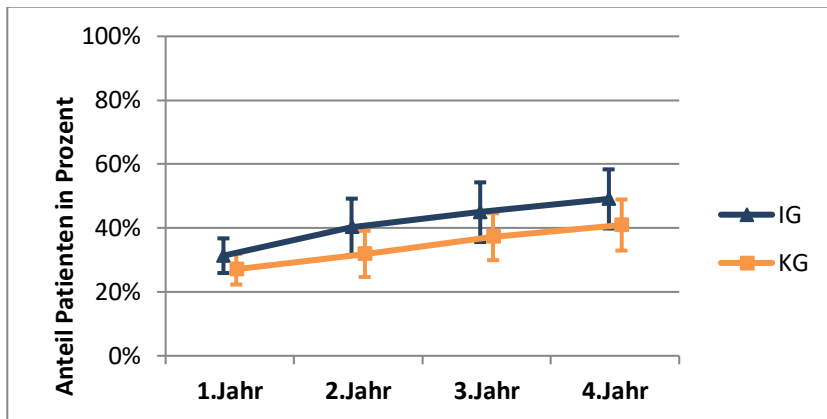
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



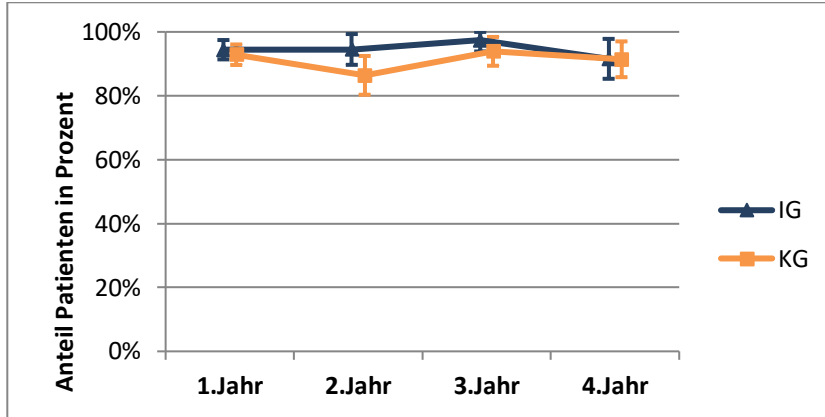
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

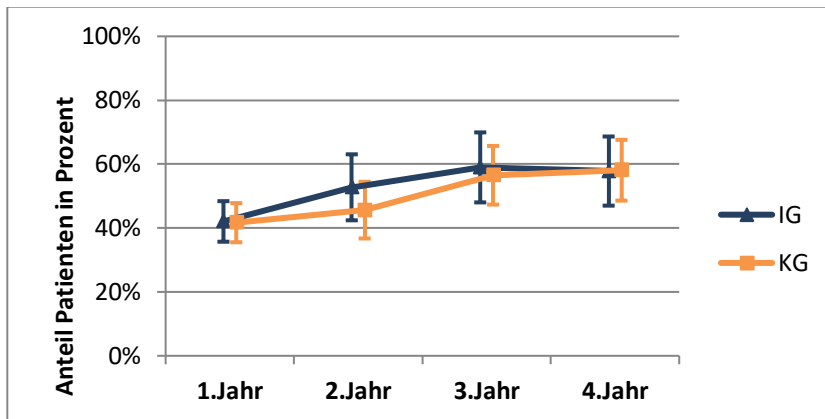


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	1,02 0,70...1,48	1,09 0,79...1,49	1,01 0,74...1,37
Gruppe Jahr 2	0,53 0,19...1,51	0,64 0,24...1,73	0,39 0,13...1,20
Gruppe Jahr 3	0,43 0,12...1,48	0,46 0,15...1,40	0,60 0,19...1,89
Gruppe Jahr 4	1,92 0,62...5,98	1,82 0,65...5,09	1,21 0,42...3,50

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	1,25 0,81...1,92	1,29 0,87...1,92	0,99 0,64...1,51
Gruppe Jahr 2	1,33 0,76...2,36	1,46 0,83...2,56	1,29 0,69...2,43
Gruppe Jahr 3	2,23** 1,23...4,05	1,35 0,76...2,42	1,06 0,53...2,13
Gruppe Jahr 4	2,72** 1,39...5,33	1,39 0,74...2,62	1,02 0,47...2,22

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	1.850	1.864
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	13,1 %	7,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,5 %	6,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,2 %	46,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,3 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,9 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,1 %	14,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,0 %	39,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	736	764
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	15,1 %	9,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,2 %	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,4 %	45,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,3 %	17,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	3,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,5 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,1 %	21,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,6 %	33,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	281	300
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	13,5 %	10,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	14,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,9 %	45,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	17,8 %	21,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,4 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,0 %	26,7 %

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	1.739	1.698
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	22,8 %	13,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,1 %	11,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,4 %	68,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,5 %	30,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,6 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,2 %	27,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,4 %	18,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	680	683
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	27,2 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,9 %	19,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,8 %	70,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,1 %	38,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,9 %	7,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	2,5 %	3,8 %
	37,4 %	37,6 %
	11,0 %	12,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	255	264
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) 	26,7 %	17,0 %
	8,6 %	27,7 %
	79,2 %	70,5 %
	42,7 %	42,8 %
	7,8 %	4,5 %
	2,7 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,0 %	45,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,3 %	6,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.606	1.505
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) 	26,9 %	17,7 %
	10,2 %	17,9 %
	85,9 %	82,9 %
	48,6 %	51,8 %
	6,5 %	7,8 %
	5,8 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,6 %	37,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,2 %	7,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	628	592

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	32,5 %	22,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,4 %	27,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,9 %	86,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,6 %	59,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	11,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,7 %	51,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,0 %	3,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit		
	240	226
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	30,4 %	22,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,6 %	36,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,9 %	88,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	65,0 %	61,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,3 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,1 %	56,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	0,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

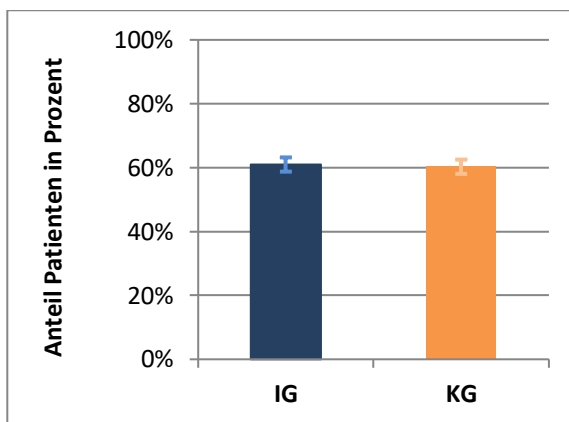
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

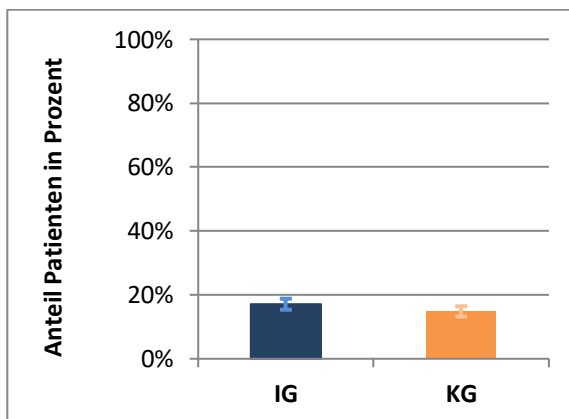
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

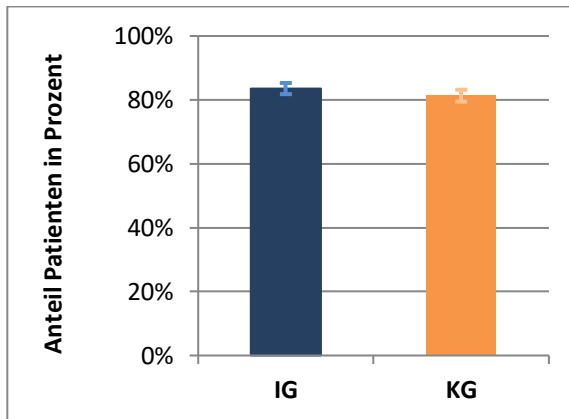


- Alle (psychiatrischer Sektor)

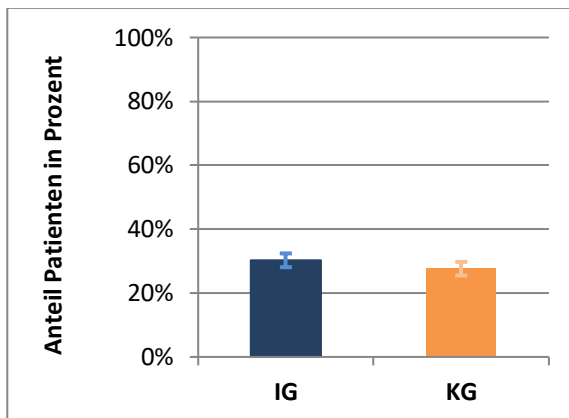


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle

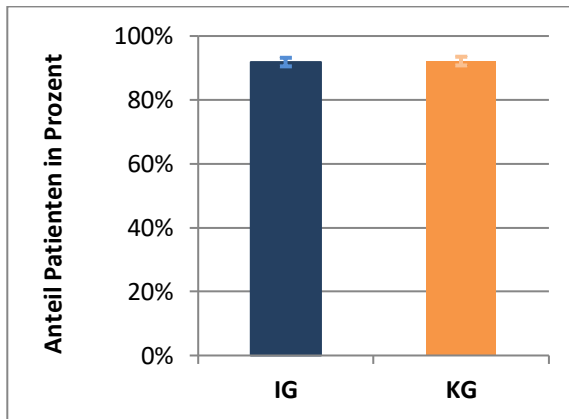


- Alle (psychiatrischer Sektor)

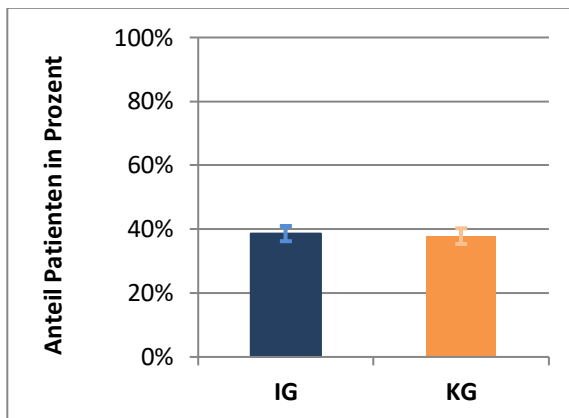


Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.446	177	1.446	288
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,2 %	13,0 %	7,3 %	9,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,4 %	2,8 %	6,4 %	6,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,6 %	44,6 %	46,1 %	36,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,2 %	10,7 %	13,3 %	9,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,1 %	3,4 %	2,5 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,3 %	1,1 %	2,0 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,0 %	18,6 %	15,8 %	18,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,7 %	45,8 %	38,7 %	47,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	584	91	584	142
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,7 %	14,3 %	10,4 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,1 %	1,1 %	10,6 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,5 %	48,4 %	45,0 %	35,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,2 %	12,1 %	18,5 %	11,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	3,3 %	4,3 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,7 %	1,1 %	2,1 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,3 %	18,7 %	24,3 %	20,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,6 %	40,7 %	31,0 %	45,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	225	31	234	67
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	11,1 %	12,9 %	11,5 %	10,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,3 %	0,0 %	17,1 %	10,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,7 %	45,2 %	43,2 %	41,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,0 %	22,6 %	21,4 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	9,7 %	3,4 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	3,0 %	1,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,1 %	22,6 %	30,3 %	22,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,4 %	38,7 %	24,4 %	40,3 %

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	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1.349	164	1.308	249
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit				
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,6 %	25,0 %	13,8 %	18,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	7,9 %	12,2 %	12,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,5 %	68,3 %	68,1 %	59,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,7 %	26,2 %	30,7 %	30,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	4,3 %	5,0 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	3,7 %	3,6 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,8 %	34,1 %	28,7 %	34,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,3 %	23,8 %	18,3 %	20,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	534	84	520	119
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,8 %	23,8 %	16,9 %	23,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,9 %	6,0 %	20,2 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,2 %	70,2 %	70,0 %	56,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,8 %	33,3 %	39,6 %	34,5 %

<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 	5,6 %	4,8 %	7,3 %	10,9 %
	2,8 %	4,8 %	3,1 %	5,9 %
	35,4 %	33,3 %	40,2 %	42,9 %
	10,5 %	20,2 %	11,3 %	19,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	202	31	203	52
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,8 %	25,8 %	18,2 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,4 %	6,5 %	32,0 %	19,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,2 %	74,2 %	66,5 %	61,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	42,6 %	38,7 %	43,8 %	40,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,9 %	12,9 %	4,9 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	6,5 %	4,4 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,6 %	41,9 %	50,7 %	38,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,4 %	16,1 %	5,9 %	17,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.251	142	1.150	202
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,7 %	31,0 %	18,3 %	23,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,8 %	13,4 %	18,5 %	22,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,6 %	78,9 %	82,6 %	81,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,2 %	40,8 %	52,9 %	54,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,7 %	7,0 %	8,0 %	8,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	10,6 %	7,6 %	9,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,1 %	43,7 %	38,8 %	46,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,8 %	14,8 %	7,5 %	7,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	498	75	448	93
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	31,1 %	32,0 %	22,8 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,5 %	9,3 %	27,9 %	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,0 %	81,3 %	85,9 %	77,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,8 %	48,0 %	60,9 %	61,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,6 %	5,3 %	12,7 %	12,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	13,3 %	6,9 %	10,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,4 %	41,3 %	52,5 %	59,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,6 %	12,0 %	3,3 %	7,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	191	29	168	41
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,2 %	34,5 %	20,8 %	22,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,4 %	10,3 %	40,5 %	34,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,2 %	86,2 %	86,3 %	78,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	62,8 %	55,2 %	61,3 %	63,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,0 %	13,8 %	10,1 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	13,8 %	8,9 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,8 %	48,3 %	58,9 %	61,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,6 %	10,3 %	0,6 %	7,3 %

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

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:

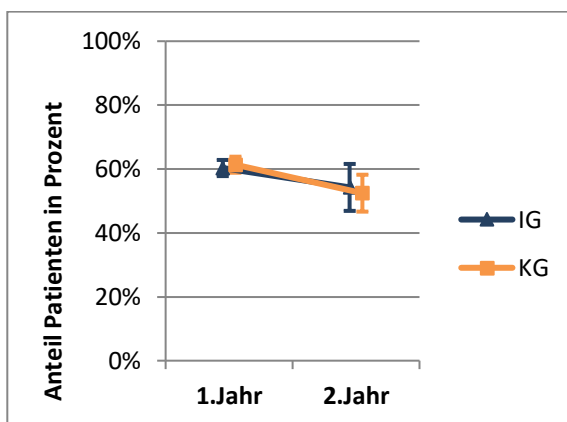
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

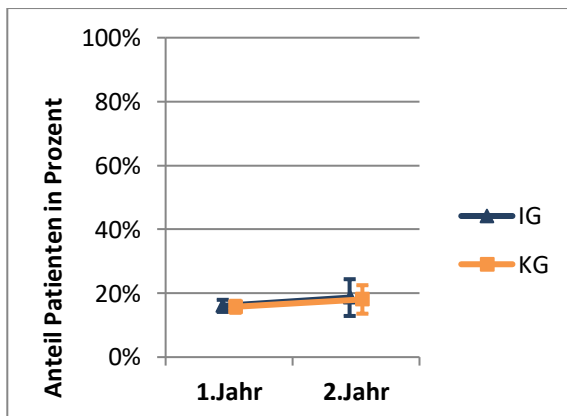
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



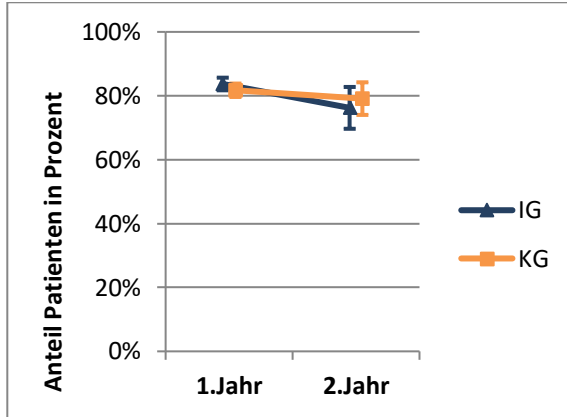
- Alle (psychiatrischer Sektor)



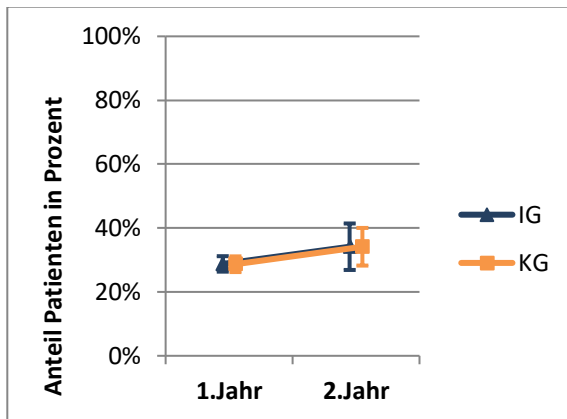
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



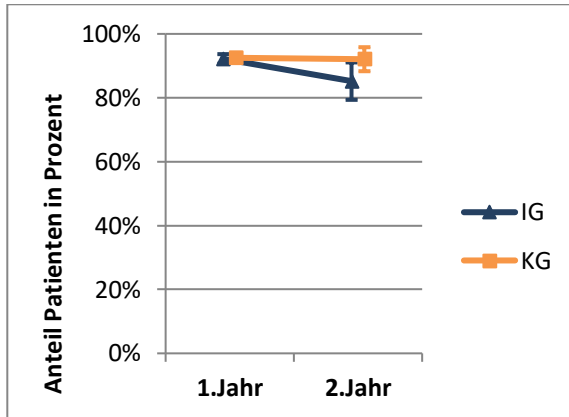
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

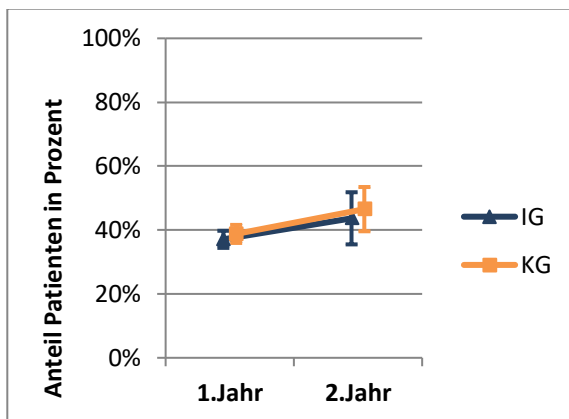


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,01 0,82...1,24	0,98 0,81...1,17	0,87 0,73...1,04
Gruppe Jahr 2	1,04 0,62...1,74	1,12 0,70...1,81	0,99 0,60...1,63

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

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

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

Tabelle 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	959	111	88	957	178	152
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,1 %	9,9 %	13,6 %	6,2 %	9,6 %	14,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,4 %	1,8 %	3,4 %	6,3 %	8,4 %	9,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,0 %	44,1 %	31,8 %	45,9 %	39,9 %	36,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,1 %	12,6 %	5,7 %	13,2 %	10,1 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,4 %	4,5 %	1,1 %	2,2 %	3,4 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,2 %	0,9 %	3,4 %	1,3 %	2,2 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,2 %	15,3 %	17,0 %	14,4 %	19,7 %	22,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,0 %	47,7 %	54,5 %	40,1 %	43,3 %	41,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	379	58	43	384	88	71

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,1 %	6,9 %	14,0 %	9,4 %	9,1 %	22,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,7 %	0,0 %	4,7 %	9,9 %	9,1 %	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,2 %	51,7 %	39,5 %	46,1 %	36,4 %	33,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,9 %	13,8 %	9,3 %	17,7 %	10,2 %	14,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	5,2 %	2,3 %	4,2 %	2,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,5 %	1,7 %	2,3 %	2,1 %	2,3 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,4 %	12,1 %	18,6 %	22,9 %	19,3 %	36,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,6 %	41,4 %	46,5 %	30,7 %	44,3 %	33,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	159	19	17	142	40	37
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	10,7 %	5,3 %	5,9 %	9,9 %	10,0 %	27,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,4 %	0,0 %	11,8 %	16,9 %	12,5 %	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,5 %	42,1 %	47,1 %	45,1 %	47,5 %	37,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,8 %	26,3 %	11,8 %	21,8 %	12,5 %	16,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	15,8 %	5,9 %	3,5 %	2,5 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	5,9 %	2,8 %	2,5 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,6 %	21,1 %	17,6 %	28,9 %	25,0 %	45,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,1 %	42,1 %	47,1 %	21,1 %	32,5 %	21,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	895	104	79	861	153	125
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	20,9 %	22,1 %	31,6 %	11,8 %	15,7 %	20,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,3 %	9,6 %	6,3 %	11,7 %	13,7 %	14,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,9 %	66,3 %	55,7 %	67,0 %	64,7 %	58,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,3 %	28,8 %	24,1 %	29,8 %	35,3 %	25,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,1 %	4,8 %	1,3 %	5,0 %	8,5 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	2,9 %	5,1 %	2,6 %	6,5 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,9 %	32,7 %	35,4 %	26,7 %	34,0 %	32,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,0 %	23,1 %	24,1 %	20,7 %	17,6 %	21,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	346	54	38	334	72	56
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,6 %	13,0 %	36,8 %	15,3 %	18,1 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,1 %	7,4 %	7,9 %	18,6 %	15,3 %	23,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,3 %	66,7 %	63,2 %	68,9 %	59,7 %	58,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,1 %	38,9 %	31,6 %	37,7 %	34,7 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,1 %	5,6 %	2,6 %	7,5 %	9,7 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	3,7 %	2,6 %	2,4 %	8,3 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,7 %	24,1 %	42,1 %	38,0 %	40,3 %	46,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,7 %	22,2 %	18,4 %	12,9 %	18,1 %	12,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	139	19	15	119	29	25
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,5 %	10,5 %	40,0 %	17,6 %	6,9 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,1 %	10,5 %	13,3 %	31,9 %	27,6 %	24,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,3 %	68,4 %	80,0 %	65,5 %	65,5 %	64,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,6 %	36,8 %	26,7 %	44,5 %	37,9 %	28,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,6 %	15,8 %	6,7 %	5,9 %	10,3 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	5,3 %	0,0 %	4,2 %	10,3 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,7 %	31,6 %	53,3 %	50,4 %	41,4 %	48,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,8 %	21,1 %	13,3 %	5,9 %	13,8 %	12,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	829	88	70	753	126	102
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,5 %	25,0 %	35,7 %	16,9 %	21,4 %	23,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,1 %	14,8 %	8,6 %	17,8 %	23,8 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,0 %	77,3 %	74,3 %	82,1 %	82,5 %	69,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,3 %	43,2 %	44,3 %	52,1 %	55,6 %	47,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,3 %	6,8 %	1,4 %	7,4 %	9,5 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,8 %	8,0 %	10,0 %	7,2 %	12,7 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,5 %	38,6 %	41,4 %	37,5 %	47,6 %	41,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,8 %	14,8 %	12,9 %	8,5 %	6,3 %	9,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	322	47	33	285	56	46

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,1 %	19,1 %	45,5 %	22,1 %	26,8 %	30,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,2 %	8,5 %	9,1 %	26,0 %	30,4 %	34,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	92,5 %	78,7 %	87,9 %	85,3 %	76,8 %	73,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,1 %	55,3 %	51,5 %	58,9 %	60,7 %	56,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,4 %	4,3 %	3,0 %	13,0 %	14,3 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	12,8 %	9,1 %	5,6 %	14,3 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,3 %	27,7 %	51,5 %	51,6 %	62,5 %	58,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,1 %	10,6 %	9,1 %	4,2 %	7,1 %	4,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	130	17	14	98	21	20
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,9 %	17,6 %	50,0 %	24,5 %	14,3 %	30,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,8 %	11,8 %	14,3 %	39,8 %	47,6 %	40,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,1 %	82,4 %	92,9 %	86,7 %	85,7 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,2 %	58,8 %	57,1 %	60,2 %	61,9 %	60,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,5 %	11,8 %	7,1 %	11,2 %	14,3 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	11,8 %	7,1 %	7,1 %	9,5 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	35,3 %	64,3 %	61,2 %	71,4 %	70,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,1 %	11,8 %	7,1 %	1,0 %	0,0 %	5,0 %

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	375	159	138	453	229	232
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,4 %	19,5 %	23,9 %	9,5 %	13,1 %	8,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,1 %	0,6 %	2,2 %	4,4 %	4,4 %	3,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,2 %	50,3 %	54,3 %	42,6 %	38,9 %	34,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,6 %	12,6 %	11,6 %	12,1 %	7,4 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,8 %	2,5 %	1,4 %	0,2 %	1,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,1 %	1,9 %	5,1 %	1,1 %	1,7 %	3,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,3 %	22,0 %	27,5 %	14,1 %	18,3 %	12,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	45,1 %	34,6 %	31,9 %	45,5 %	46,3 %	51,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	258	127	112	310	159	157
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,4 %	22,8 %	26,8 %	12,3 %	17,6 %	12,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,7 %	0,8 %	2,7 %	5,2 %	5,0 %	3,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,3 %	52,8 %	50,9 %	47,1 %	46,5 %	33,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,3 %	13,4 %	11,6 %	13,2 %	7,5 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,2 %	3,1 %	1,8 %	0,3 %	1,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,8 %	2,4 %	4,5 %	0,3 %	2,5 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,3 %	26,0 %	31,3 %	17,7 %	23,3 %	15,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,1 %	29,9 %	33,0 %	40,0 %	35,8 %	50,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	135	82	73	193	100	94
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	15,6 %	25,6 %	23,3 %	13,0 %	20,0 %	17,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,5 %	1,2 %	2,7 %	5,7 %	5,0 %	2,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,6 %	54,9 %	50,7 %	50,8 %	50,0 %	36,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,6 %	14,6 %	15,1 %	13,0 %	7,0 %	11,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,5 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,4 %	2,7 %	0,0 %	4,0 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,5 %	28,0 %	26,0 %	18,7 %	26,0 %	19,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,3 %	25,6 %	30,1 %	39,4 %	30,0 %	47,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	321	122	116	377	180	179
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,5 %	32,8 %	37,9 %	18,6 %	22,8 %	25,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	5,7 %	6,0 %	8,5 %	6,7 %	10,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	70,7 %	76,2 %	82,8 %	66,0 %	58,9 %	54,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,0 %	26,2 %	36,2 %	25,7 %	23,3 %	22,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,9 %	4,9 %	2,6 %	1,9 %	4,4 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	3,3 %	6,9 %	4,0 %	2,8 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,2 %	39,3 %	44,0 %	27,9 %	31,7 %	36,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,5 %	12,3 %	7,8 %	19,6 %	25,0 %	27,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	223	95	93	269	131	122
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,0 %	40,0 %	43,0 %	23,4 %	27,5 %	34,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,8 %	7,4 %	6,5 %	9,7 %	7,6 %	12,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,4 %	77,9 %	80,6 %	68,8 %	63,4 %	55,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,3 %	28,4 %	35,5 %	27,1 %	26,0 %	23,8 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,7 %	6,3 %	3,2 %	1,9 %	5,3 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	3,2 %	7,5 %	4,1 %	2,3 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,8 %	48,4 %	49,5 %	33,8 %	38,2 %	46,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	8,4 %	7,5 %	14,1 %	17,6 %	23,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	114	60	60	162	80	70
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,3 %	46,7 %	40,0 %	25,9 %	33,8 %	42,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,4 %	5,0 %	8,3 %	10,5 %	7,5 %	5,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,1 %	78,3 %	83,3 %	70,4 %	63,8 %	61,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,1 %	26,7 %	36,7 %	25,9 %	31,3 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	5,0 %	1,7 %	2,5 %	2,5 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	1,7 %	8,3 %	5,6 %	3,8 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,6 %	51,7 %	46,7 %	38,3 %	43,8 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,8 %	6,7 %	5,0 %	13,0 %	11,3 %	18,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 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>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	268	94	84	290	140	121
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,2 %	44,7 %	50,0 %	25,9 %	34,3 %	38,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,8 %	6,4 %	9,5 %	16,2 %	11,4 %	18,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,1 %	89,4 %	97,6 %	82,1 %	74,3 %	77,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,6 %	50,0 %	60,7 %	47,2 %	46,4 %	43,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,0 %	4,3 %	2,4 %	2,8 %	5,0 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	3,2 %	10,7 %	7,9 %	6,4 %	11,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,0 %	51,1 %	58,3 %	41,4 %	46,4 %	55,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,0 %	6,4 %	2,4 %	7,6 %	12,9 %	7,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	188	74	69	212	103	92
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,9 %	52,7 %	55,1 %	30,7 %	38,8 %	46,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,5 %	8,1 %	10,1 %	18,4 %	12,6 %	14,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,1 %	90,5 %	97,1 %	85,4 %	77,7 %	77,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,9 %	50,0 %	59,4 %	51,9 %	49,5 %	47,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	5,4 %	2,9 %	2,4 %	5,8 %	5,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	9,0 %	2,7 %	11,6 %	9,0 %	4,9 %	12,0 %
	48,4 %	60,8 %	63,8 %	47,2 %	52,4 %	60,9 %
	3,7 %	6,8 %	2,9 %	2,8 %	8,7 %	4,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	95	45	43	123	62	52
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	34,7 %	64,4 %	58,1 %	35,0 %	43,5 %	57,7 %
	8,4 %	6,7 %	14,0 %	20,3 %	11,3 %	7,7 %
	94,7 %	95,6 %	100,0 %	87,8 %	79,0 %	76,9 %
	56,8 %	46,7 %	60,5 %	56,1 %	54,8 %	55,8 %
	4,2 %	4,4 %	0,0 %	3,3 %	3,2 %	7,7 %
	11,6 %	2,2 %	9,3 %	11,4 %	4,8 %	13,5 %
	43,2 %	71,1 %	67,4 %	53,7 %	54,8 %	67,3 %
	2,1 %	2,2 %	0,0 %	0,8 %	4,8 %	1,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

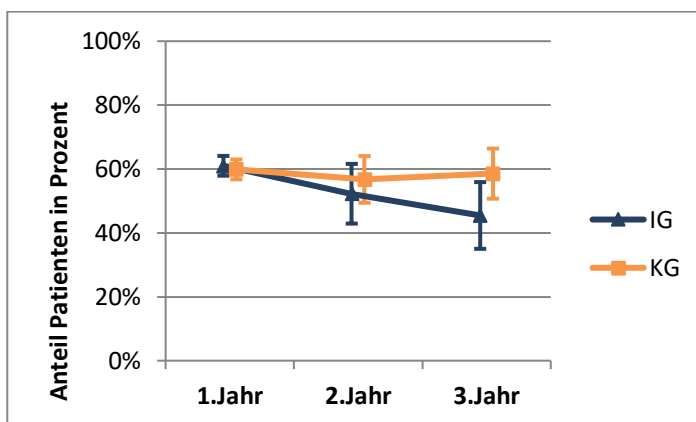
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

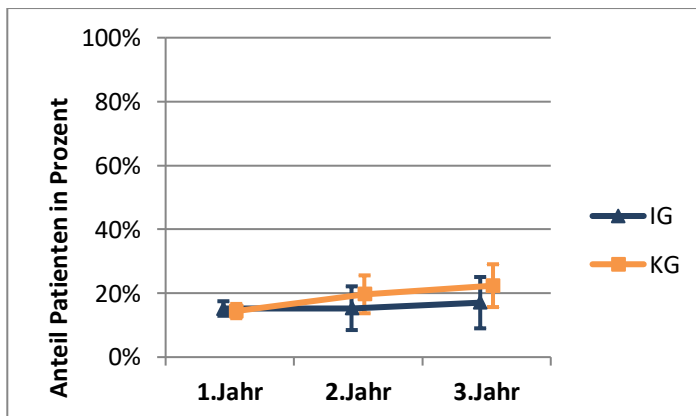
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



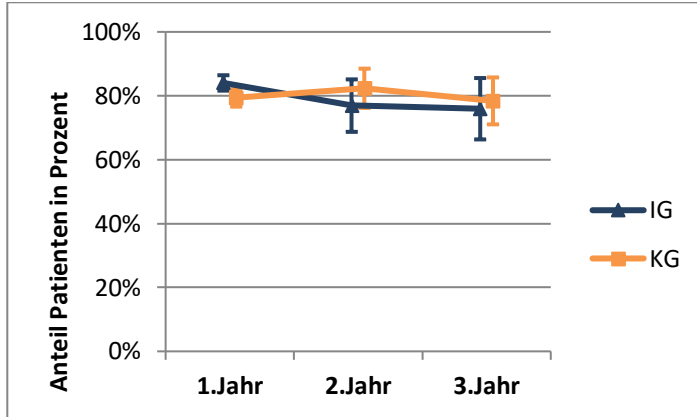
- Alle (psychiatrischer Sektor)



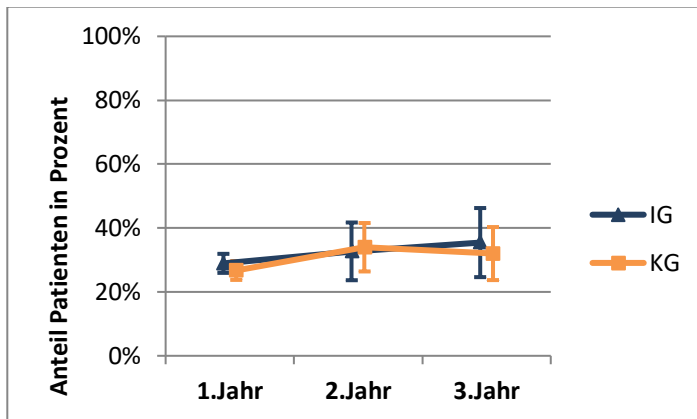
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



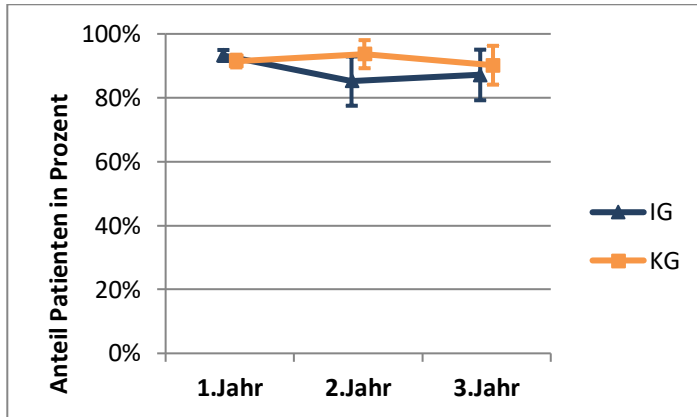
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



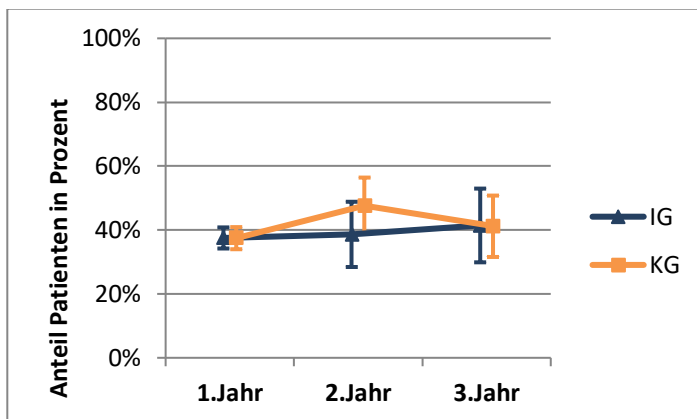
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

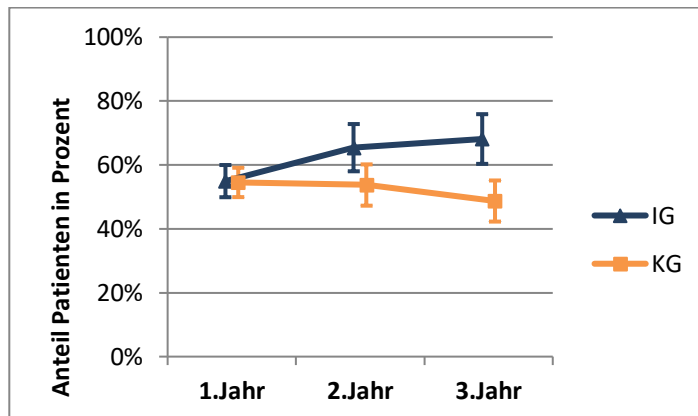
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

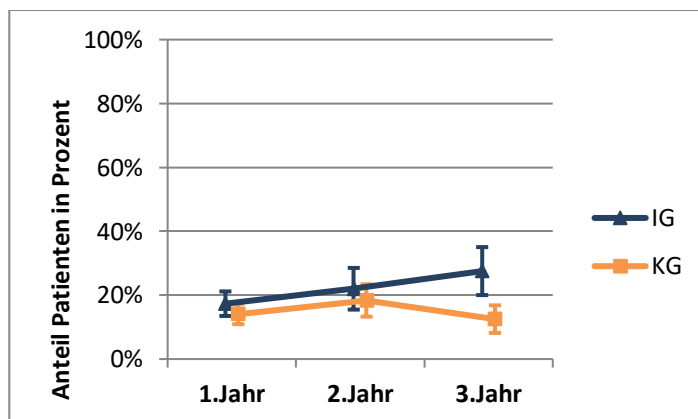
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



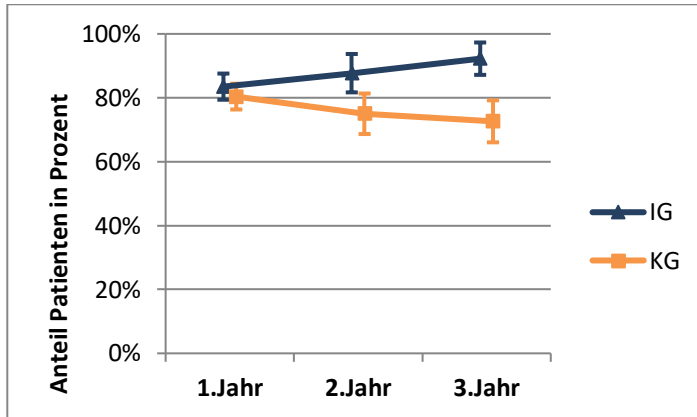
- Alle (psychiatrischer Sektor)



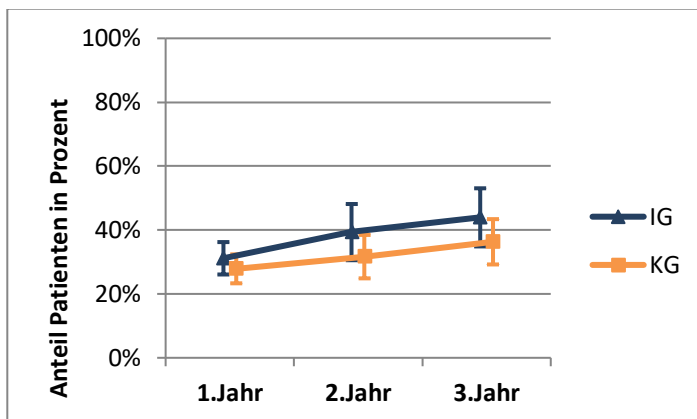
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



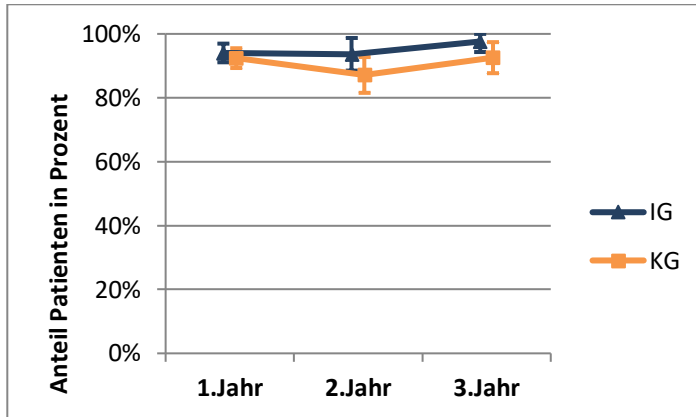
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



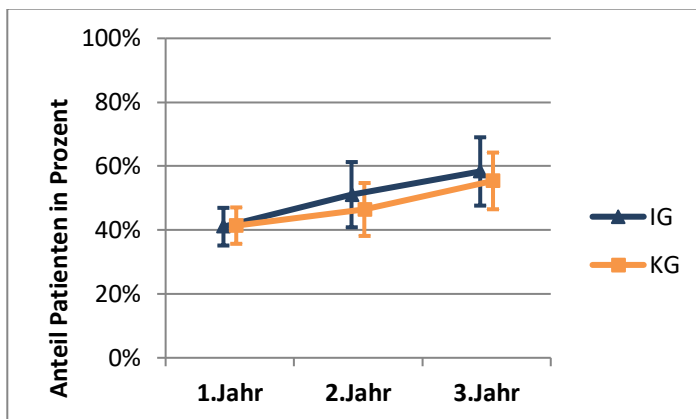
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

Hauptaugenmerk dieser Untersuchung war die Beschreibung der durchschnittlichen Anzahl 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, wies ein größerer Anteil an Patienten der IG nach Modellstart keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Die durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen pro Patient stieg für 90 und 180 Tage Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant mehr an als in der KG verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (je DiD = +0,1 Abbrüche). Auch war die Zunahme der Dauer der Kontaktabbrüche vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant größer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG (90 Tage: DiD = +36,7 Tage; 180 Tage: DiD = +34,6 Tage).

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	1.445	1.445	1.433	1.433	1.445	1.445	1.433	1.433
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	57	450	90	404	57	450	90	403
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	157	34	168	<10	155	34	165
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	53	14	74	<10	52	14	74
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	22	171	32	149	22	171	32	148
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	56	16	71	<10	55	16	71
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	16	<10	33	<10	15	<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)	509	1.445	506	1.433	509	1.445	506	1.433
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)	–*	46,7 %	–*	41,8 %	–*	43,6 %	–*	39,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	–*	43,9 %	–*	38,3 %	–*	38,6 %	–*	37,8 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	–*	16,6 %	–*	14,3 %	–*	12,9 %	–*	8,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	–*	16,1 %	–*	14,1 %	–*	7,3 %	–*	7,0 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	–*	18,9 %	–*	8,1 %	–*	0,0 %	–*	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	–*	12,5 %	–*	0,0 %	–*	0,0 %	–*	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								

• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	–*	325,6	–*	319,5	–*	348,1	–*	352,4
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	–*	314,8	–*	322,8	–*	349,4	–*	346,5
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	–*	281,8	–*	265,5	–*	339,4	–*	311,2
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	–*	251,4	–*	259,4	–*	363,6	–*	287,4
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	–*	190,7	–*	207,3	–*	0,0	–*	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	–*	154,7	–*	0,0	–*	0,0	–*	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A³	208	566	227	599	208	566	227	599
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	–*	0,5	–*	0,4	–*	0,4	–*	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	–*	157,5	–*	117,6	–*	144,5	–*	106,9

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

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

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

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

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

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

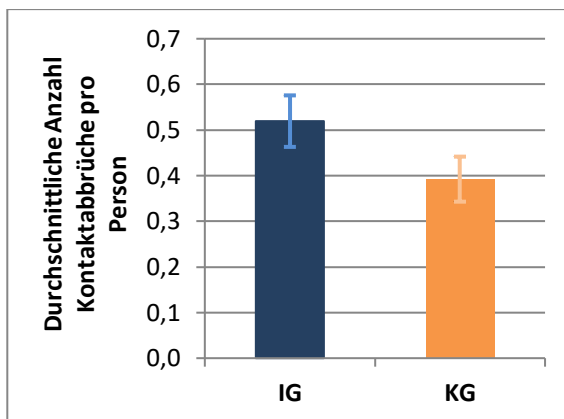
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

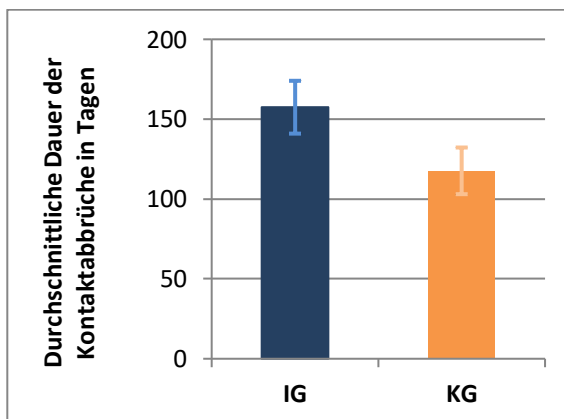
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

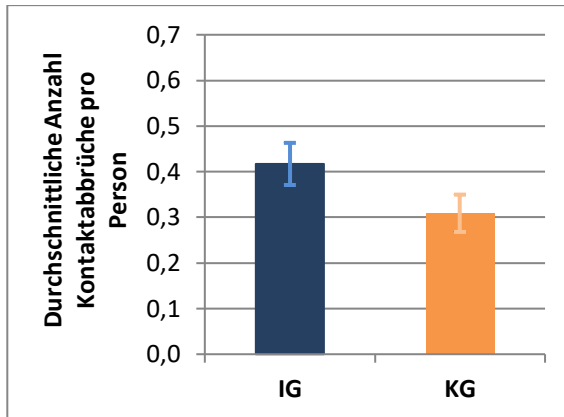
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

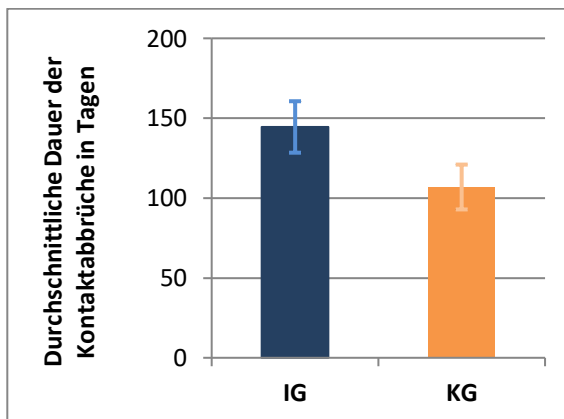


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,12** 0,04...0,19	36,70** 14,96...58,43	0,10** 0,04...0,16	34,64** 13,56...55,72

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. Der geringe Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG stets geringer als in der KG. Die Anteile der Patienten mit Hopping waren jedoch in IG und KG gering. Die Muster der Verläufe waren zwischen IG und KG vergleichbar. 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)	486	486	486	486	486	482	482	482	482	482
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	473	483	455	433	427	451	462	437	419	405
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)	0,2%	0,6%	0,0%	0,4%	0,2%	0,2%	1,7%	0,6%	0,0%	0,4%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	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)	546	546	546	546	546	538	538	538	538	538
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	537	541	533	521	512	520	521	506	498	484
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%	0,5%	0,2%	0,4%	0,5%	0,9%	1,1%	1,3%	0,7%	0,7%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,2%	0,5%	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,6%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%

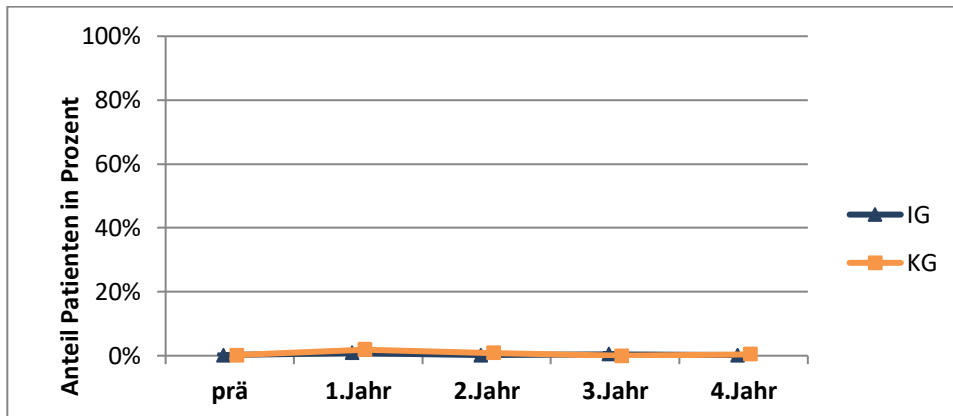
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

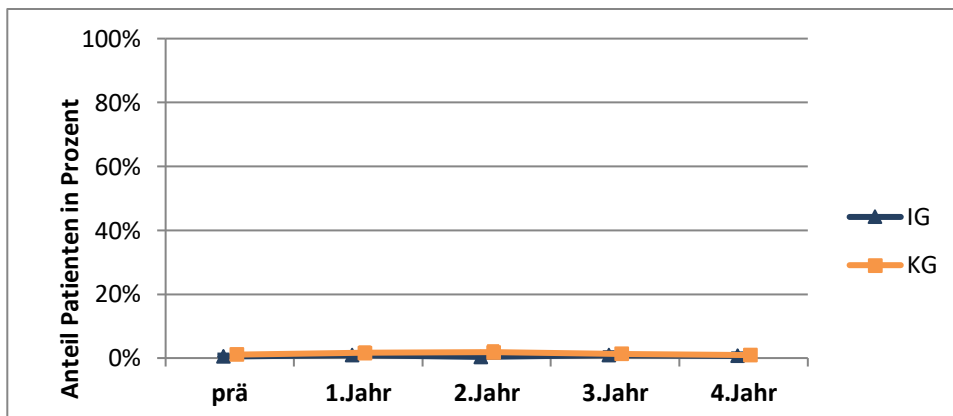


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Klinikbekannte Patienten

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.066	2.066	2.066	2.066
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.012	2.031	1.993	2.011
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)	0,1%	0,8%	0,2%	1,7%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

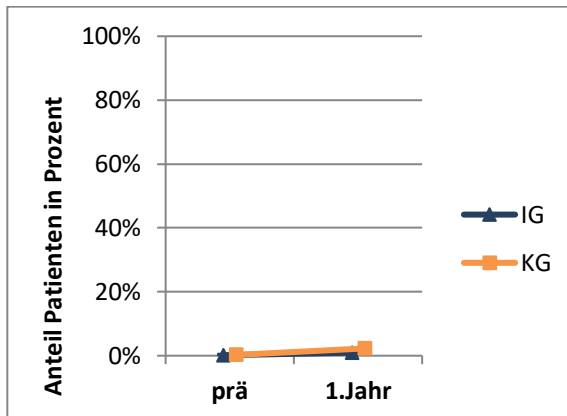
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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)	1.541	1.541	1.541	1.541	1.541	1.541
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.496	1.521	1.438	1.483	1.497	1.414
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)	0,1%	1,0%	0,1%	0,3%	1,9%	0,4%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,4%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

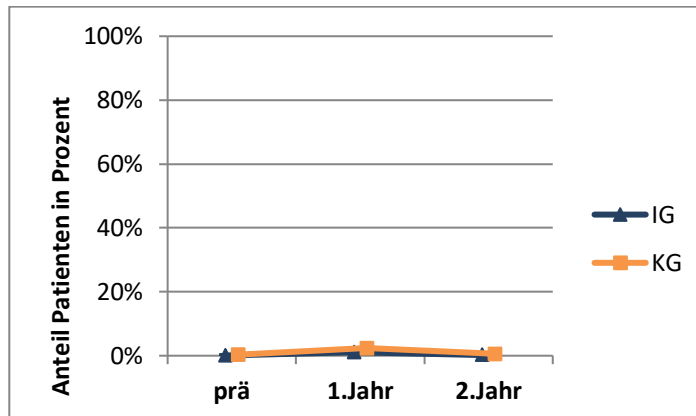


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	984	984	984	984	984	984	984	984
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	952	974	925	881	939	952	903	869
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)	0,1%	1,0%	0,1%	0,2%	0,2%	2,0%	0,5%	0,2%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	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)	595	595	595	595	588	588	588	588
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	586	590	579	560	569	571	554	542
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)	0,3%	0,7%	0,2%	0,3%	1,0%	1,4%	1,7%	0,7%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,2%	0,5%	0,2%	0,3%	0,3%	0,5%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%

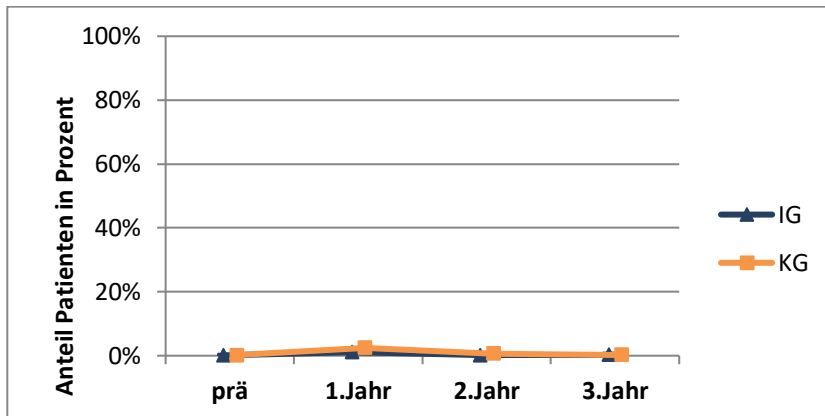
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

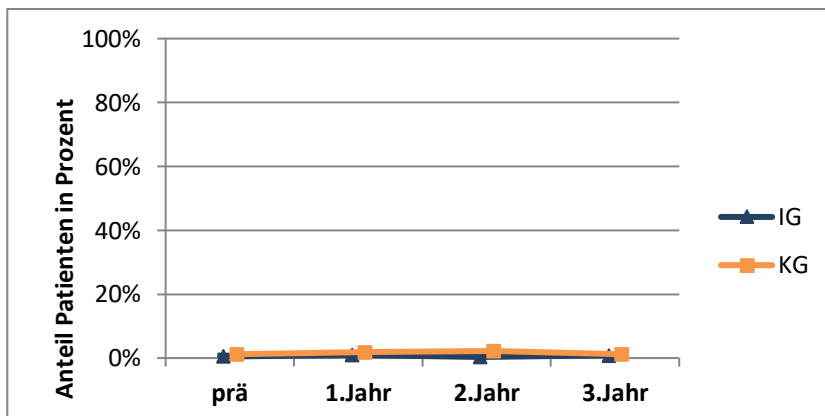
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbare Muster und Niveaus bezüglich der Anzahl an **AU-Episoden**. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,2 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall, der zwischen IG und KG vergleichbar war, und sank dann in beiden Gruppen auf 0,2 bzw. 0,3 AU-Episoden ab. Bei den linikbekannten Patienten war, neben einem höheren Ausgangsniveau im Vergleich zu den klinikneuen Patienten, eine Verringerung der AU-Episoden über die Zeit ersichtlich. Dabei wies die IG stets leicht geringere Anzahlen an AU-Episoden im Vergleich zur KG auf. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant geringer im Vergleich zur KG (DiD = -12,7 AU-Tage). Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl AU-Tage in beiden Gruppen, blieb jedoch in der IG stets unter den Werten der KG. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht erkennbar. Auch die Unterschiede zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen waren statistisch nicht signifikant.

In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) nach mehr AU-Tagen im Jahr vor Referenzfall in allen Jahren nach Referenzfall weniger AU-Tage als in der KG (siehe Kapitel 14.2). Auch bei den älteren Patienten war die Anzahl an AU-Tagen in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG, mit Ausnahme im zweiten Jahr nach Referenzfall. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F30-39 (affektive Störungen) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F45 (somatoforme Störungen) aufwiesen (wobei letztgenannte nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 169 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG geringer im Vergleich zur KG ausfiel. Die Patienten der IG wiesen zu jedem Zeitintervall geringere AU-Tage im Vergleich zur KG auf (prä: -2,6; 1. Jahr: -5,2; 2. Jahr: -6,3; 3. Jahr: 8,1; 4. Jahr: -9,8 AU-Tage). Dieser Unterschied vergrößerte sich sogar über die Zeit. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG verzeichneten ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall weniger AU-Tage als die jüngeren klinikbekannten Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2), während bei den älteren Patienten die IG stets weniger AU-Tage als die Patienten der KG aufwies. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F45 (somatoforme Störungen), F50 (Essstörungen) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf (wobei alle drei genannten nur sehr wenige Patienten betrafen), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F40-48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei zweitgenannte nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 169 im Anhang).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG weniger stark als in der KG an (IG: +45,5 AU-Tage; KG: +50,3 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG (DiD = -9,1 AU-Tage). Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall wies die IG geringere AU-Tage auf. Dieser Unterschied war jedoch nicht mehr statistisch signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen parallele Verläufe erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wieder. Bei den linikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG niedriger. Auch die Anzahl an AU-Tagen in den folgenden Jahren war in der IG niedriger als in der KG, obwohl in der IG im Präzeitraum (Jahr vor Referenzfall) mehr AU-Tage im Vergleich zur KG ersichtlich waren. Bei den linikbekannten Patienten waren in der IG stets weniger AU-Tage im Vergleich zur KG erkennbar. Analog zu U1 vergrößerte sich dieser Unterschied über die Zeit (prä: -2,0; 1. Jahr: -3,2; 2. Jahr: -8,6; 3. Jahr: -8,7 AU-Tage).

In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) bei den linikneuen Patienten in der IG höher und bei den linikbekannten Patienten niedriger als in der KG.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	278	278	278	277	277	256	256	254	254	254
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,2	0,3	0,3	0,2	0,5	1,2	0,4	0,3	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,9	58,5	12,7	9,3	7,6	15,3	67,7	15,5	13,6	13,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	21,9%	10,1%	3,6%	2,9%	1,4%	18,8%	10,5%	4,7%	3,5%	2,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,9	1,0	1,1	0,9	1,4	0,7	0,3	0,6	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	271	271	270	270	269	241	241	240	240	239
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	0,8	0,6	0,5	0,4	0,9	1,2	0,7	0,9	0,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	31,7	30,4	13,5	11,5	8,9	34,4	35,5	19,8	19,6	18,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	13,7%	5,5%	1,9%	2,6%	1,5%	7,9%	7,5%	4,6%	3,3%	4,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,3	1,5	0,7	0,5	0,4	1,9	0,8	1,4	0,4	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%

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

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

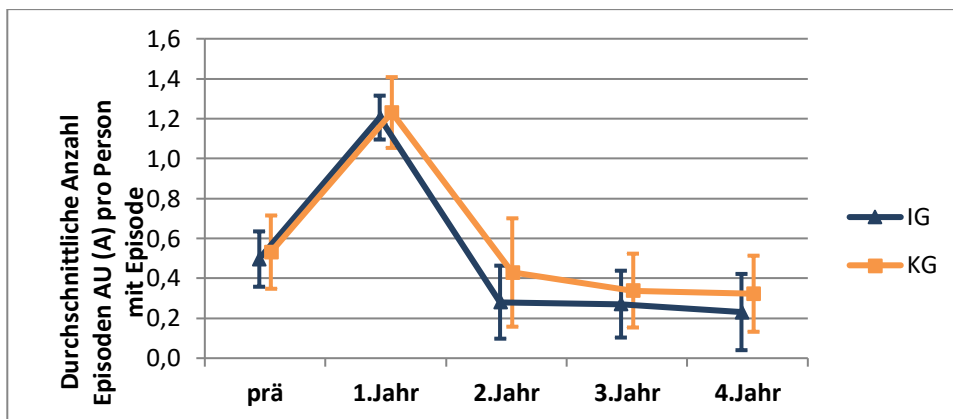
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

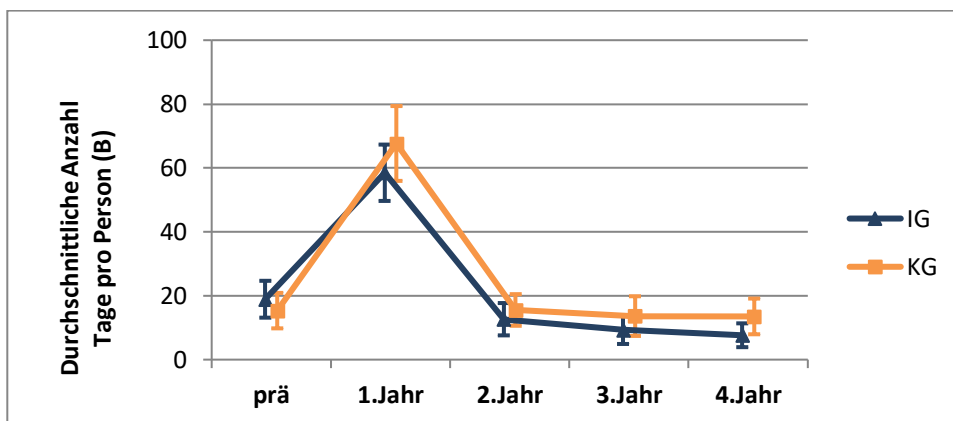
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

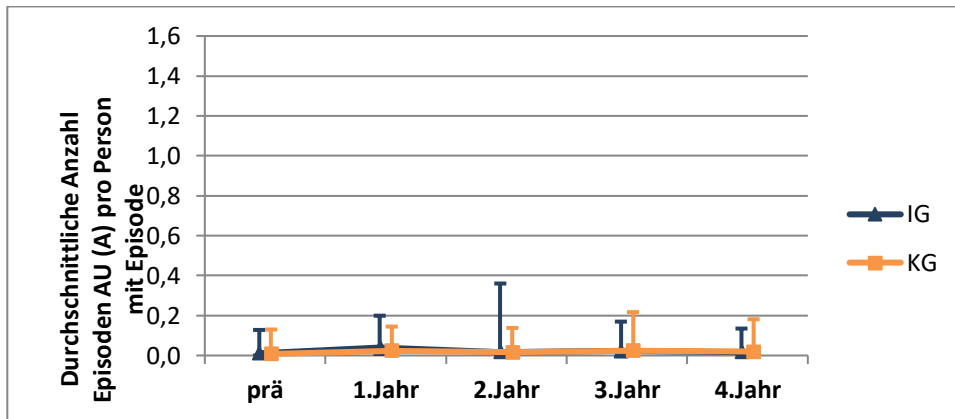


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

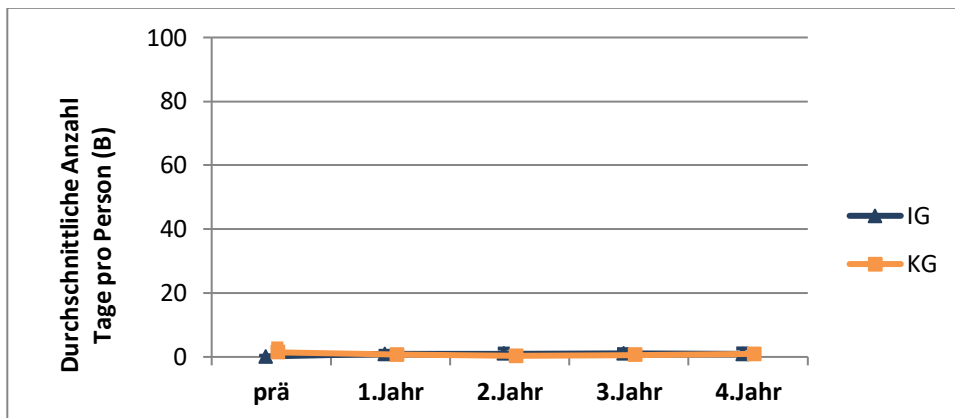


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



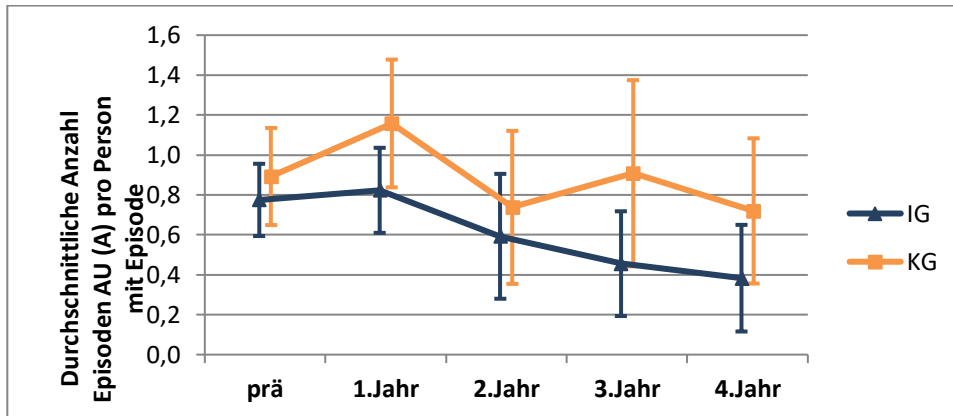
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

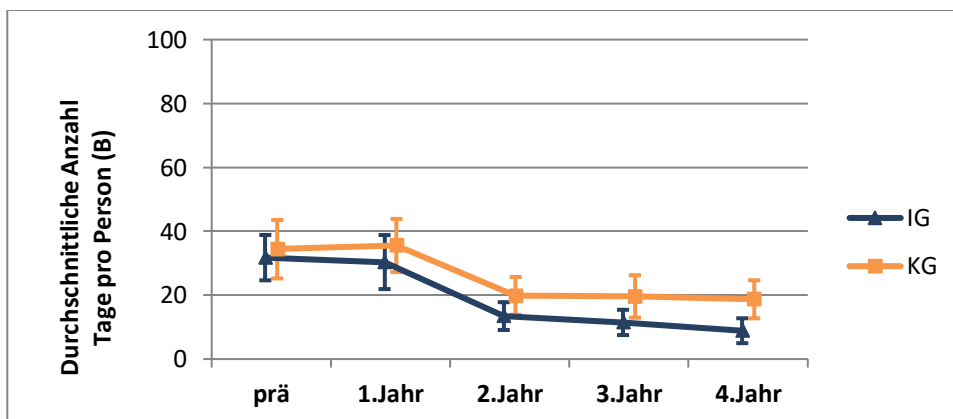
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

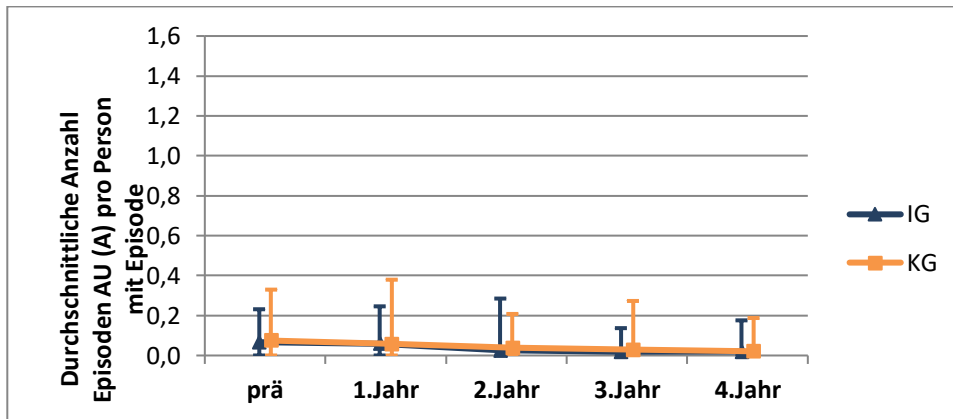


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

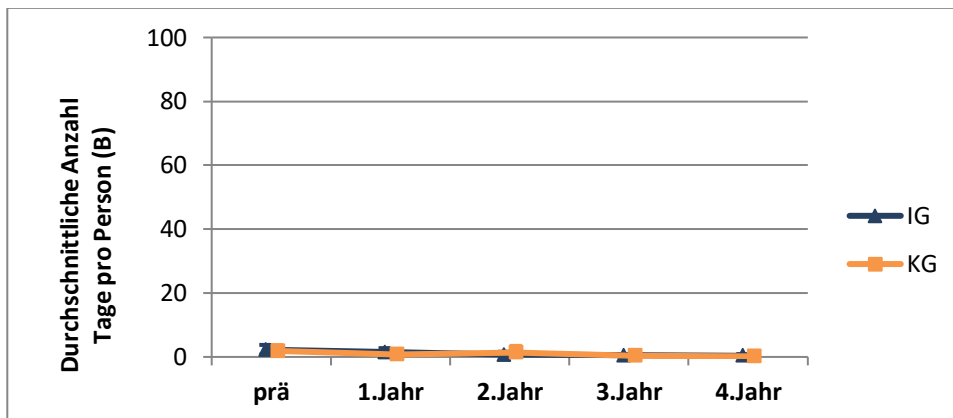


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,01 -0,19...0,21	-12,73* -25,28...-0,19
DID Jahr 2	-0,11 -0,31...0,09	-6,34 -18,88...6,21
DID Jahr 3	-0,03 -0,23...0,16	-7,79 -20,33...4,75
DID Jahr 4	-0,06 -0,25...0,14	-9,39 -21,93...3,16
DID Jahr 1-4	—	-9,06 -19,66...1,54

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,22 -0,55...0,12	-2,53 -15,21...10,14
DID Jahr 2	-0,03 -0,36...0,31	-3,64 -16,32...9,03
DID Jahr 3	-0,33 -0,67...0,00	-5,44 -18,12...7,23
DID Jahr 4	-0,22 -0,55...0,12	-7,10 -19,78...5,57
DID Jahr 1-4	—	-4,68 -14,78...5,42

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.213	1.213	1.185	1.185
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) 	0,5	1,1	0,6	1,1
	19,2	64,8	17,3	67,6
	23,1%	11,1%	19,5%	11,2%
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
	0,1	0,9	0,4	0,6
	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%

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

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

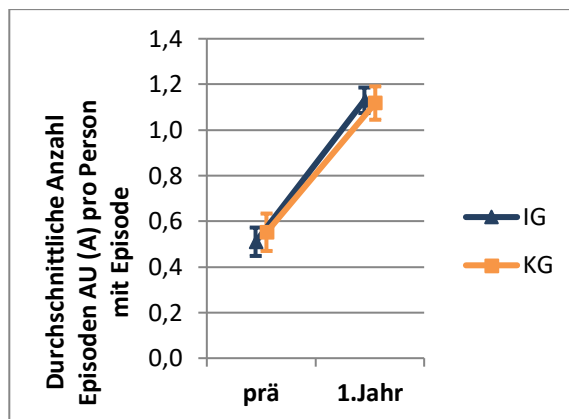
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

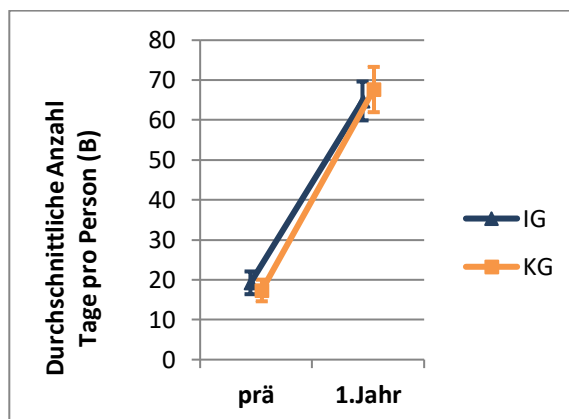
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

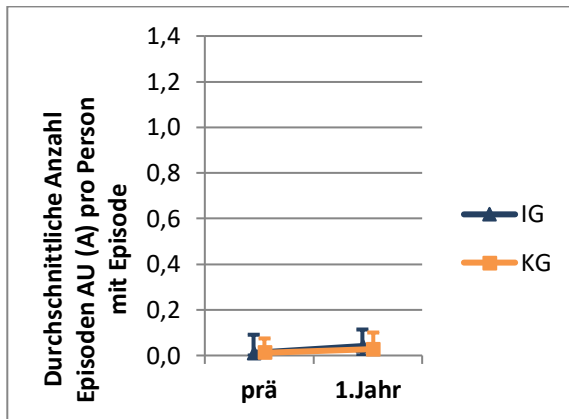


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

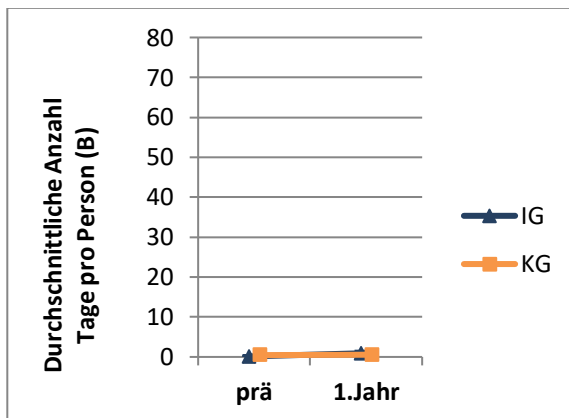


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	899	899	898	884	884	880
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,2	0,3	0,6	1,2	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,8	62,3	14,7	17,0	69,7	17,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,4%	11,1%	3,3%	19,3%	12,6%	4,3%
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)	0,1	0,9	0,9	0,6	0,5	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%

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

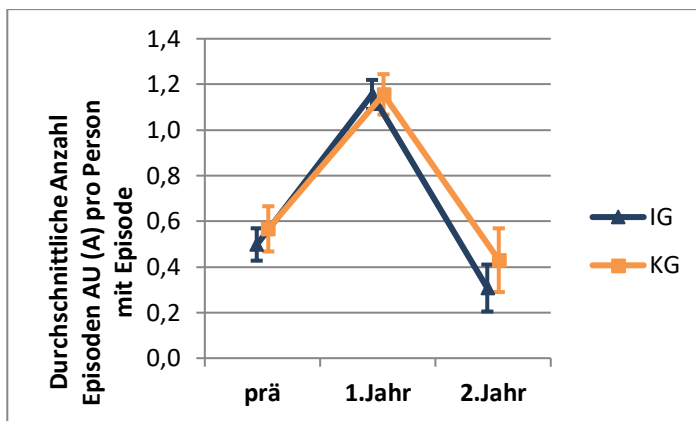
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

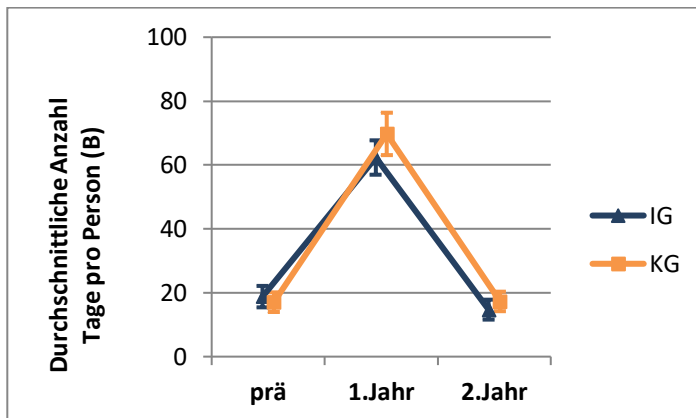
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

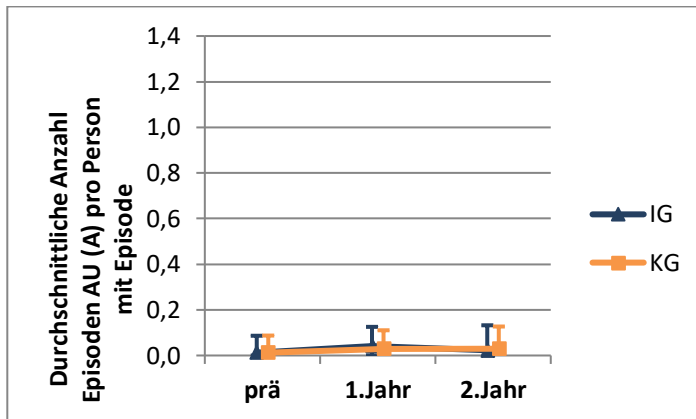


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

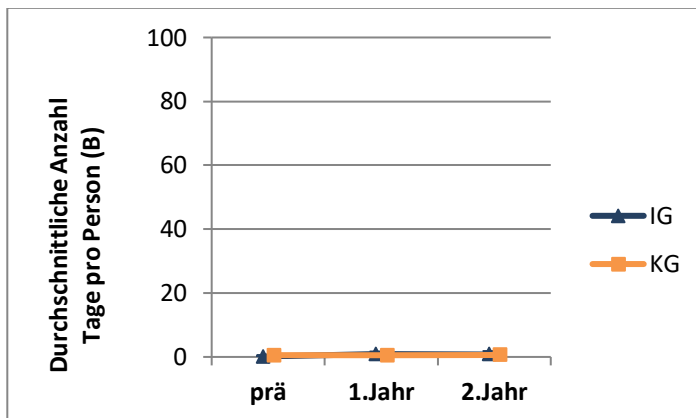


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,07 -0,05...0,18	-9,13* -17,27...-0,99
DID Jahr 2	-0,05 -0,17...0,06	-4,24 -12,38...3,90

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)	574	574	574	572	550	550	547	546
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,2	0,3	0,2	0,5	1,2	0,4	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	19,0	61,7	14,4	10,1	13,8	67,6	15,9	12,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,3%	11,7%	3,1%	2,6%	17,1%	11,3%	4,8%	3,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,7	0,7	0,7	0,9	0,7	0,9	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	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)	307	307	306	306	267	267	266	266
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	0,9	0,6	0,5	0,9	1,1	0,7	0,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	29,7	30,9	13,1	12,0	31,7	34,0	21,7	20,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	14,0%	5,9%	2,9%	2,9%	7,5%	6,7%	5,6%	3,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,4	1,8	0,8	0,6	2,1	0,7	1,3	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%

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

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

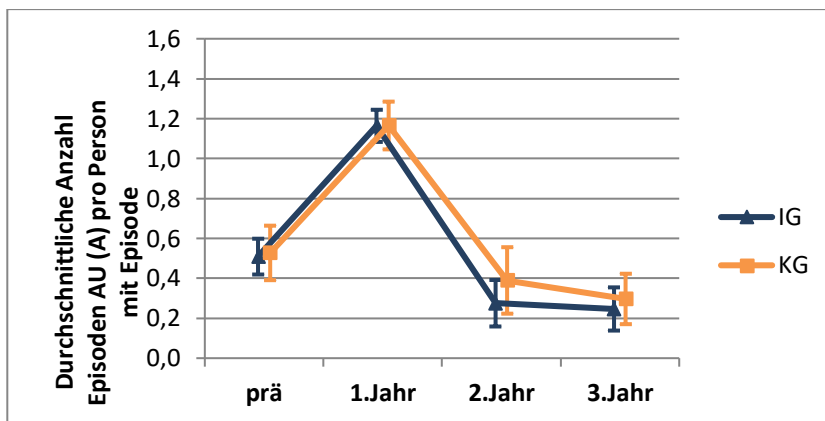
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

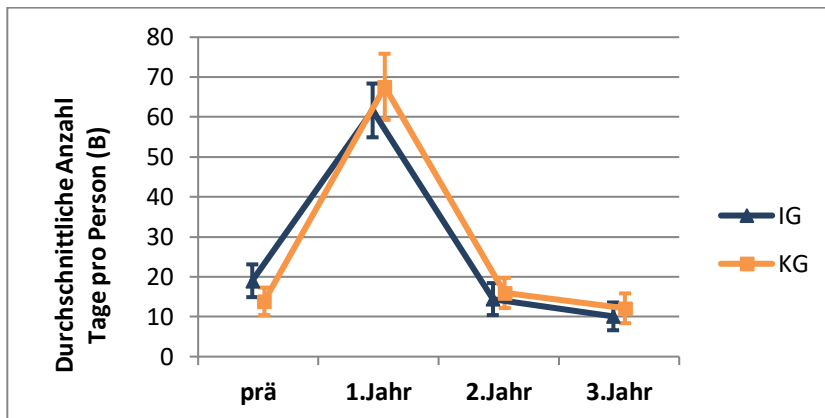
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

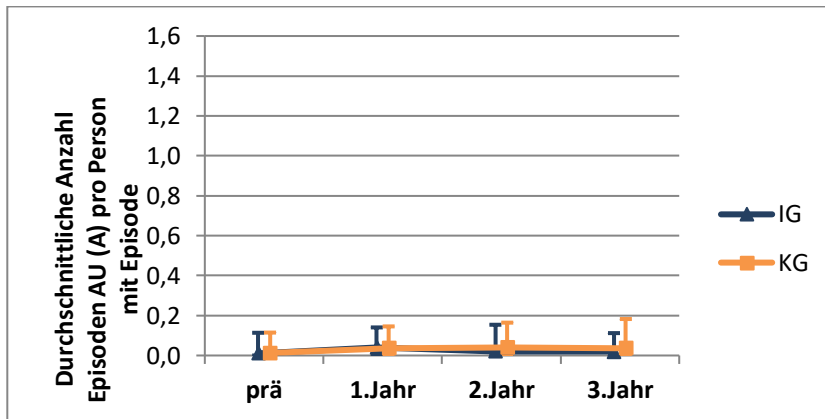


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

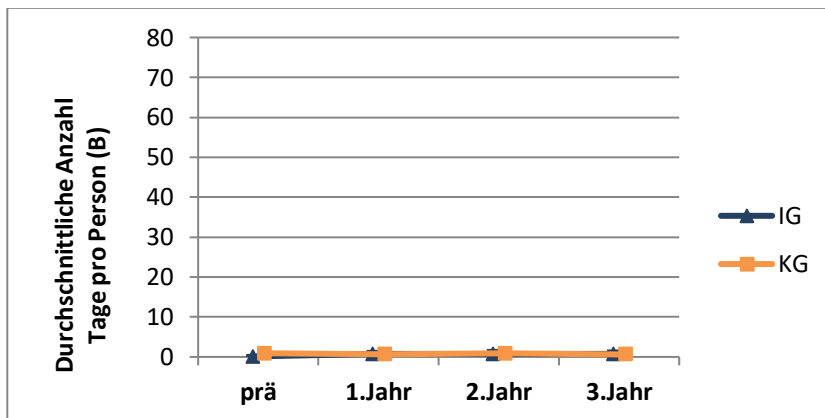


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



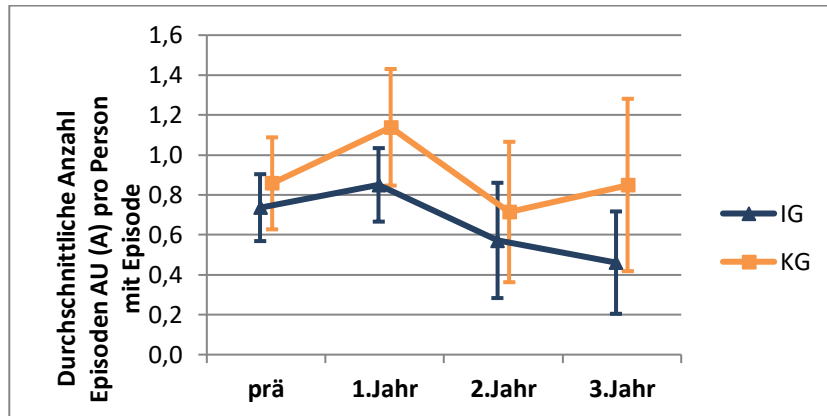
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

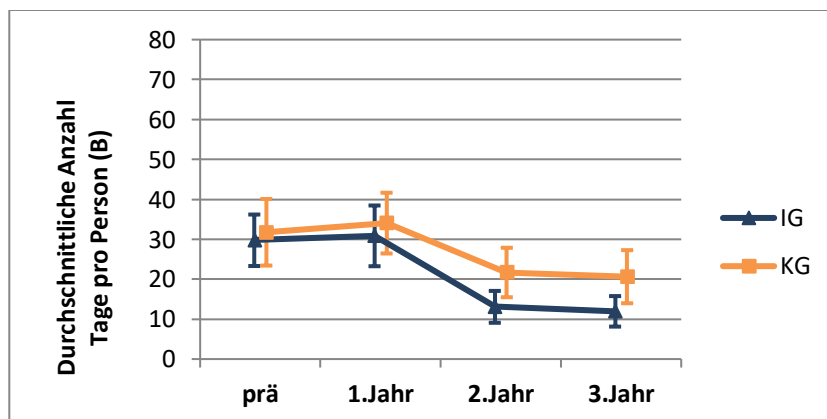
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

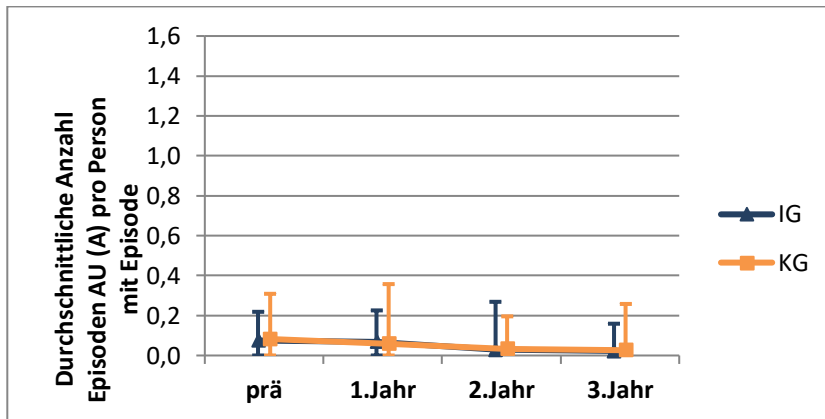


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

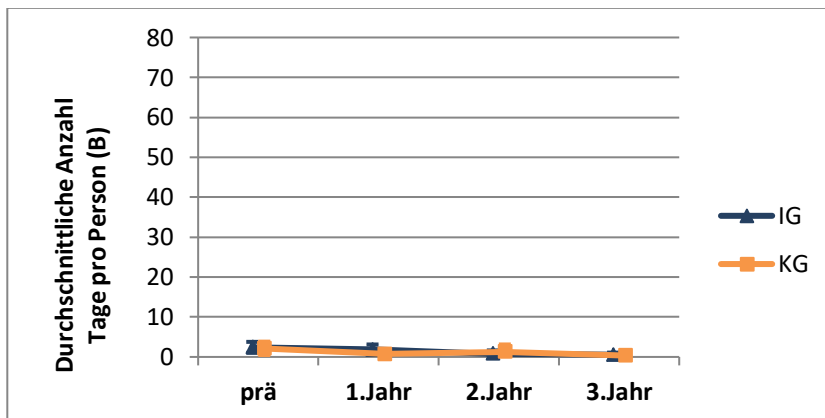


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 24,8 %; KG: 29,7 %; DiD = 0,8). Auch die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war in der IG geringer als in der KG (IG: 104,8 Tage; KG: 111,3 Tage). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	824	1.126
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	24,8% 104,8	29,6% 111,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	299	438
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	10,7% 78,1	12,6% 101,4
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	122	178
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	5,0% 66,1	5,2% 102,2

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

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

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

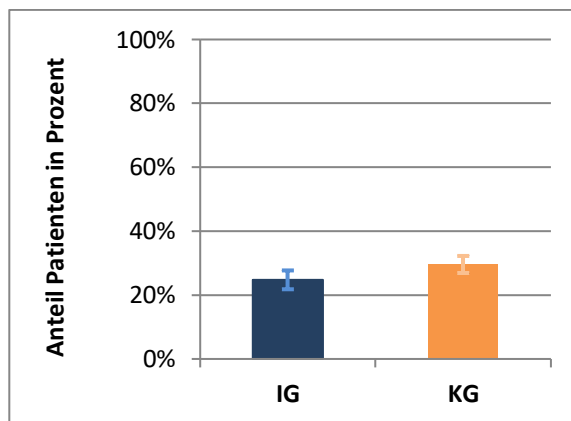
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

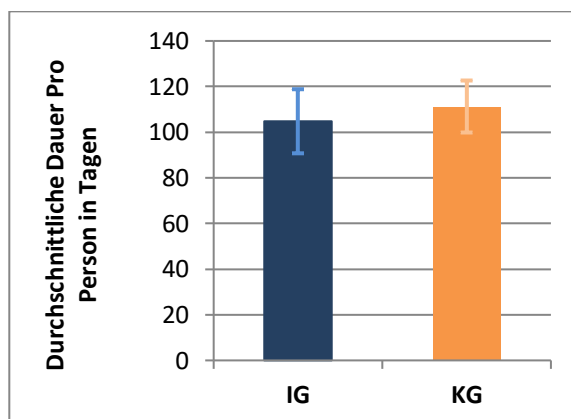


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,80* 0,65...0,98	-5,92 -24,23...12,39

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

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,7; KG: +0,9). Danach sank der Score erneut, blieb aber über dem vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,0-3,5). Dabei wiesen Patienten der IG stets leicht geringere Komorbiditäts-Scores als die der KG auf. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war, analog zu U1, bei den linikneuen Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Score vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Die Komorbiditäts-Scores waren in der IG stets leicht über der KG, aber im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall stets zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf erkennbar. Hier hatte die IG stets leicht geringere Komorbiditäts-Scores (analog zu U1).

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)	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,5	3,0	3,0	3,1	2,5	3,4	2,9	2,8	2,8

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)	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,1	3,1	3,3	3,3	3,1	3,4	3,2	3,5	3,5

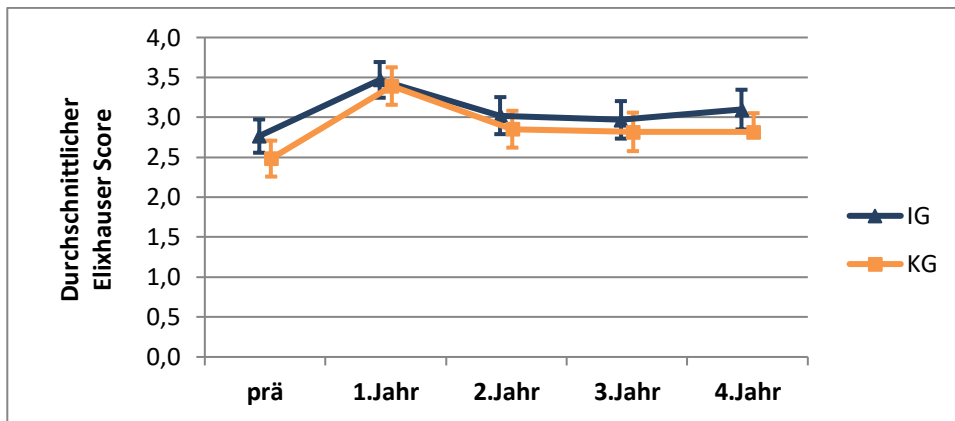
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

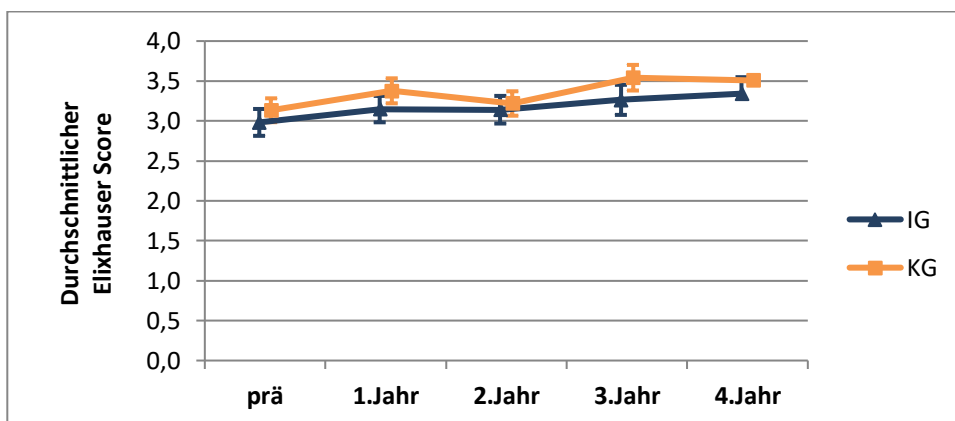


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,21 -0,62...0,21
DID Jahr 2	-0,11 -0,52...0,31
DID Jahr 3	-0,14 -0,55...0,27
DID Jahr 4	-0,02 -0,43...0,40

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,08 -0,44...0,29
DID Jahr 2	0,11 -0,25...0,48
DID Jahr 3	-0,08 -0,45...0,28
DID Jahr 4	0,05 -0,31...0,42

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	2.066	2.066	2.066	2.066
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,3	2,7	3,4

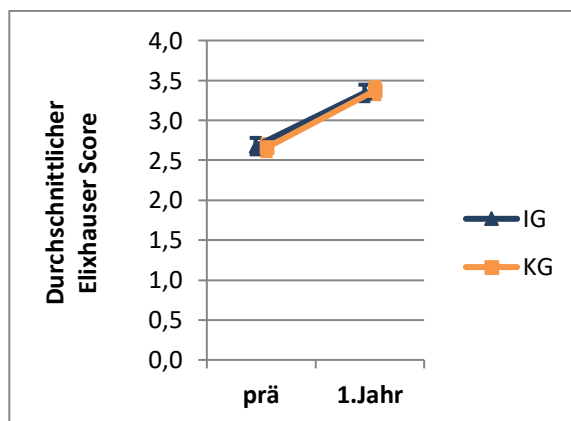
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,3	2,9	2,6	3,3	2,8

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

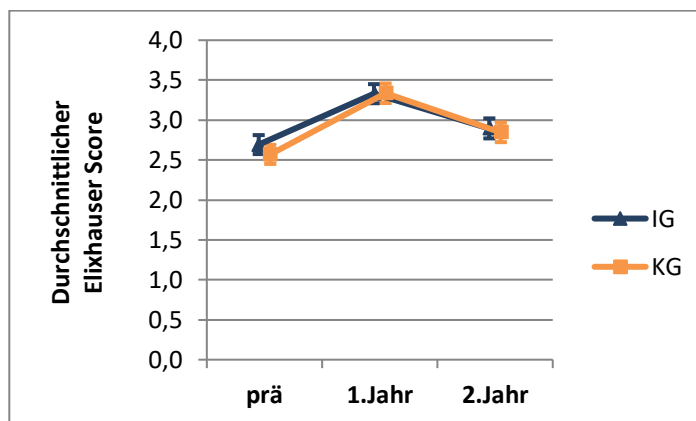


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,13 -0,34...0,09
DID Jahr 2	-0,07 -0,29...0,14

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)	984	984	945	919	984	984	942	914
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,4	3,0	2,9	2,5	3,3	2,8	2,7

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	595	595	588	576	588	588	576	564
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,1	3,1	3,2	3,1	3,4	3,2	3,5

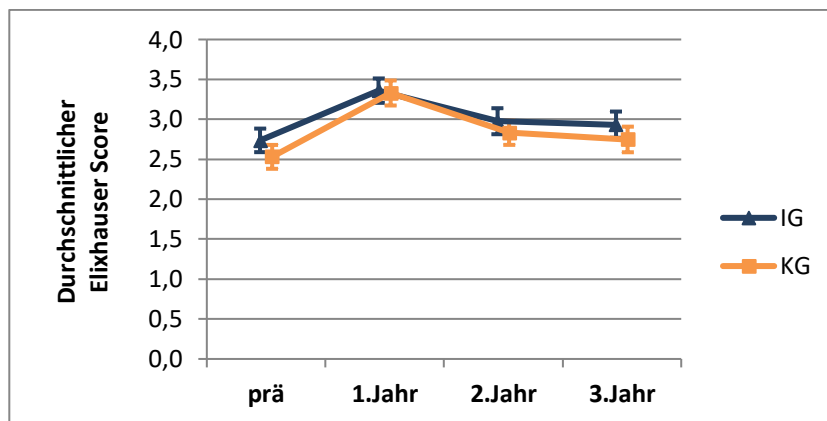
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

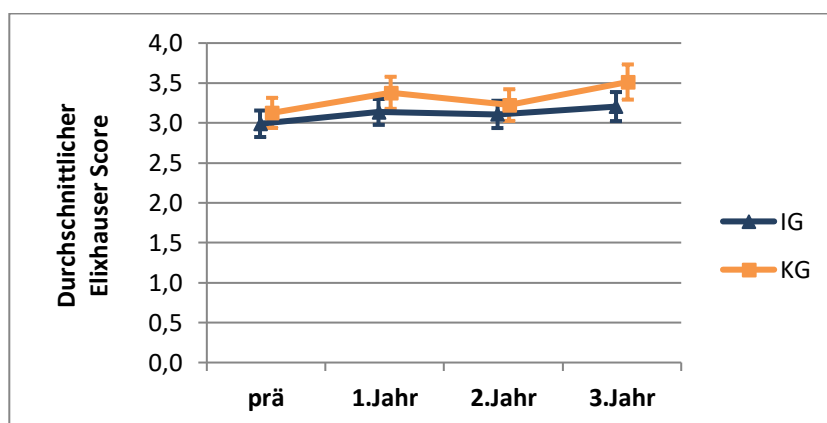


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster einer leicht verringerten Mortalität linikneuer und linikbekannter Patienten in der IG im Vergleich zur KG für die 2-Jahres-Mortalität (-1,0 %-Punkte; -2,1 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	486	482
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	11,1 %	12,2 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	546	538
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	5,7 %	8,4 %

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

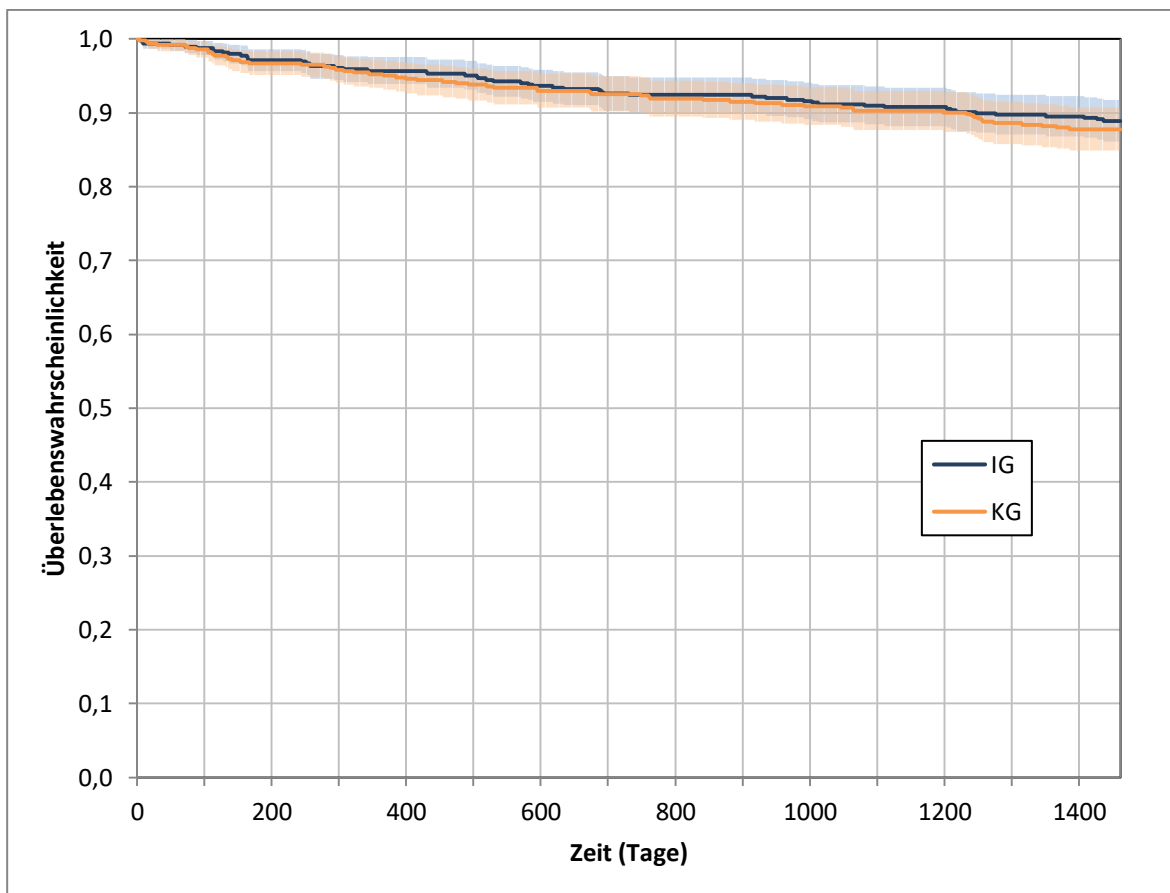
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

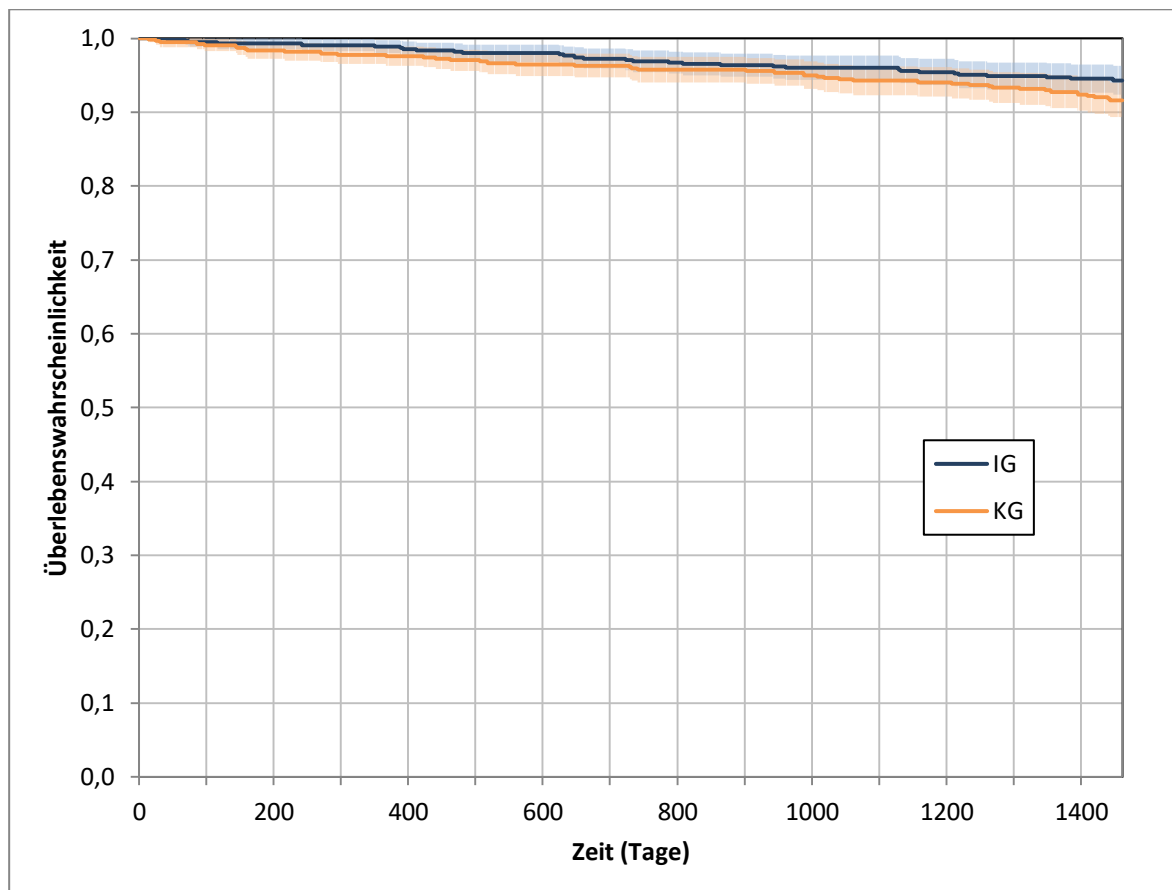
Überlebenswahrscheinlichkeit

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

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,84 0,58...1,23

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,78 0,49...1,24

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	2.066	2.066
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	3,7 %	4,2 %

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

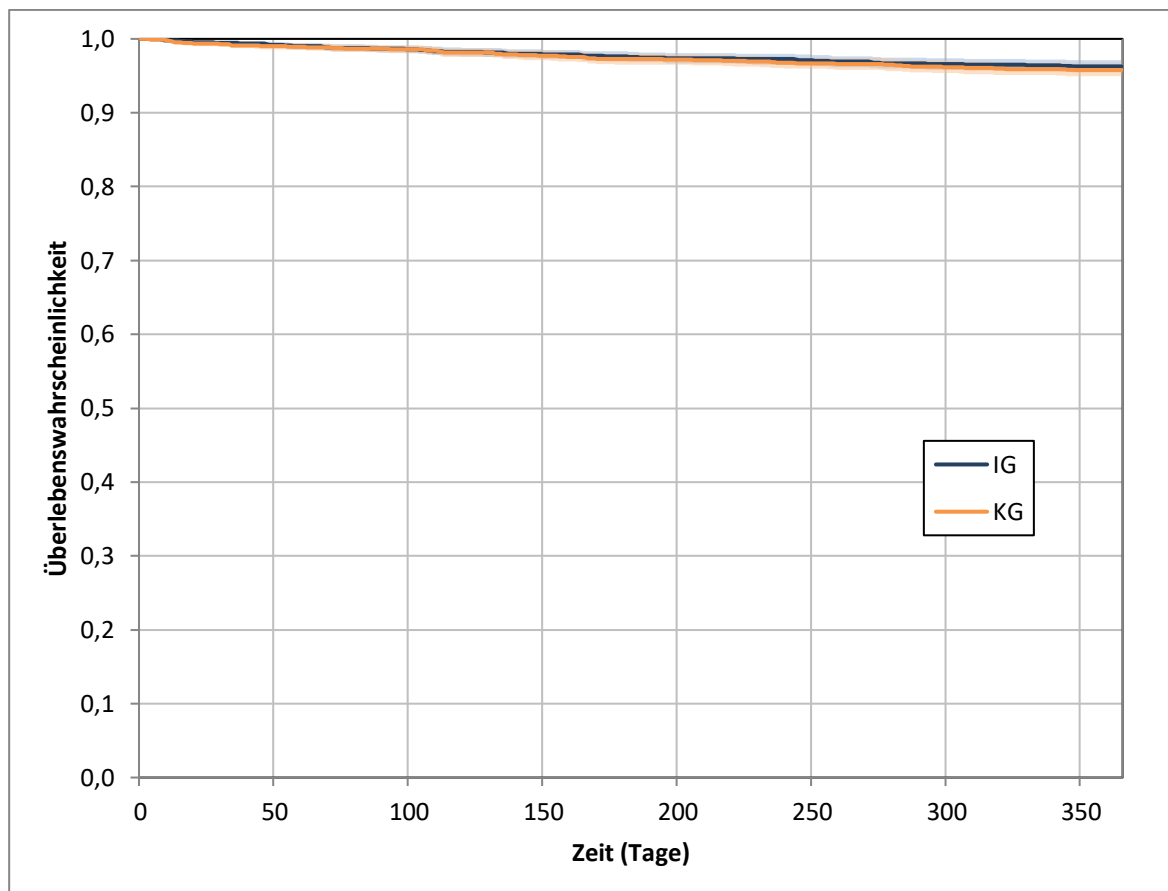
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.541	1.541
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A) 	6,3 %	7,0 %

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

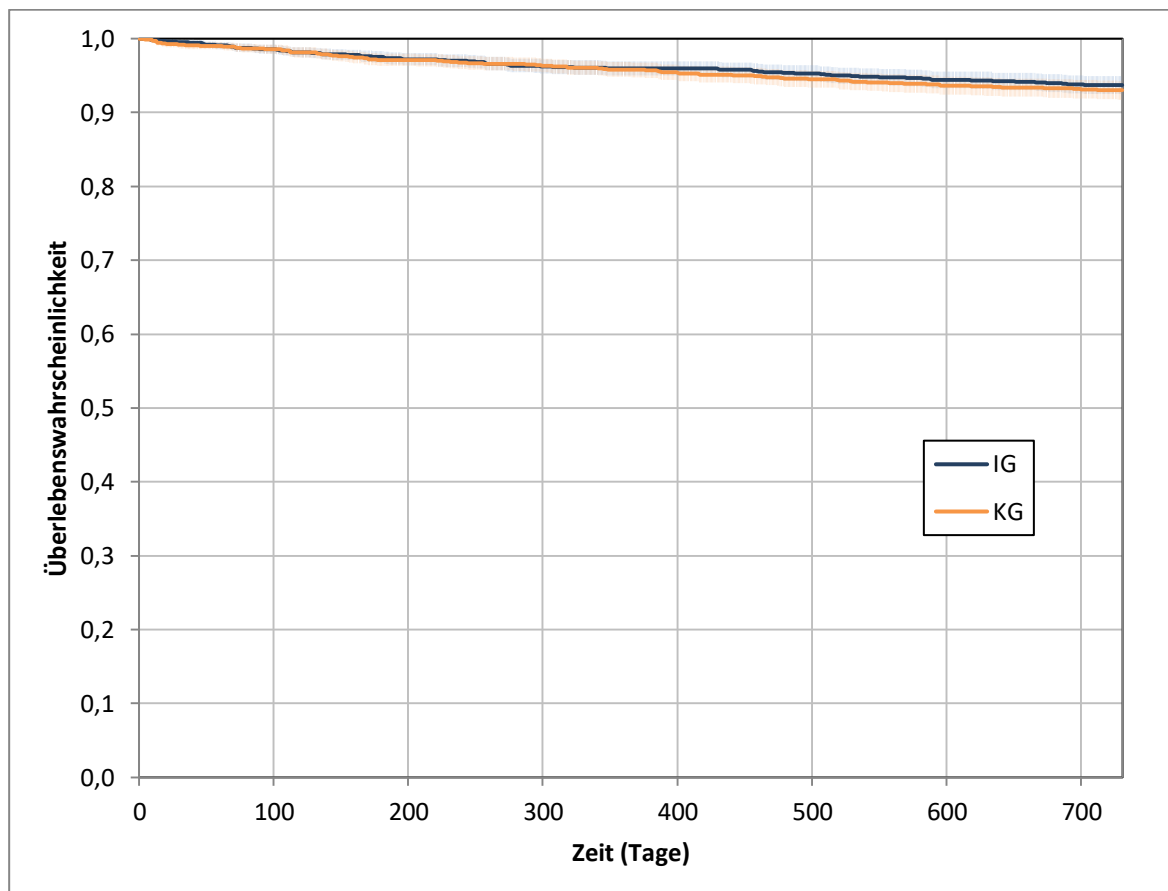


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,84 0,63...1,10

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)	984	984
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	8,4 %	9,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	595	588
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	4,2 %	6,3 %

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

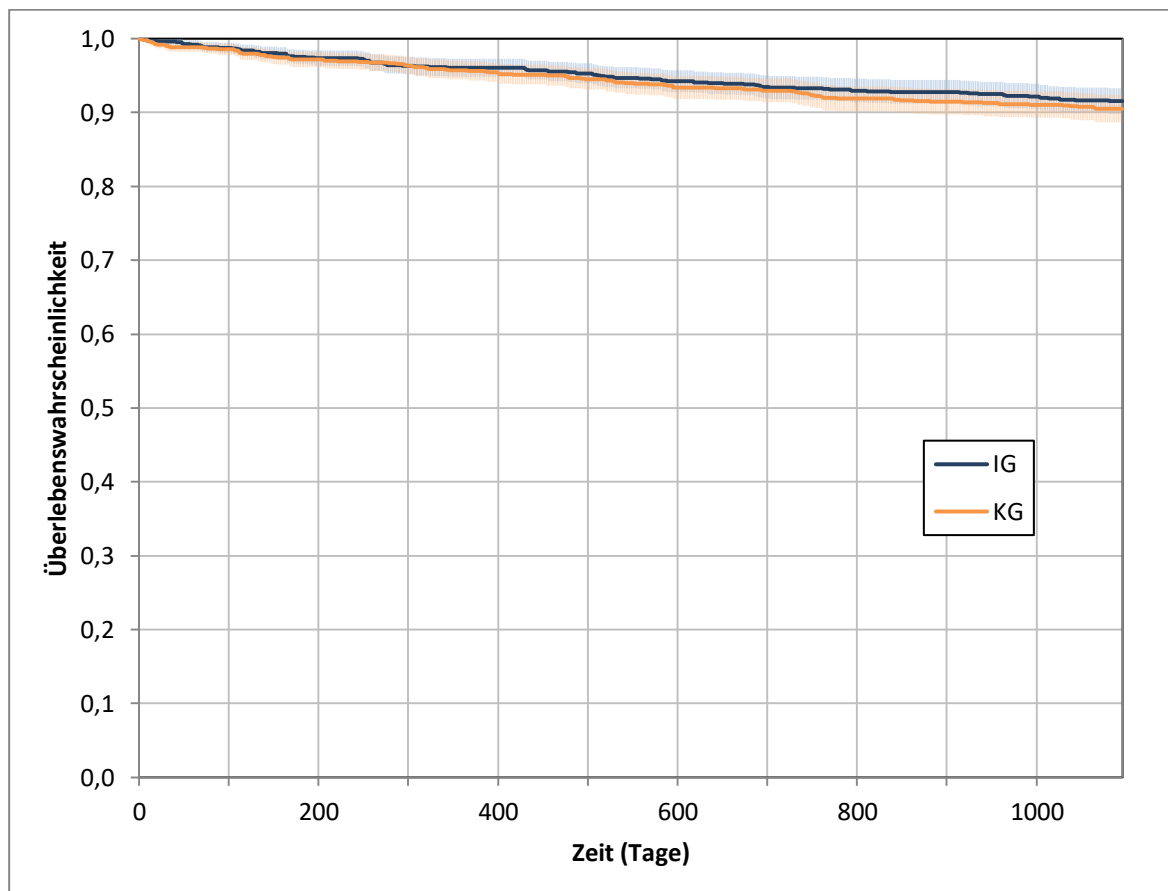
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



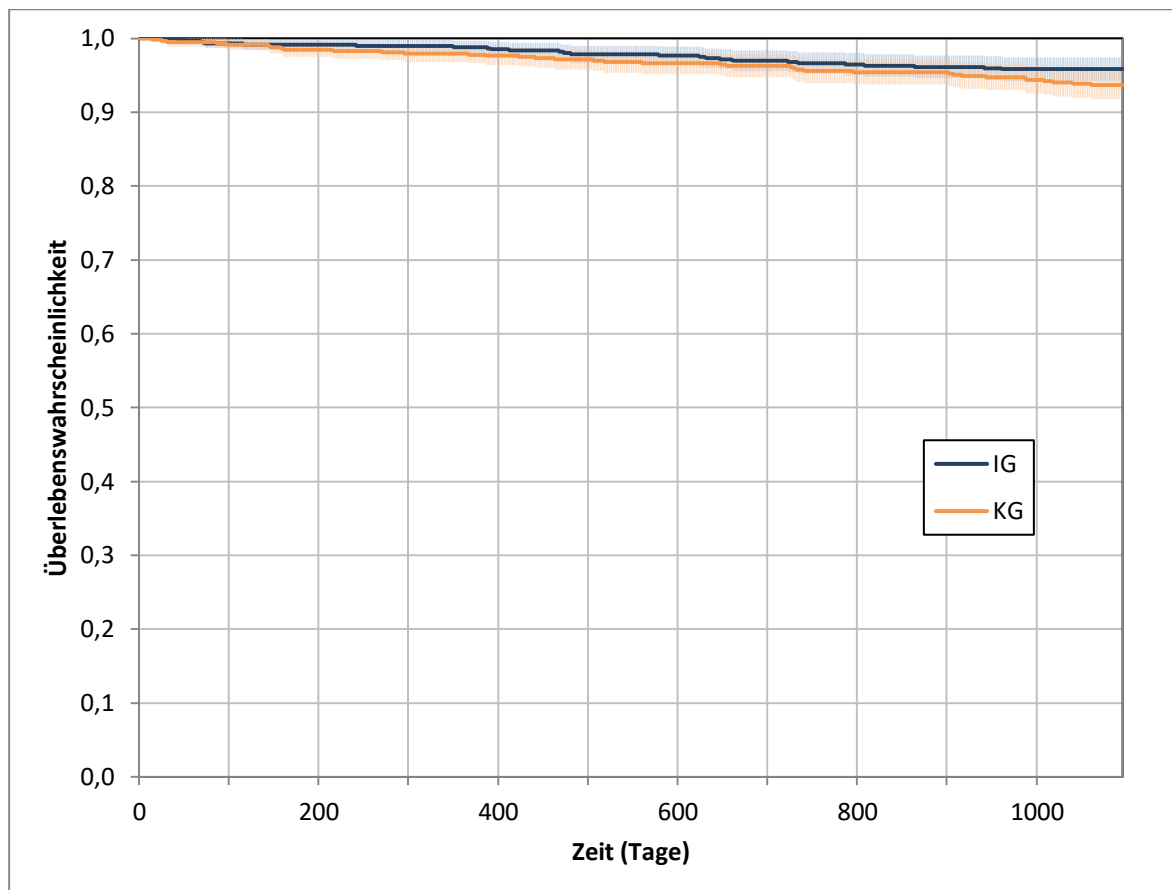
Klinikbekannte Patienten

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 geringer als in der KG (-11,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 0,5). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-2,3 %-Punkte). Jedoch war dieser Unterschied 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 vergleichbaren Anteilen als die Patienten der KG eine rezidivierende depressive Störung (-0,8 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG jedoch größer als in der KG (6,8 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 2,2). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue und linikbekannte Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall etwas häufiger als Patienten der KG (+2,5 %-Punkte). Jedoch waren diese 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 9,1 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG zwischen KG vergleichbar. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 2,2 %-Punkte größer als in der KG.

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

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 und linikbekanntnen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-5,3 %-Punkte; -5,1 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu mit der KG vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+0,1 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (+6,9 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu mit der KG vergleichbaren Anteilen als die Patienten der KG (+0,8 %-Punkte), während dieser bei den linikbekanntnen Patienten im Vergleich zur KG etwas höher ausfiel (+2,7 %-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	432	423
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	192	143
• Jegliche depr. Episode ³	268	240
• ohne Suchterkrankung ⁵	327	304
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	17,7 %	28,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	10,1 %	10,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	32,7 %	30,3 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	515	493
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	122	116
• Jegliche depr. Episode ³	206	207
• ohne Suchterkrankung ⁵	320	301
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	10,7 %	12,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	15,5 %	8,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	18,8 %	16,3 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

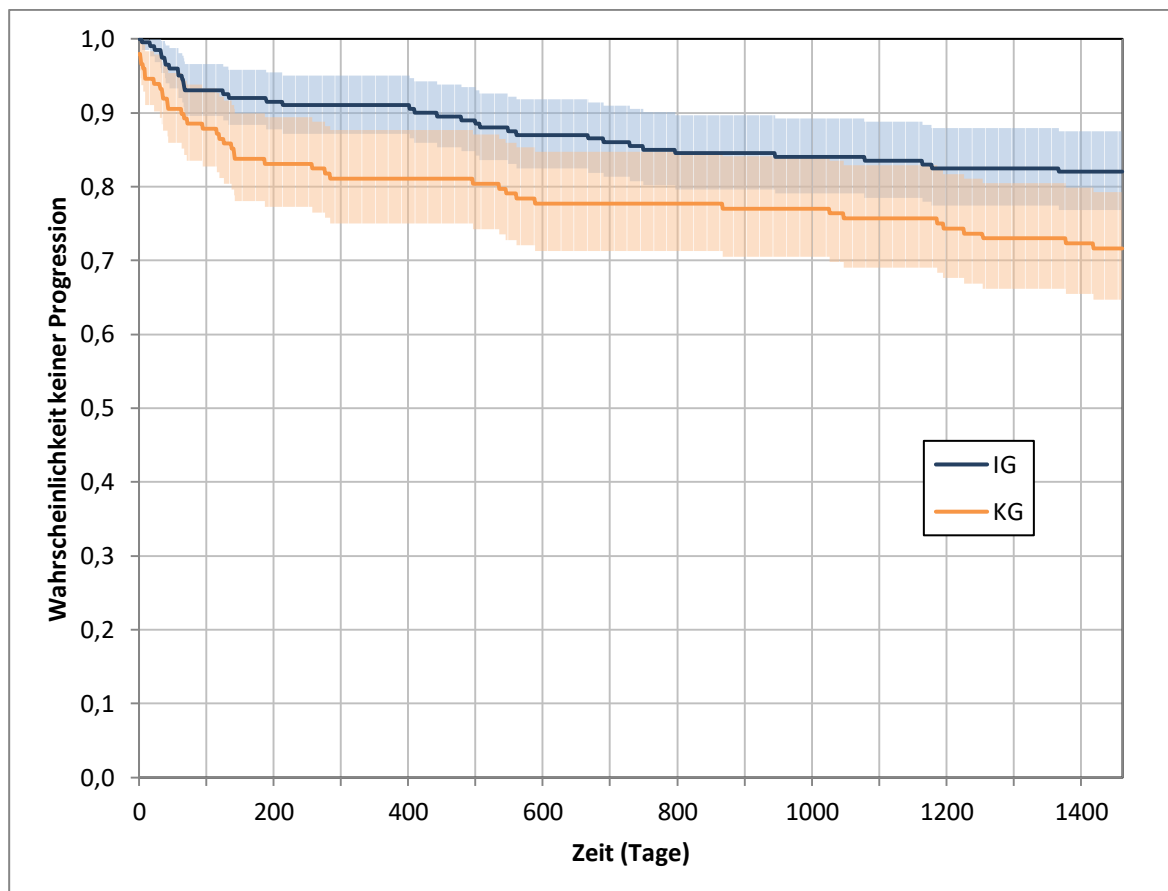
Klinikneue Patienten

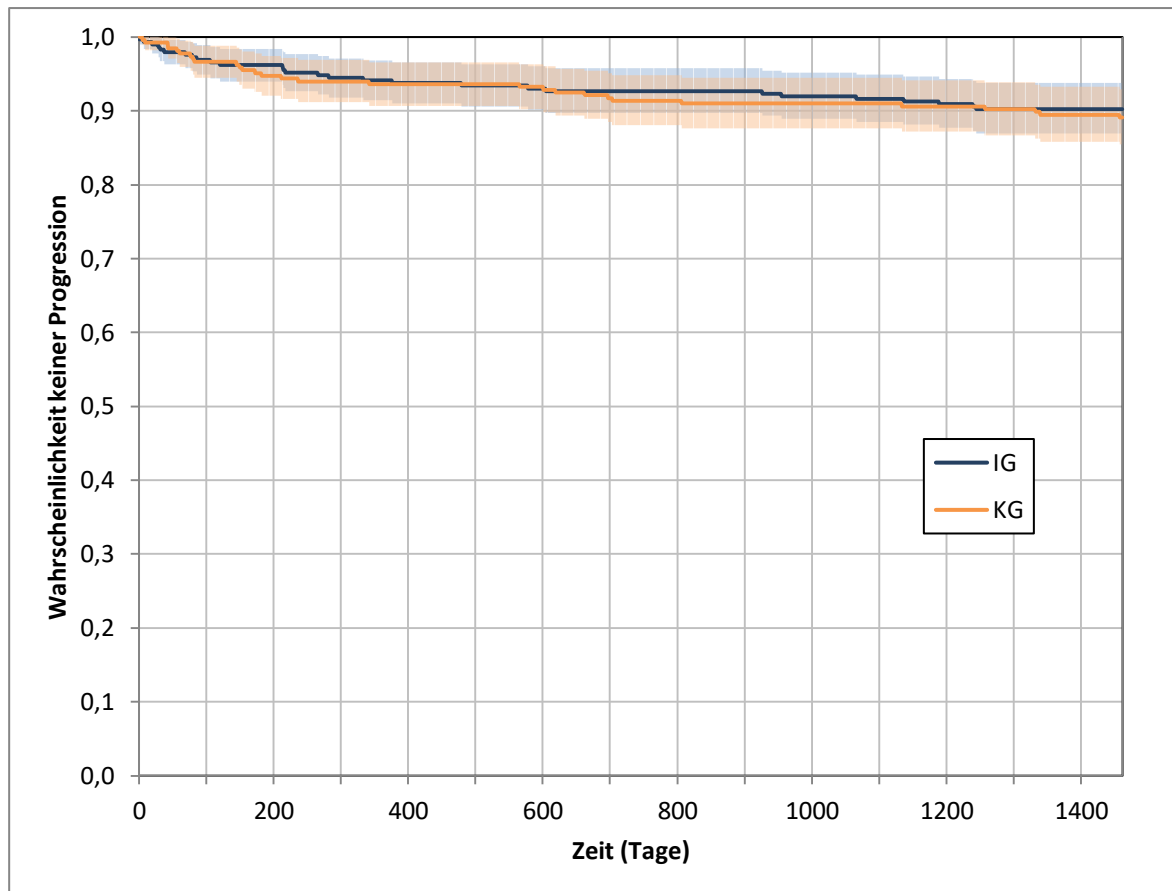
Legende für die folgenden Abbildungen:

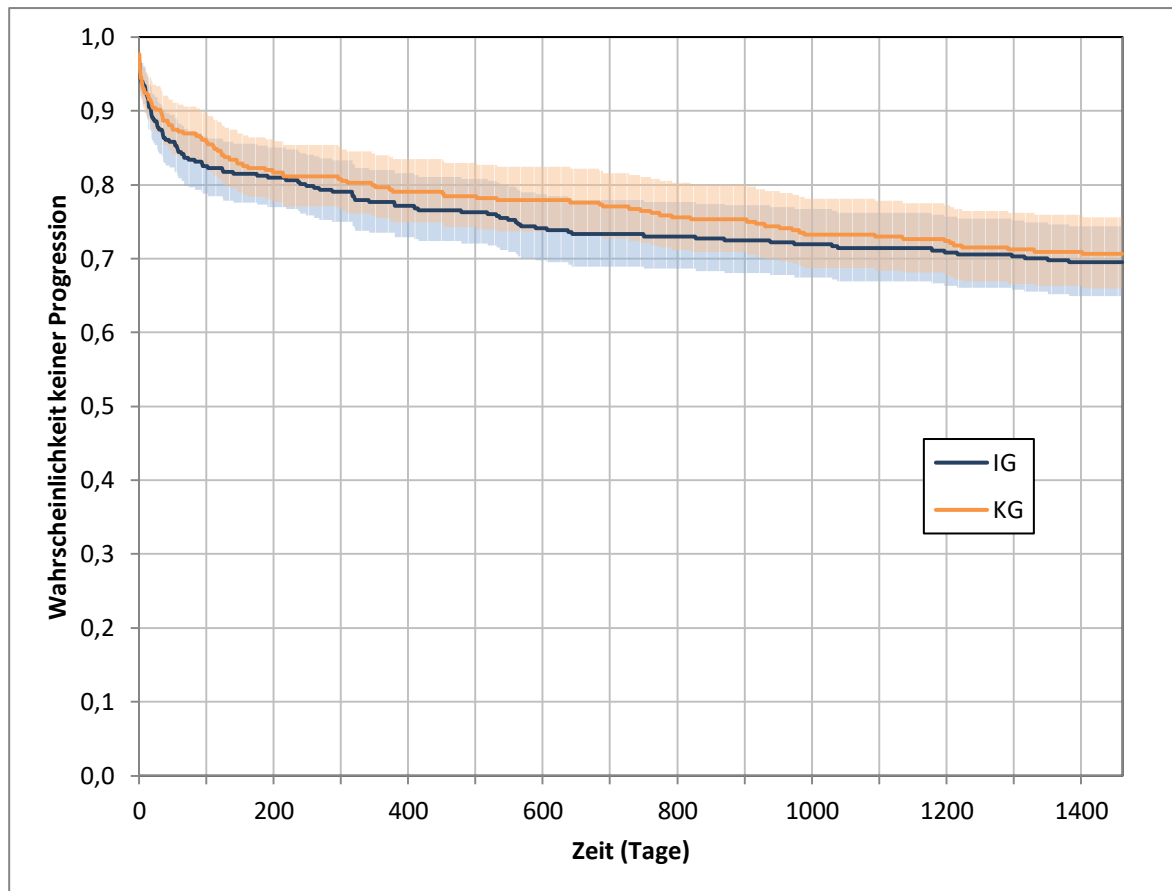
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

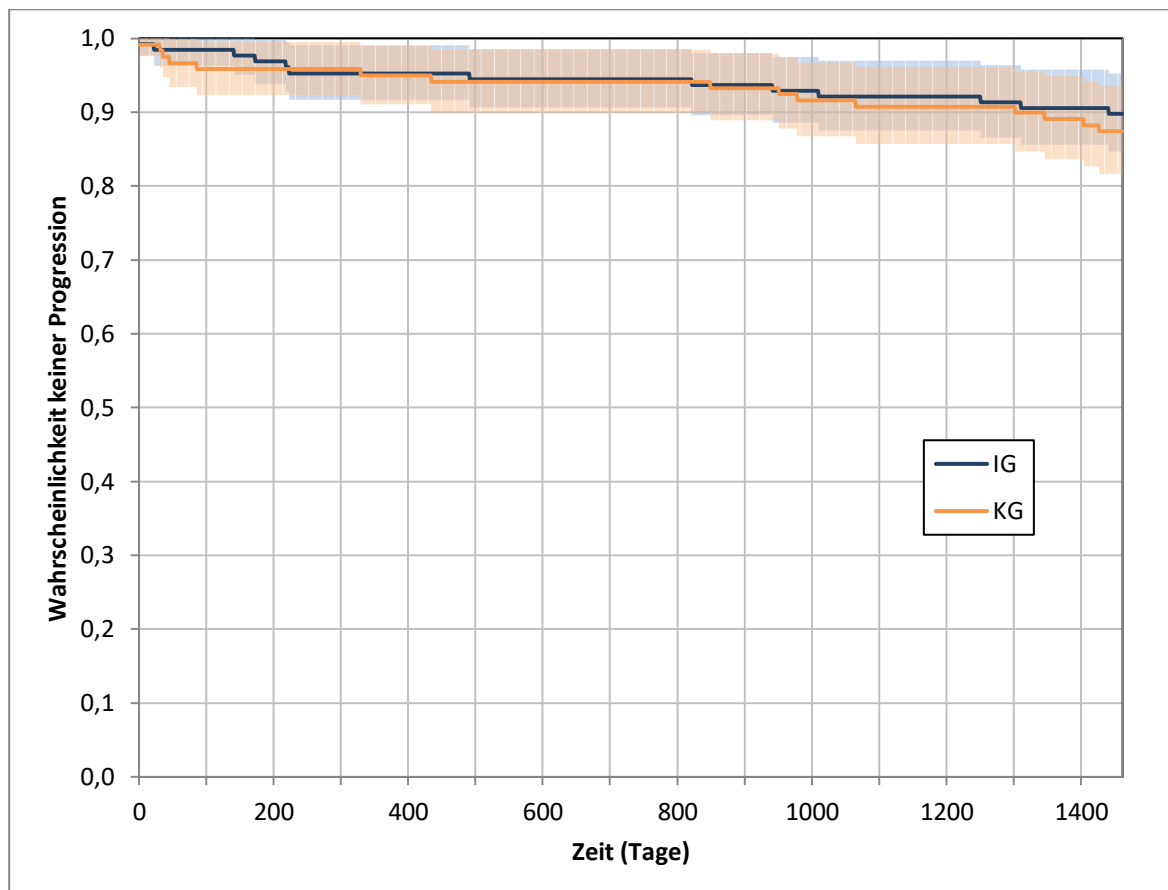
Progression C (→ Suchterkrankung)

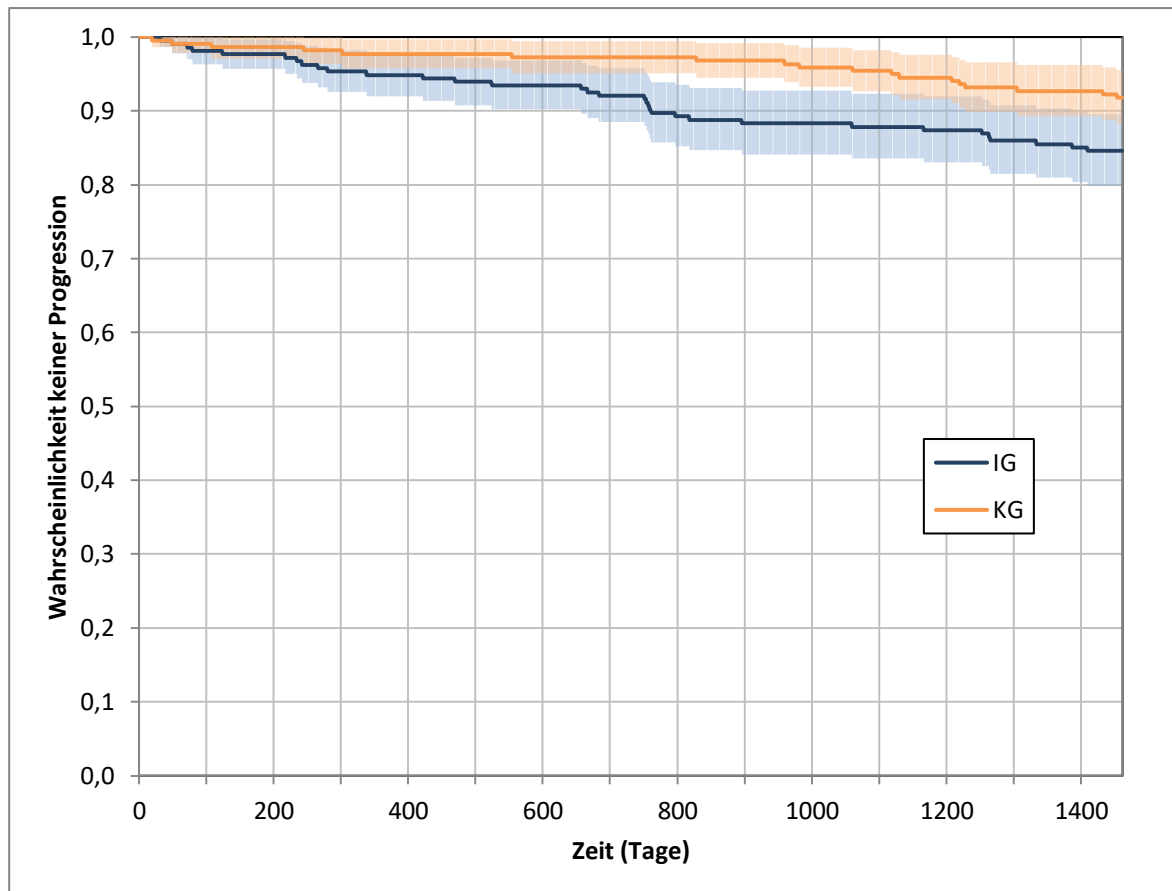
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

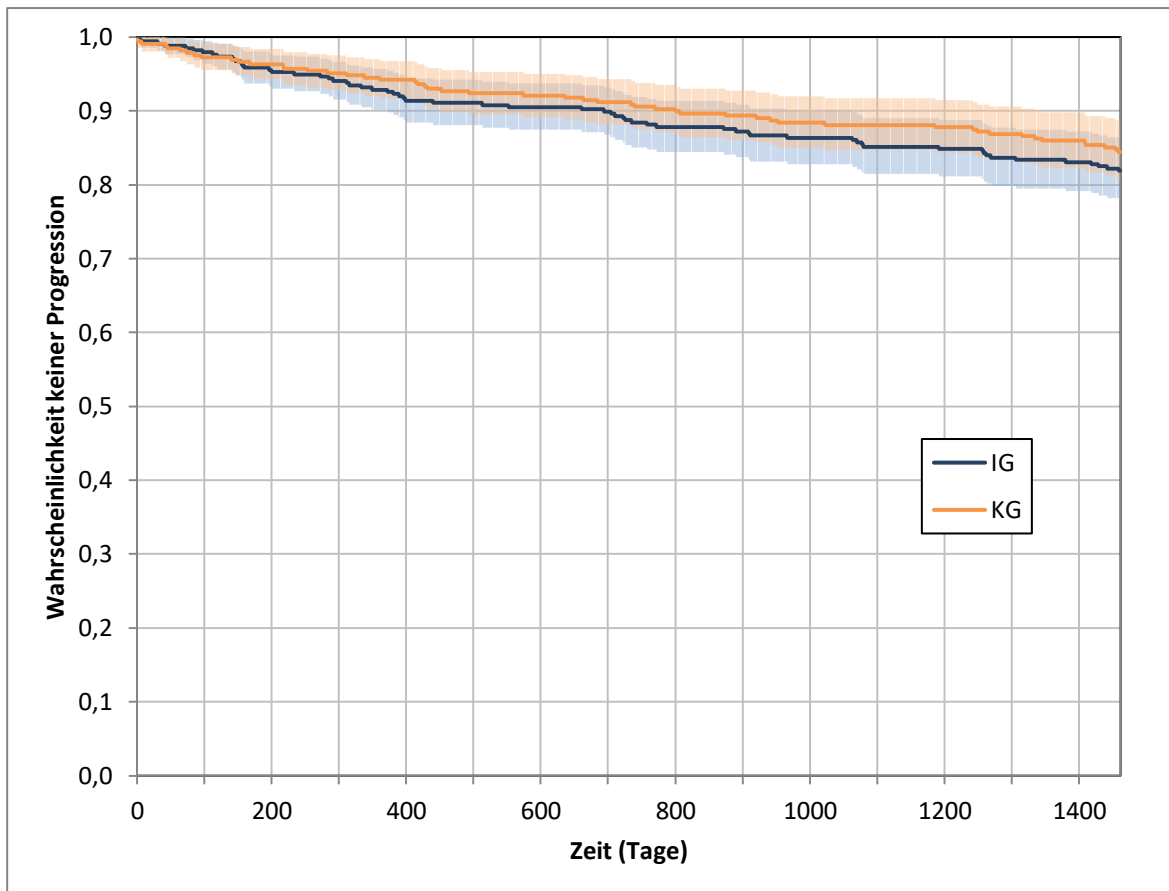


Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,50** 0,31...0,81	0,86 0,51...1,47	0,99 0,75...1,31

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,84 0,40...1,79	2,19** 1,22...3,93	1,18 0,81...1,72

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	1.989	1.979
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	665	580
• Jegliche depr. Episode ³	1.110	1.098
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.472	1.378
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	10,2 %	19,3 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,1 %	5,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	20,6 %	18,4 %

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

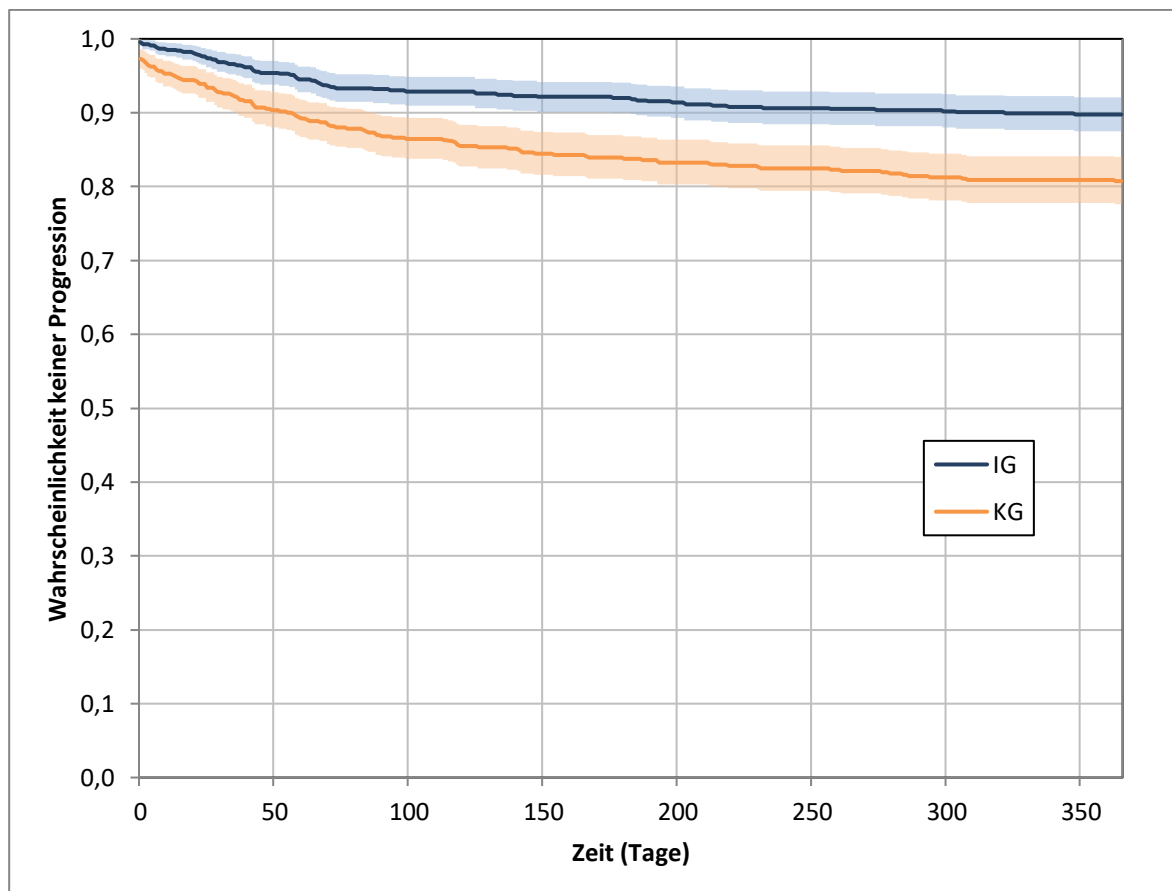
Klinikneue Patienten

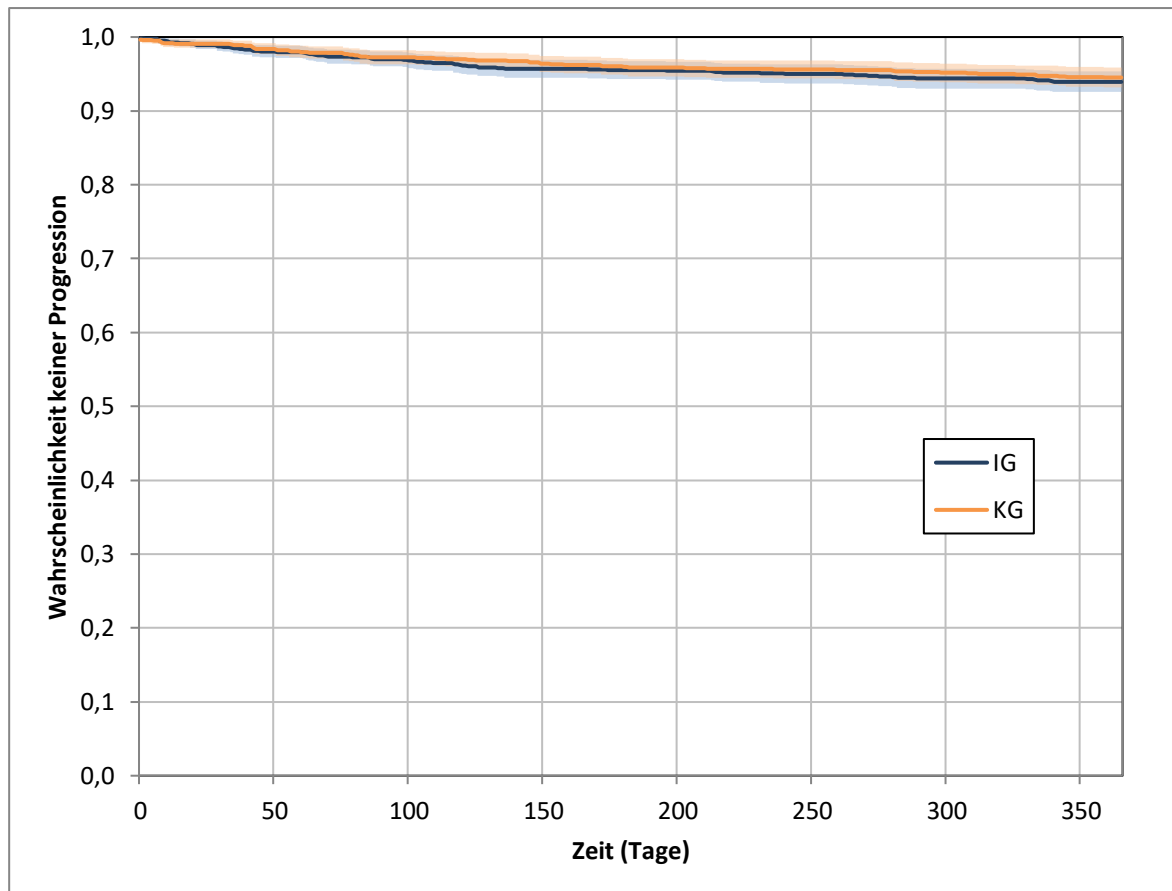
Legende für die folgenden Abbildungen:

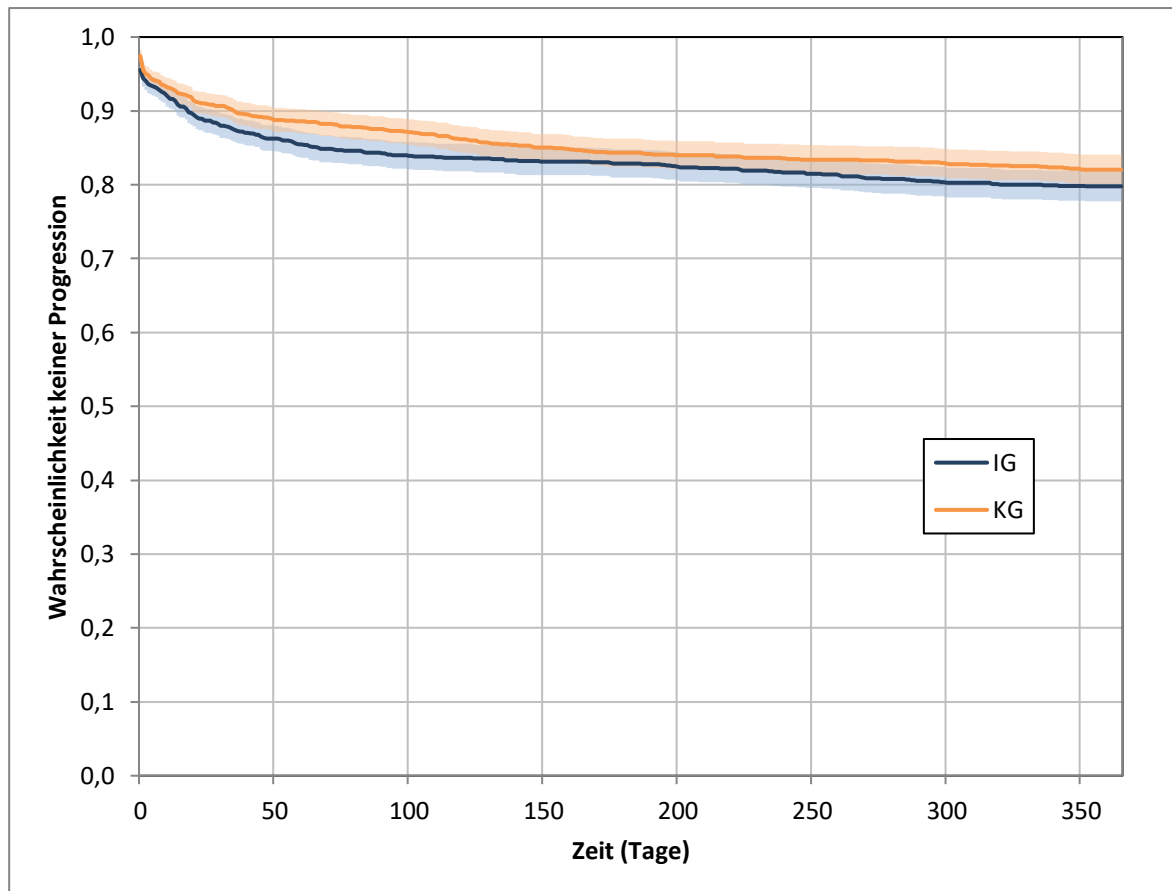
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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	1.444	1.433
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	533 842 1.072	448 807 1.006
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) 	13,9 % 7,2 % 22,9 %	20,8 % 7,9 % 22,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

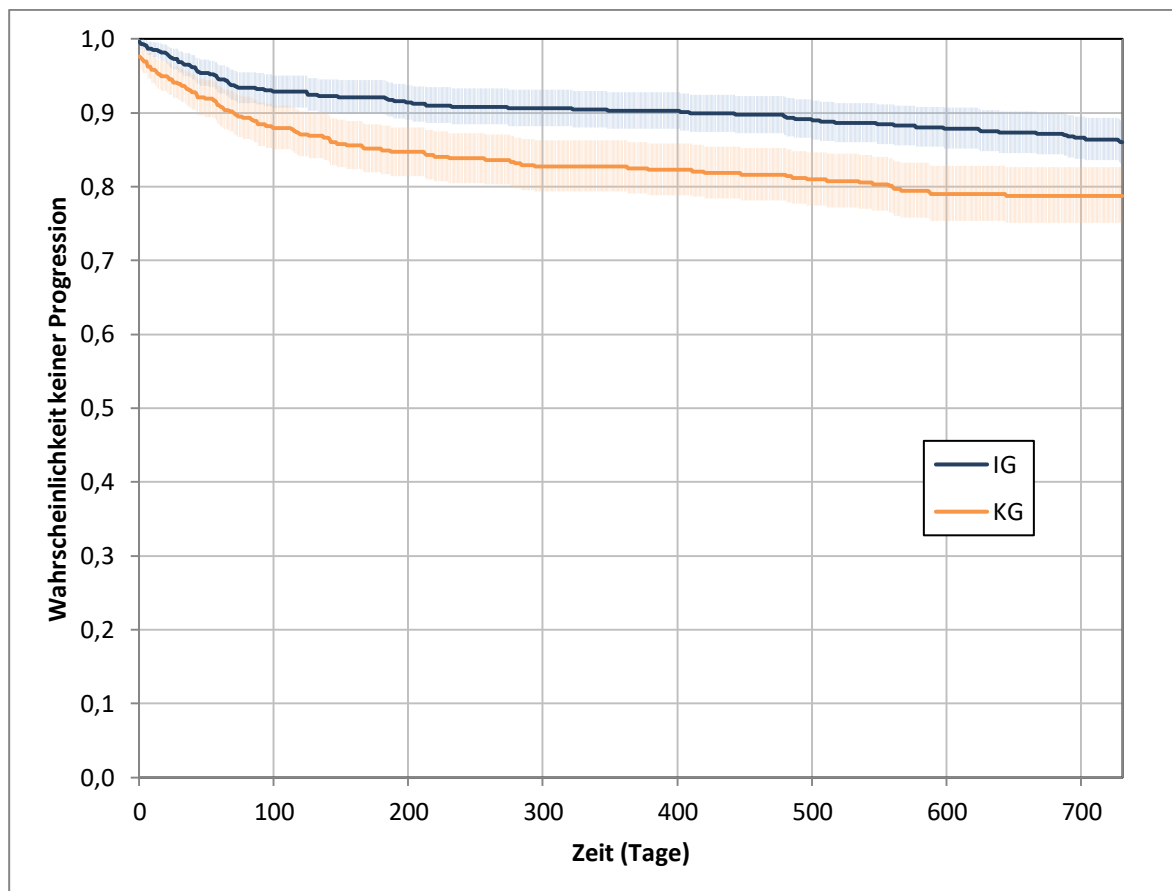
Klinikneue Patienten

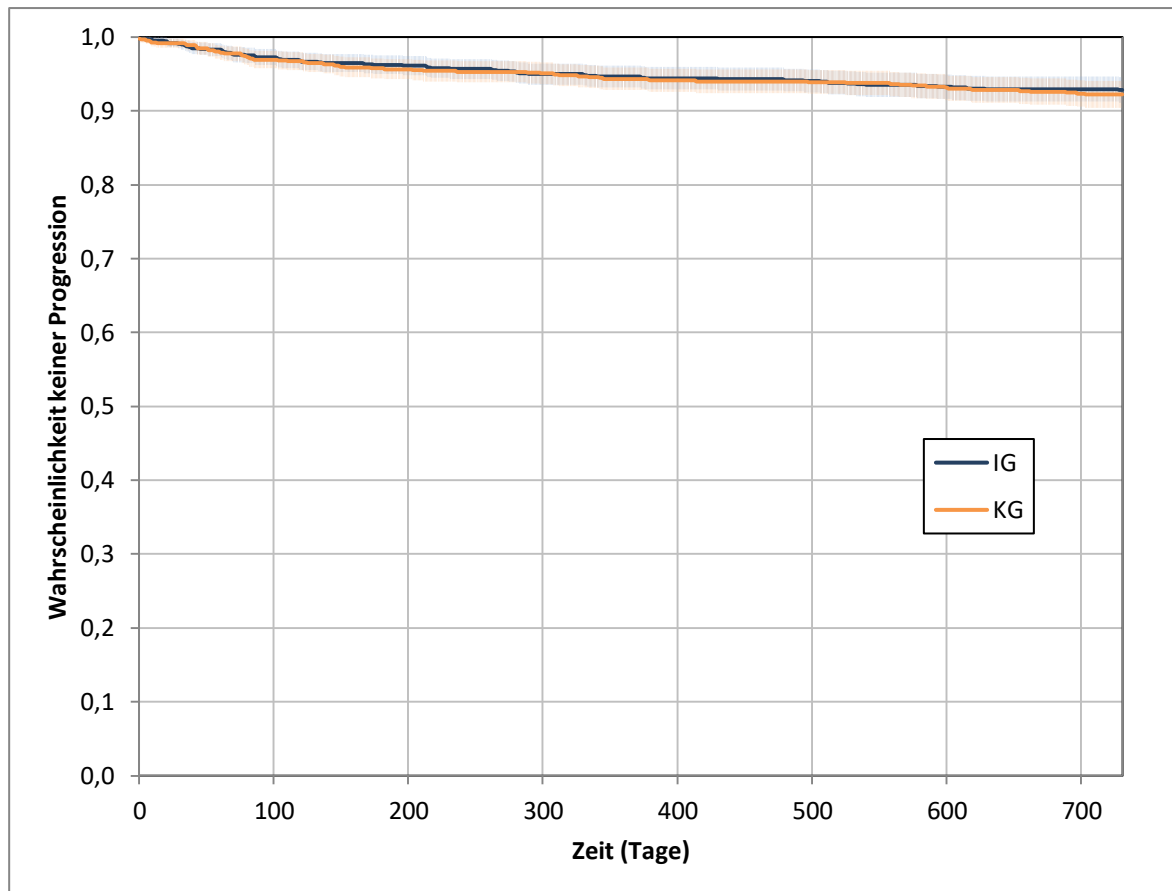
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

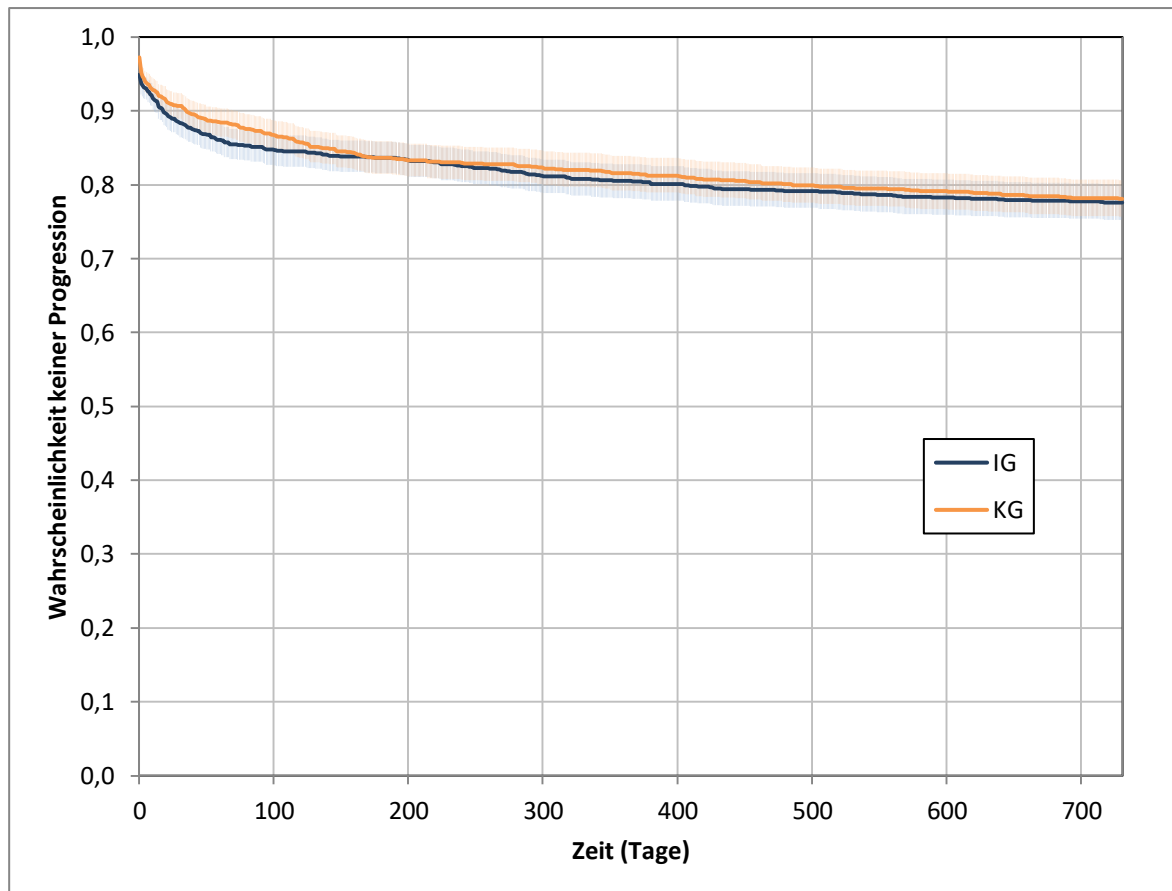
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,57*** 0,42...0,78	0,93 0,66...1,32	1,05 0,88...1,26

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	901	891
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	344	274
• Jegliche depr. Episode ³	528	499
• ohne Suchterkrankung ⁵	677	636
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	15,1 %	20,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	9,1 %	9,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	26,7 %	25,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	570	551
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	129 233 349	118 233 330
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) 	9,3 % 12,0 % 15,5 %	14,4 % 5,2 % 12,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

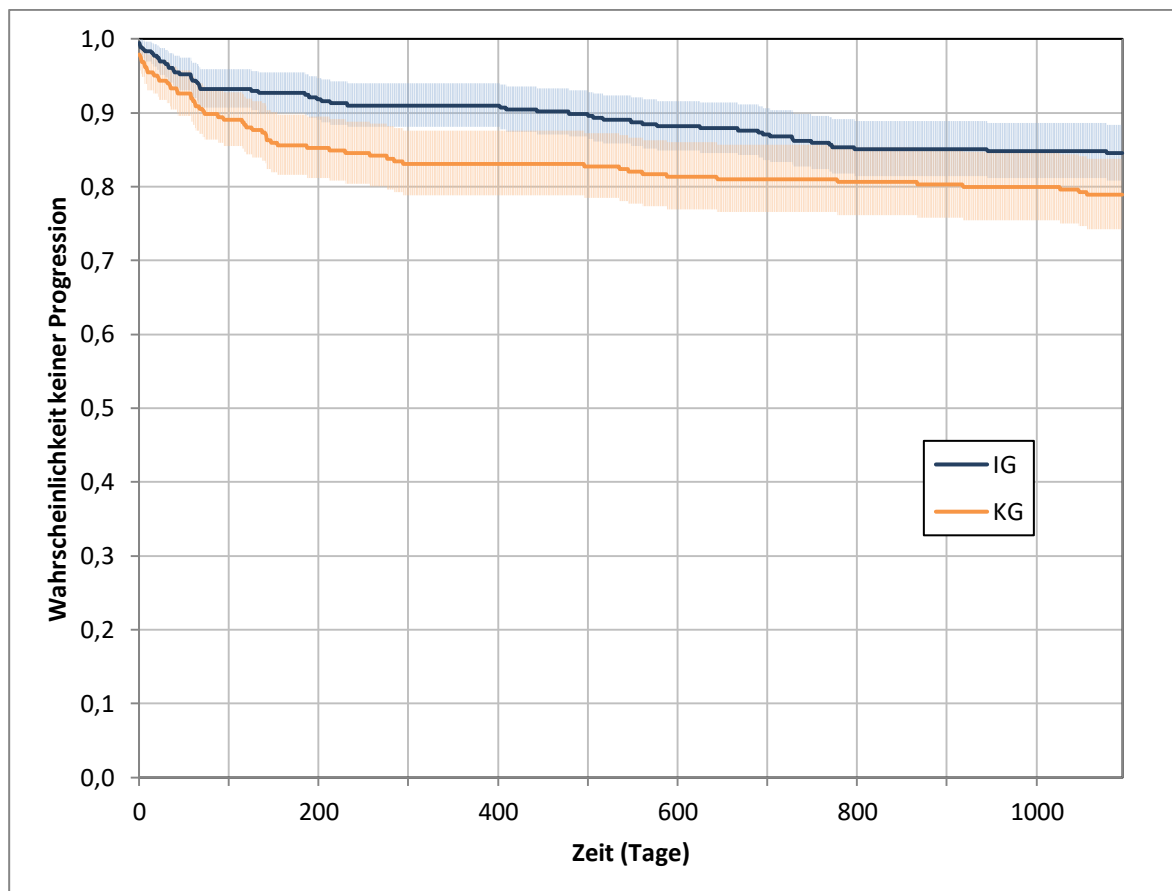
Klinikneue Patienten

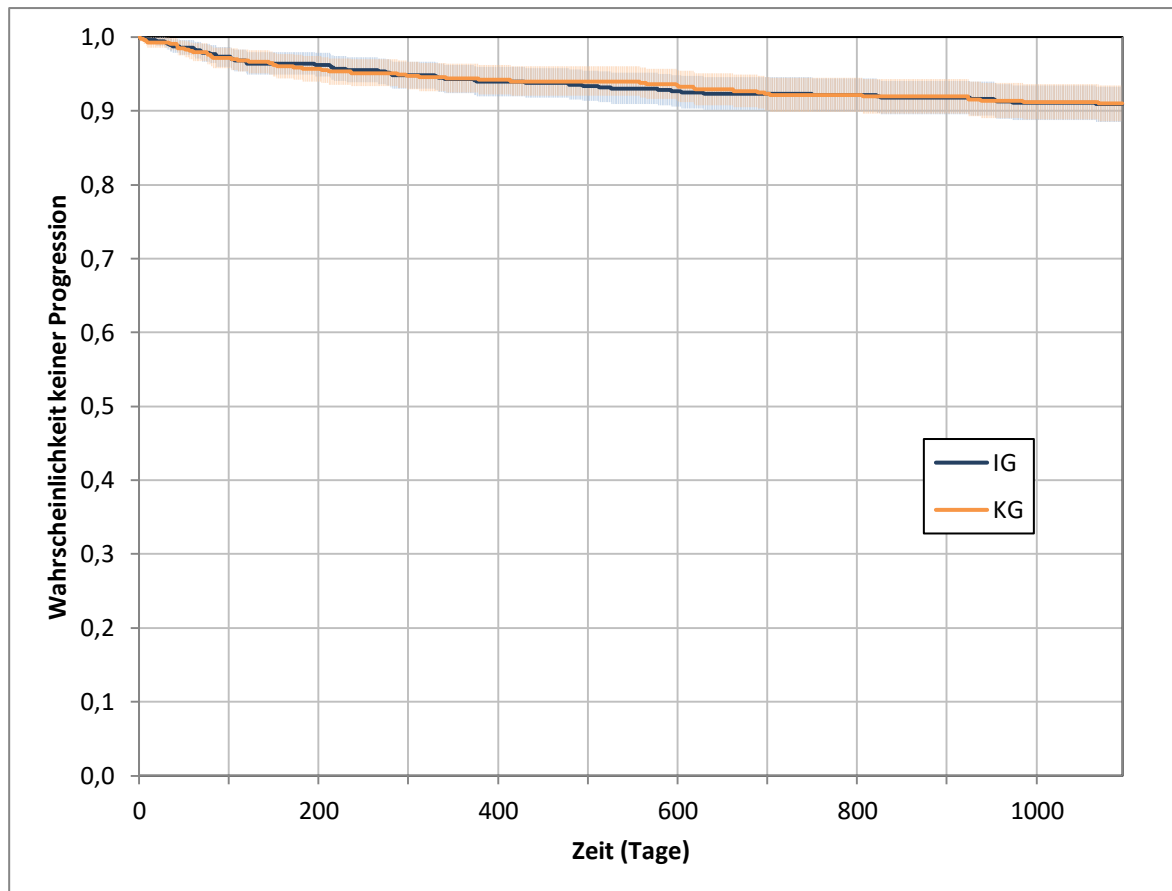
Legende für die folgenden Abbildungen:

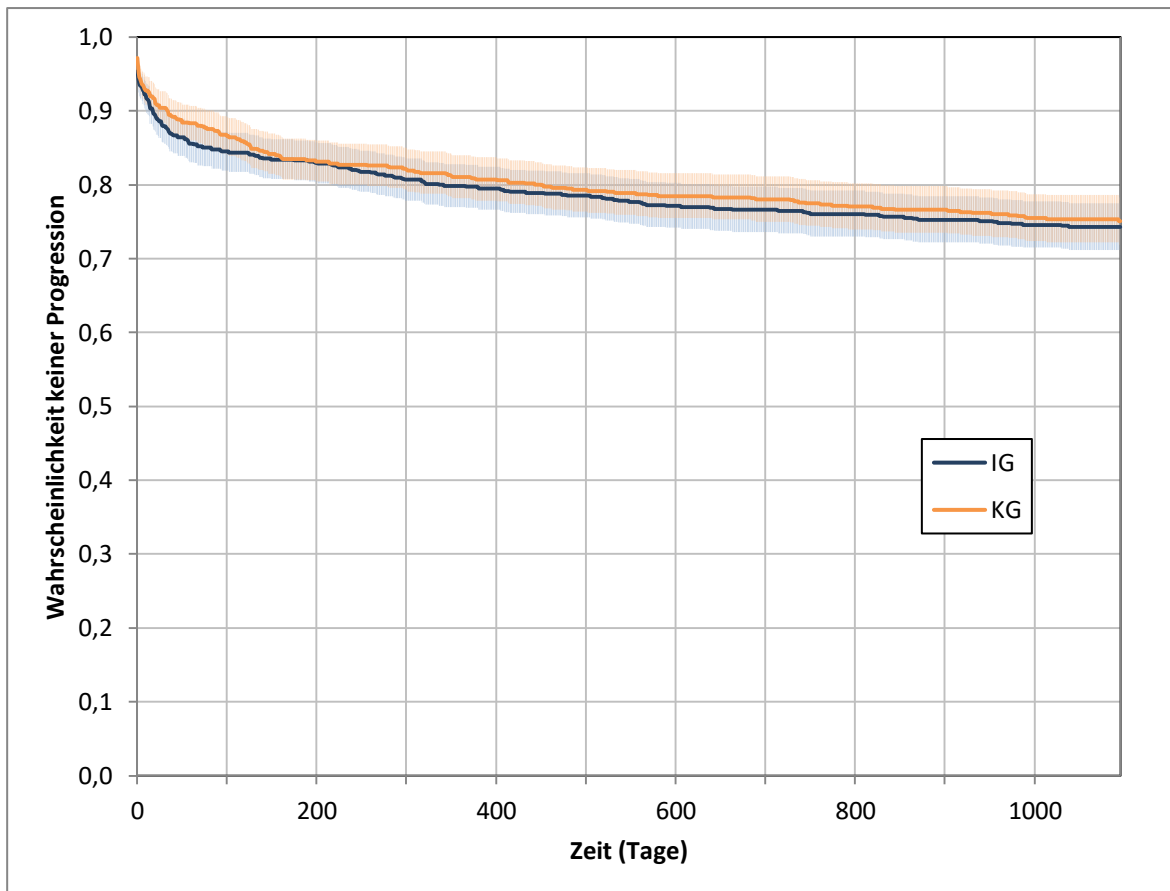
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

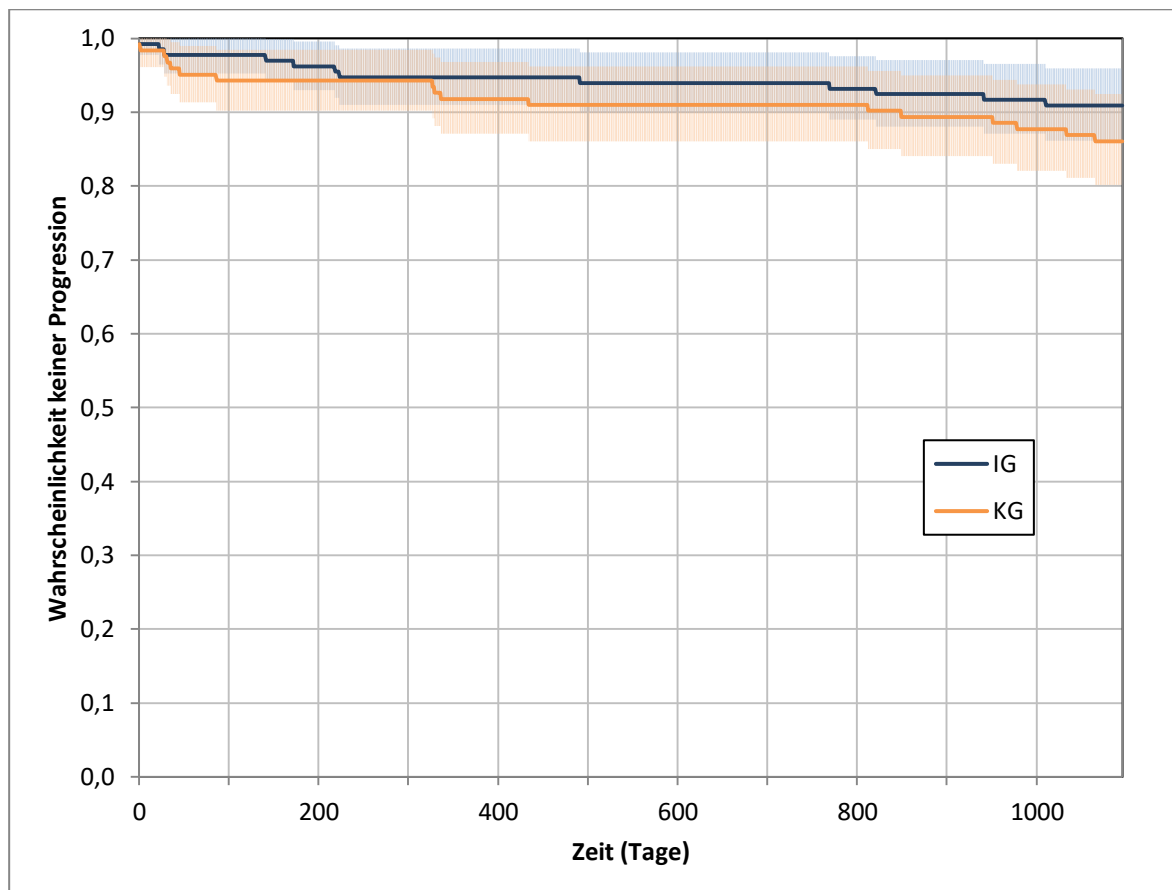
Progression C (→ Suchterkrankung)

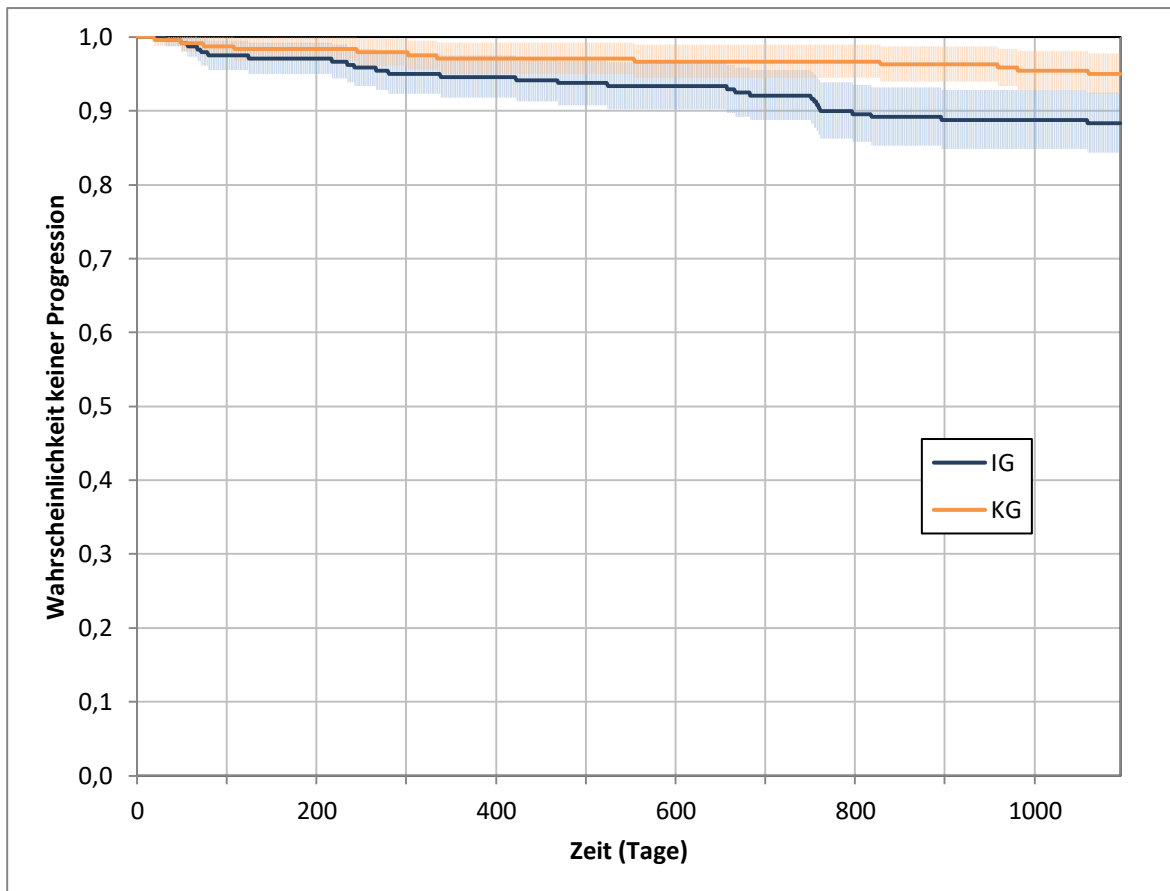
Klinikbekannte Patienten

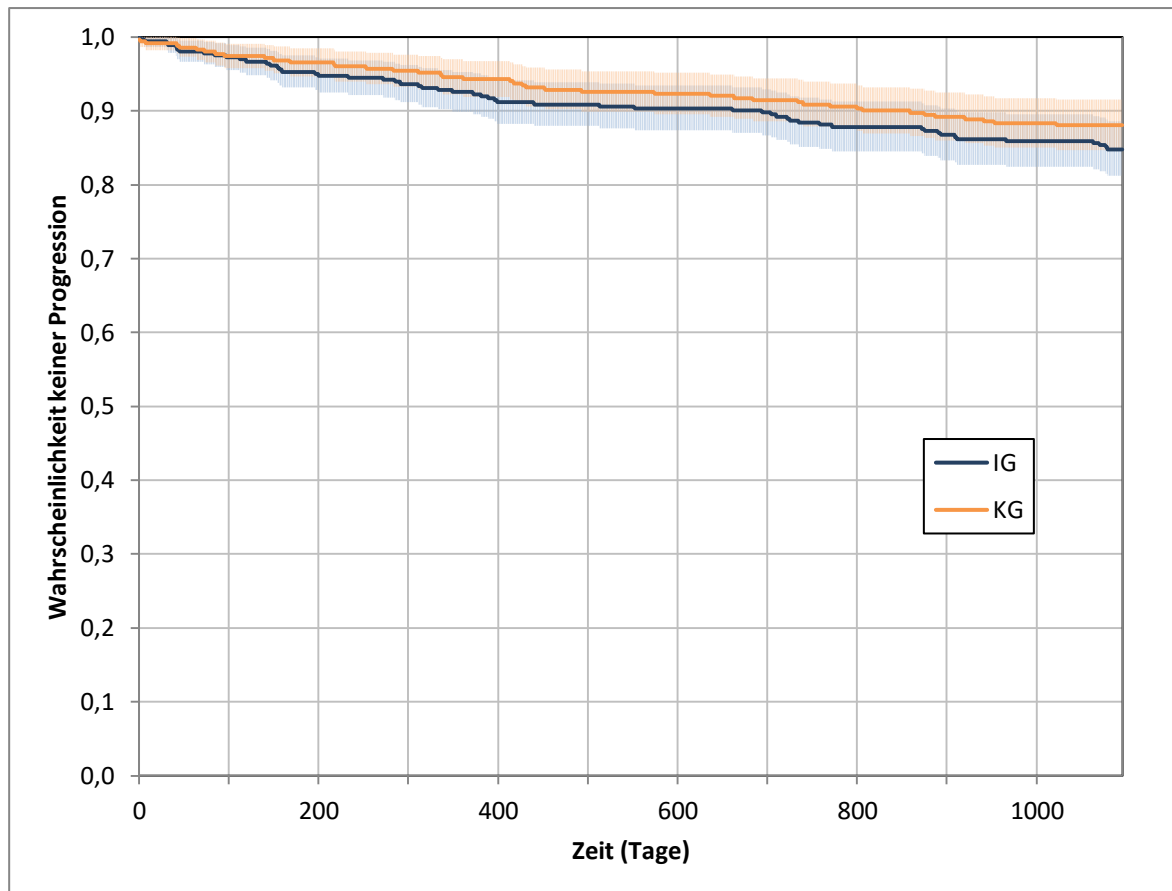
Legende für die folgenden Abbildungen:

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: 2,0 %; KG: 1,7 %) sowie Anteile 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 geringer als in der KG waren (IG: 5,2 %; KG: 7,1 %). Der Anteil an Personen mit Demenz und ohne Antipsychotikaverordnung war in der IG höher als in der KG (IG: 53,3 %; KG: 42,2 %). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei der anderen Untersuchung zur Demenz war 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 statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 43,3 %; KG: 46,8 %; Gruppenschätzer = 0,8). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war auch in der IG geringer als in der KG (IG: 7,9 %; KG: 11,0 %). Jedoch war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG leicht höher als in der KG (IG: 89,2 %; KG: 82,5 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei

den anderen Untersuchungen zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>149 2,0 %</p>	<p>174 1,7 %</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>167 0,0 %</p>	<p>199 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>193</p> <p>5,2 %</p>	<p>196</p> <p>7,1 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>48</p> <p>58,3 %</p>	<p>29</p> <p>48,3 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>107</p> <p>53,3 %</p>	<p>90</p> <p>42,2 %</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>626 43,3 %</p>	<p>682 46,8 %</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>556 7,9 %</p>	<p>554 11,0 %</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 	93 89,2 %	97 82,5 %
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 	50 94,0 %	68 86,8 %
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 	24 37,5 %	19 42,1 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ATC-Codes: N05A

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

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

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

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

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

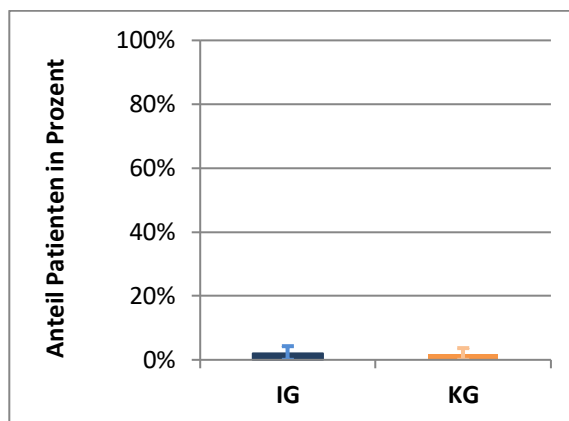
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

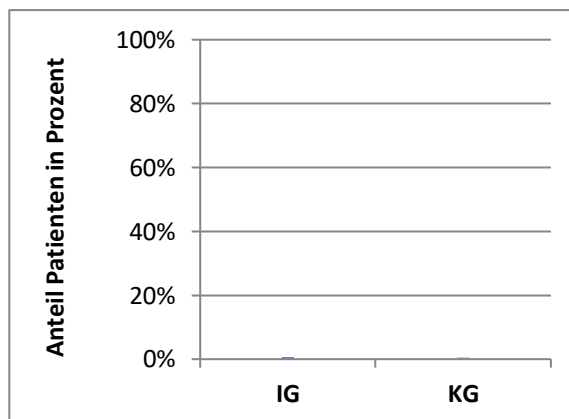
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

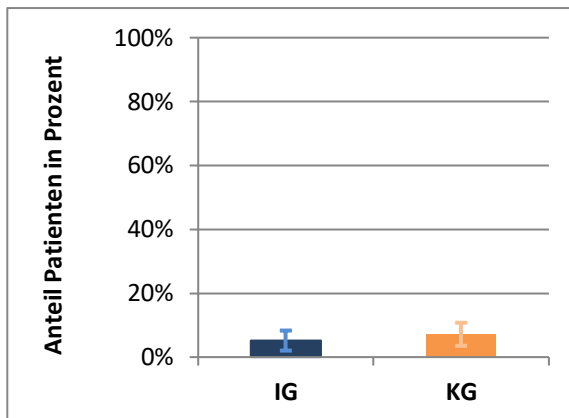
Alkoholabhängigkeit B



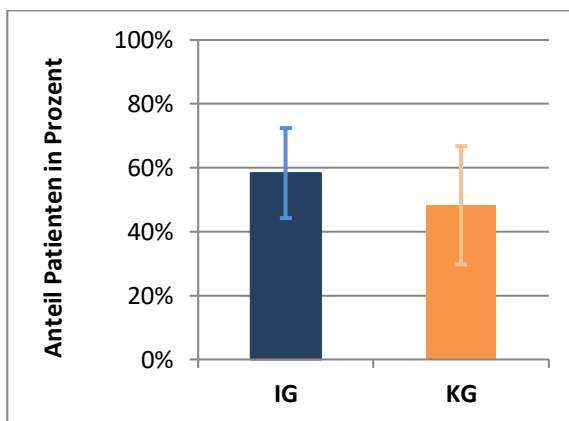
Alkoholabhängigkeit C



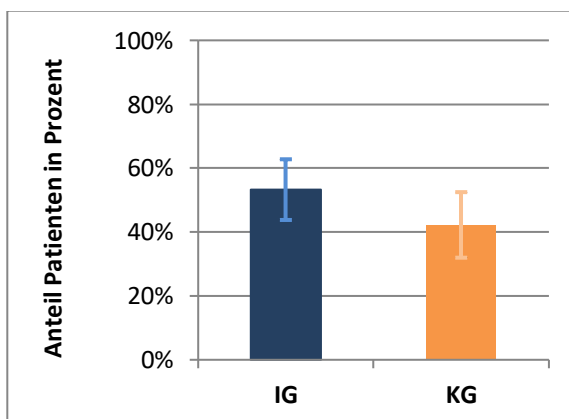
Demenz D



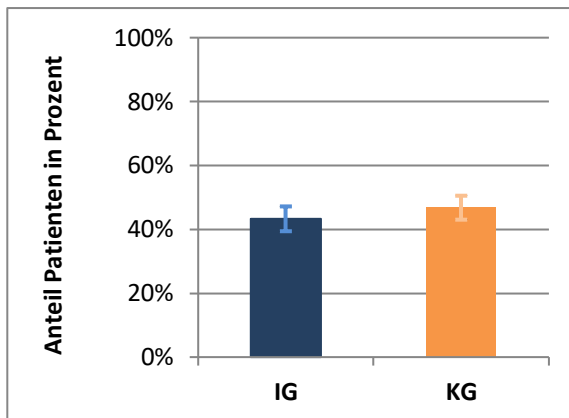
Demenz E



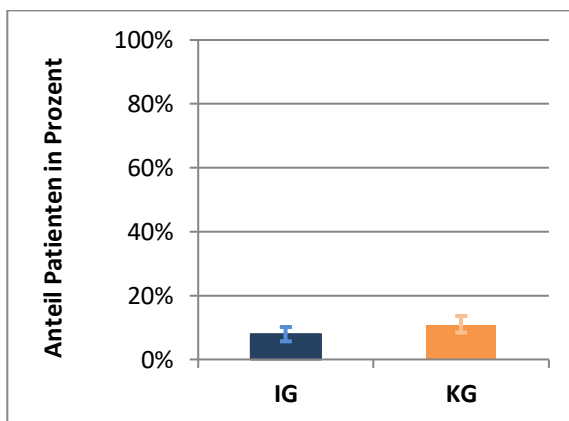
Demenz F



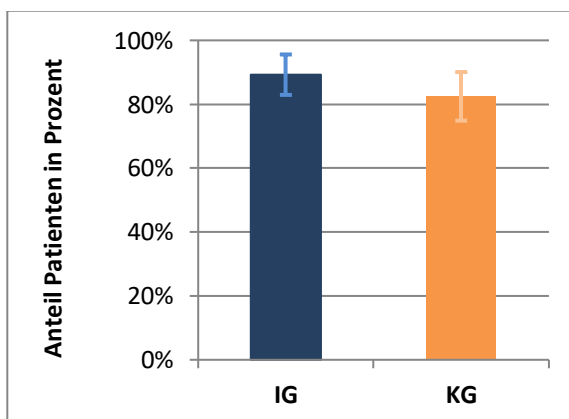
Depression G



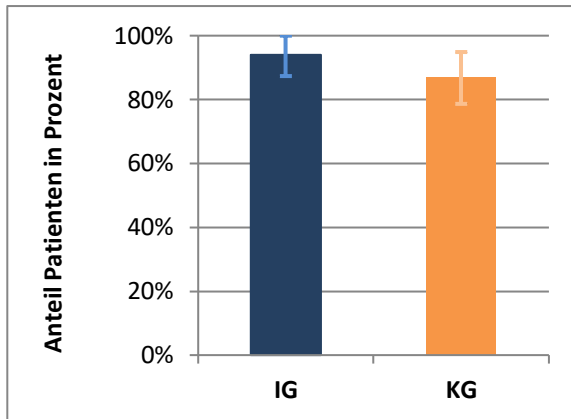
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

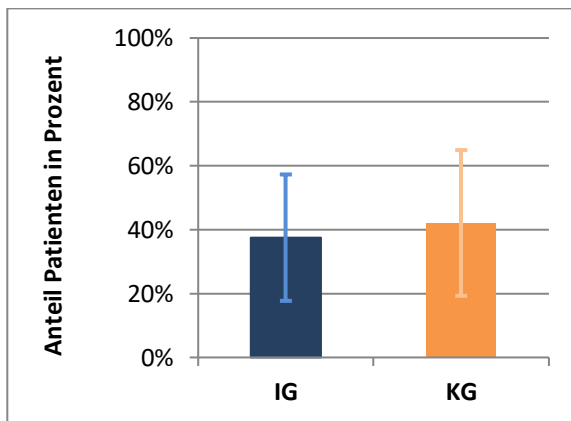


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	<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	1,55 0,84...2,84	0,78* 0,62...0,98	0,70 0,46...1,06	1,43 0,57...3,57	2,85 0,63...12,88	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 ergaben sich im patientenindividuellen Präzeitraum keine Unterschiede in den Verteilungen der Behandlungssettings zwischen IG und KG. Im Referenzfall zeigten sich in der IG geringere Anteile an vollstationär behandelten Patienten (IG: 44 %; KG: 58 %) sowie von Patienten, die in der PIA ihren Referenzfall hatten (IG: 26 %; KG: 39 %). Demgegenüber standen mit 31 % signifikant mehr Patienten (KG: 3 %), die in der Tagesklinik im Referenzfall behandelt wurden. Im sich daran anschließenden Nachbeobachtungsjahr lag der Anteil der Personen ohne Klinikfall (IG: 43 %; KG: 47 %) und ausschließlich in der PIA behandelter Patienten (IG: 17 %; KG: 20 %) in beiden Gruppen statistisch auf gleichem Niveau. In der IG befanden sich hingegen signifikant geringere Patientenanteile, bei denen eine vollstationäre Behandlung (IG: 9 %; KG: 16 %) oder eine vollstationäre sowie eine PIA-Behandlung (IG: 2 %; KG: 7 %) stattfand und konträr dazu höhere Anteile der tagesklinisch (IG: 10 %; KG: 3 %) und tagesklinisch sowie in der PIA (IG: 15 %; KG: 4 %) behandelten Patienten zu verzeichnen waren. In den folgenden Nachbeobachtungsjahren zeigten sich in der IG jeweils signifikant geringere Anteile der Patienten ohne Klinikfall. In der KG waren die Anteile der ausschließlich in der PIA versorgten Personen höher (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36).

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bereits im Präzeitraum ein signifikant geringerer Anteil an sowohl in der Tagesklinik, als auch in der PIA behandelten Personen in der IG (13 %; KG: 5 %). Die Anteile in den anderen Settings unterschieden sich nicht zwischen IG und KG. Im Referenzfall lag der Anteil der Tagesklinikpatienten in der IG (7 %) signifikant über dem der KG (3 %) und der Anteil der vollstationär versorgten Patienten signifikant unter dem der KG (IG: 17 %; KG: 25 %). Zeigten sich daran anschließend keine Unterschiede in den Settings zwischen IG und KG, waren ab dem zweiten patientenindividuellen Jahr signifikant höhere Anteile der IG ohne Klinikfall sowie signifikant geringere Anteile mit vollstationärem Fall ersichtlich (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie für U1. Während im Präzeitraum kein Unterschied in den Verteilungen von IG und KG ersichtlich war, lag der Anteil der vollstationär im Referenzfall behandelten Patienten der IG mit 35 % signifikant unter dem der KG (52 %) und der Anteil der tagesklinisch versorgten Patienten mit 25 % signifikant über dem der KG (4 %). In der IG war der Anteil der PIA-Patienten im Referenzfall geringer (IG: 37 %, KG: 44 %). Im sich daran anschließenden Nachbeobachtungszeitraum zeigten sich, ähnlich wie in U1 (linikneu), geringere Anteile von Patienten

der IG, die vollstationär (IG: 8 %; KG: 13 %) oder vollstationär und in der PIA (IG: 3 %; KG: 6 %) behandelt wurden. Umgekehrt lag der Anteil der Tagesklinikpatienten in der IG mit 8% über dem der KG mit 3 %. Auch der Anteil der tagesklinisch und in der PIA versorgten Menschen lag in der IG über dem der KG (IG: 12 %; KG: 5 %). Anders als in Untersuchung 1, bei welcher sich der Anteil von Personen ohne Klinikfall statistisch nicht voneinander unterschied, ergab sich in U2 aufgrund der größeren Zahl beobachteter Personen zwar ein ähnlicher Anteil von 43 % (IG) zu 47 % (KG); dieser zeigt jedoch nun statistische Signifikanz (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigten sich nahezu identische Verteilungen zu U1 und U2, weswegen an dieser Stelle lediglich auf Tabelle 66 und Abbildung 39 verwiesen wird.

U4: Sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigten sich nur minimale Unterschiede im Vergleich zu U1, weswegen auch hier lediglich auf Tabelle 67 und Abbildung 40 sowie Tabelle 68 und Abbildung 41 verwiesen wird.

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*, *Home-Treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr im Zeitverlauf erhoben.

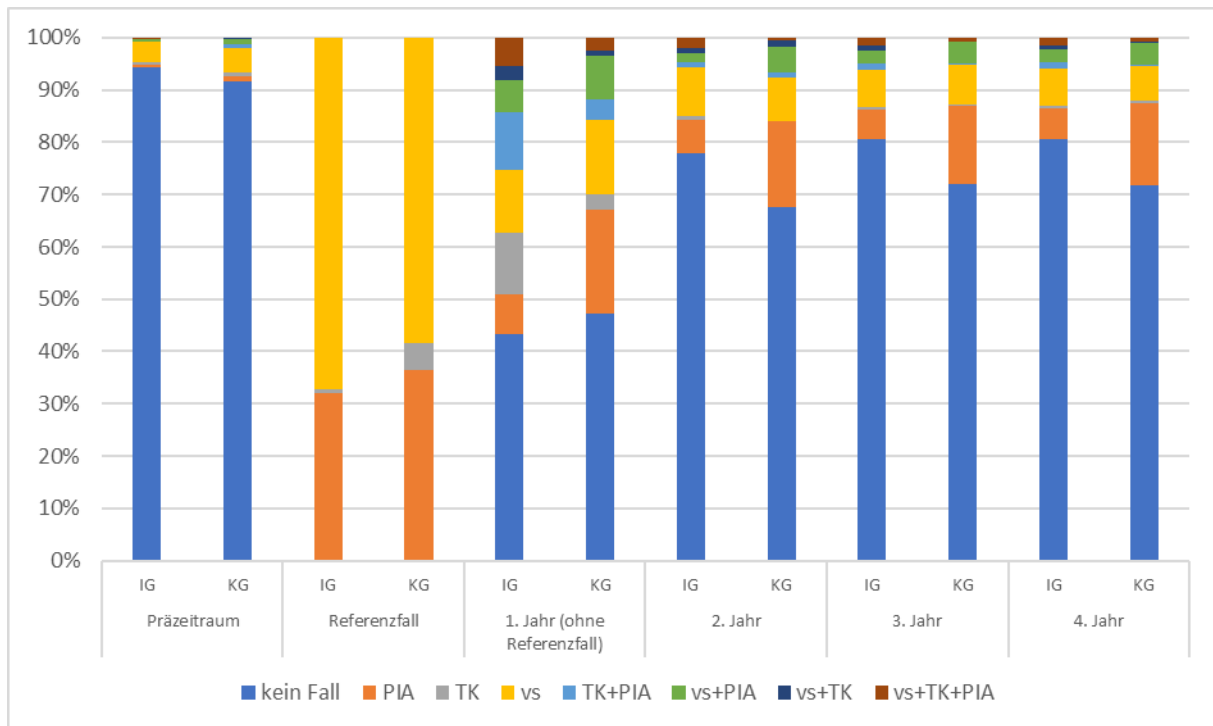
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA							13	12	1,000	6	3	1,000	3	2	1,000	3	2	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	1		1,000				7	4	1,000	3	3	1,000	2	1	1,000	2	1	1,000
vs+PIA	3	4	1,000				12	34	0,007	8	13	1,000	7	9	1,000	5	11	0,979
vs+HT		1	1,000															
TK+PIA		3	1,000				71	19	0,000	6	6	1,000	8	2	0,690	3	1	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	13	8	1,000	212	280	0,000	43	79	0,004	22	43	0,069	21	30	1,000	21	28	1,000
TK				149	13	0,000	49	14	0,000	4	2	1,000	6	2	1,000	11	3	0,381
PIA	4	8	1,000	125	189	0,000	83	95	1,000	55	78	0,193	36	72	0,002	42	69	0,057
HT																		
kein Fall	465	458	1,000				208	225	1,000	361	311	0,009	367	328	0,036	355	320	0,152
Gesamtergebnis	486	482	1,000	486	482	0,000	486	482	0,000	465	459	0,109	450	446	0,019	442	435	0,108

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

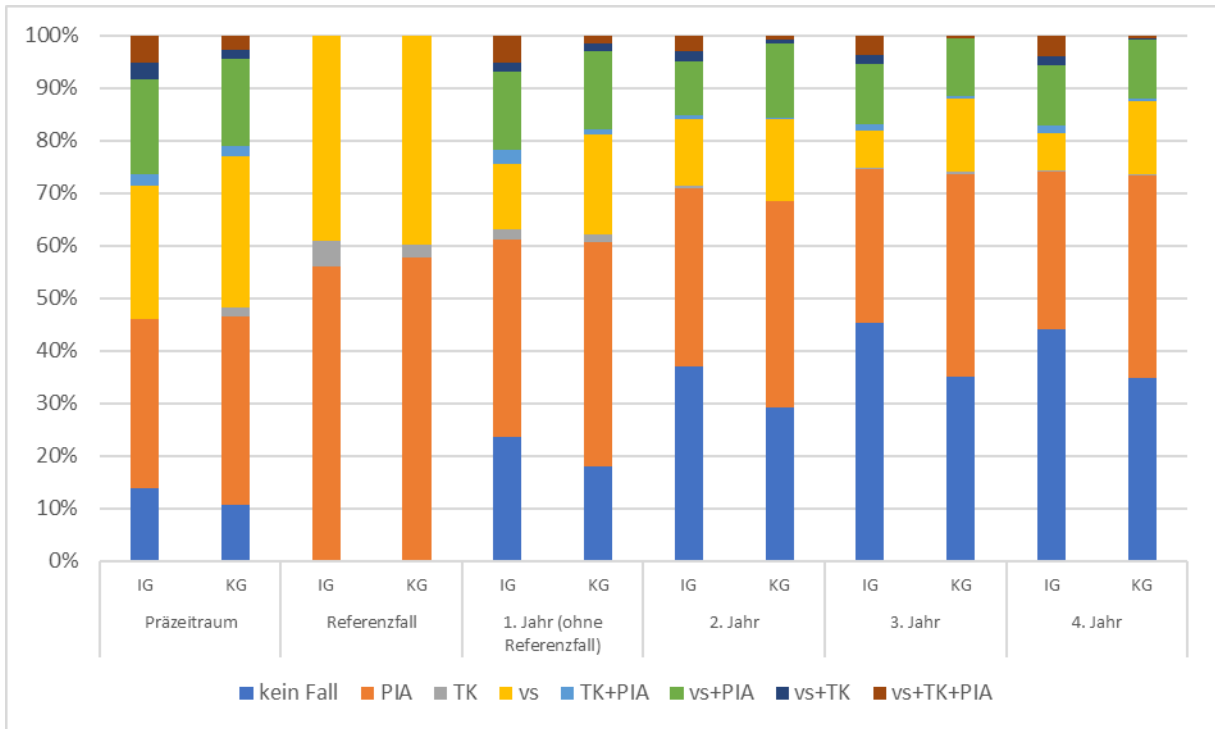
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	26	30	1,000				14	8	1,000	13	6	0,732	11	7	1,000	9	6	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	12	8	1,000				4	4	1,000	2	2	1,000	2	2	1,000	4	3	1,000
vs+PIA	45	54	1,000				53	67	1,000	39	56	0,318	27	48	0,073	26	44	0,148
vs+HT																		
TK+PIA	70	25	0,000				26	13	0,505	12	3	0,255	9	8	1,000	8	4	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	64	84	0,529	94	135	0,006	43	55	1,000	27	53	0,020	27	58	0,003	28	59	0,003
TK	12	13	1,000	37	16	0,011	8	6	1,000	2	1	1,000		1	1,000	1	5	1,000
PIA	261	268	1,000	415	387	0,144	308	290	1,000	244	254	1,000	214	229	1,000	194	199	1,000
HT																		
kein Fall	56	56	1,000				90	95	1,000	201	151	0,027	240	164	0,000	254	187	0,002
Gesamtergebnis	546	538	0,004	546	538	0,001	546	538	1,000	540	526	0,003	530	517	0,000	524	507	0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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

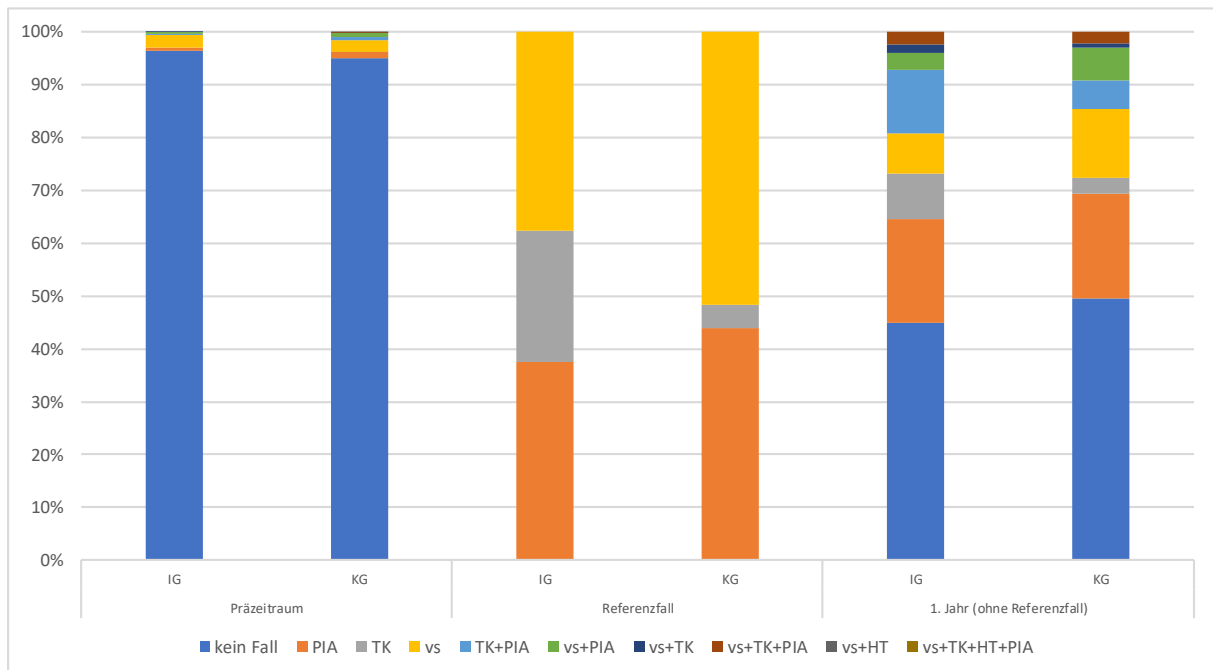
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Home-Treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten 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 (ohne Referenzfall)		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA								1	1,000
vs+TK+PIA		2	1,000				49	43	1,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	1	3	1,000				34	19	0,212
vs+PIA	9	16	1,000				66	129	0,000
vs+HT		1	1,000						
TK+PIA	1	10	0,149				250	112	0,000
TK+HT									
HT+PIA									
vs	50	46	1,000	779	1.069	0,000	157	267	0,000
TK		2	1,000	513	90	0,000	175	62	0,000
PIA	13	24	0,691	774	907	0,000	408	411	1,000
HT									
kein Fall	1.992	1.962	0,210				927	1.022	0,017
Gesamtergebnis	2.066	2.066	0,149	2.066	2.066	0,000	2.066	2.066	0,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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 = Home-Treatment.

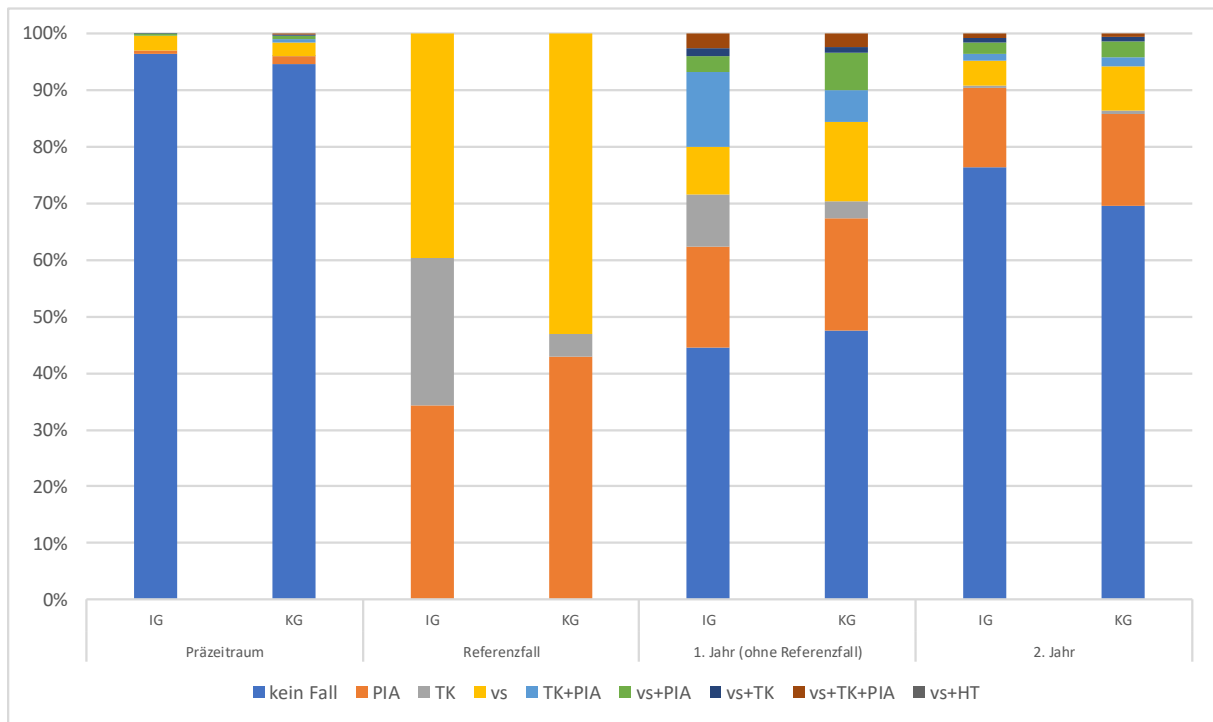
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA		2	1,000				41	38	1,000	13	10	1,000
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	1	3	1,000				21	16	1,000	11	11	1,000
vs+PIA	6	10	1,000				42	101	0,000	29	42	0,739
vs+HT		1	1,000									
TK+PIA		9	0,076				204	87	0,000	17	23	1,000
TK+HT												
HT+PIA												
vs	40	36	1,000	610	819	0,000	130	214	0,000	66	116	0,001
TK		2	1,000	402	61	0,000	142	46	0,000	7	8	1,000
PIA	10	19	0,949	529	661	0,000	274	307	0,447	206	241	0,469
HT												
kein Fall	1.484	1.459	0,298				687	732	0,447	1.130	1.026	0,000
Gesamtergebnis	1.541	1.541	0,124	1.541	1.541	0,000	1.541	1.541	0,000	1.479	1.477	0,005

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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 = Home-Treatment.

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

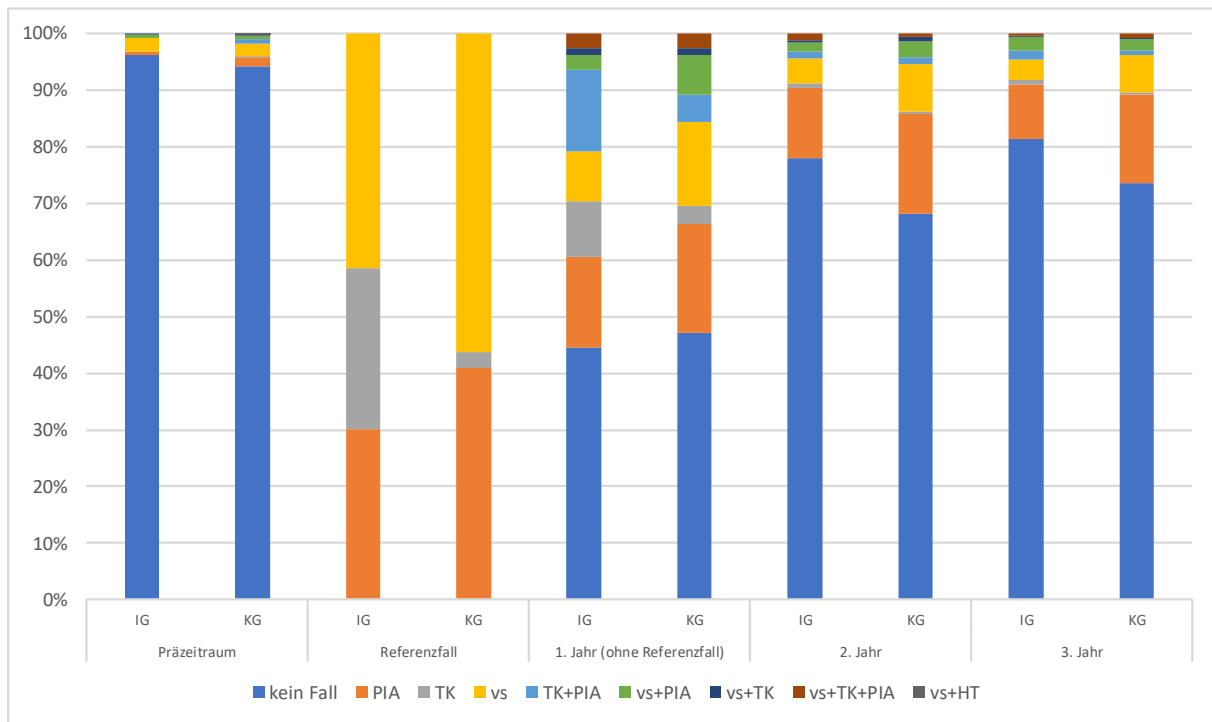
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			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		1	1,000				26	25	1,000	11	5	0,847	3	7	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	1	1	1,000				12	13	1,000	5	9	1,000	3	3	1,000
vs+PIA	6	7	1,000				25	69	0,000	14	26	0,385	21	17	1,000
vs+HT		1	1,000												
TK+PIA		7	0,231				141	46	0,000	12	11	1,000	15	8	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	24	23	1,000	408	553	0,000	87	147	0,000	42	80	0,003	34	61	0,034
TK		1	1,000	280	29	0,000	97	32	0,000	6	3	1,000	7	3	1,000
PIA	7	17	0,516	296	402	0,000	158	189	0,304	119	166	0,017	89	143	0,001
HT															
kein Fall	946	926	0,421				438	463	0,833	736	642	0,000	747	672	0,001
Gesamtergebnis	984	984	0,516	984	984	0,000	984	984	0,000	945	942	0,000	919	914	0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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 = Home-Treatment.

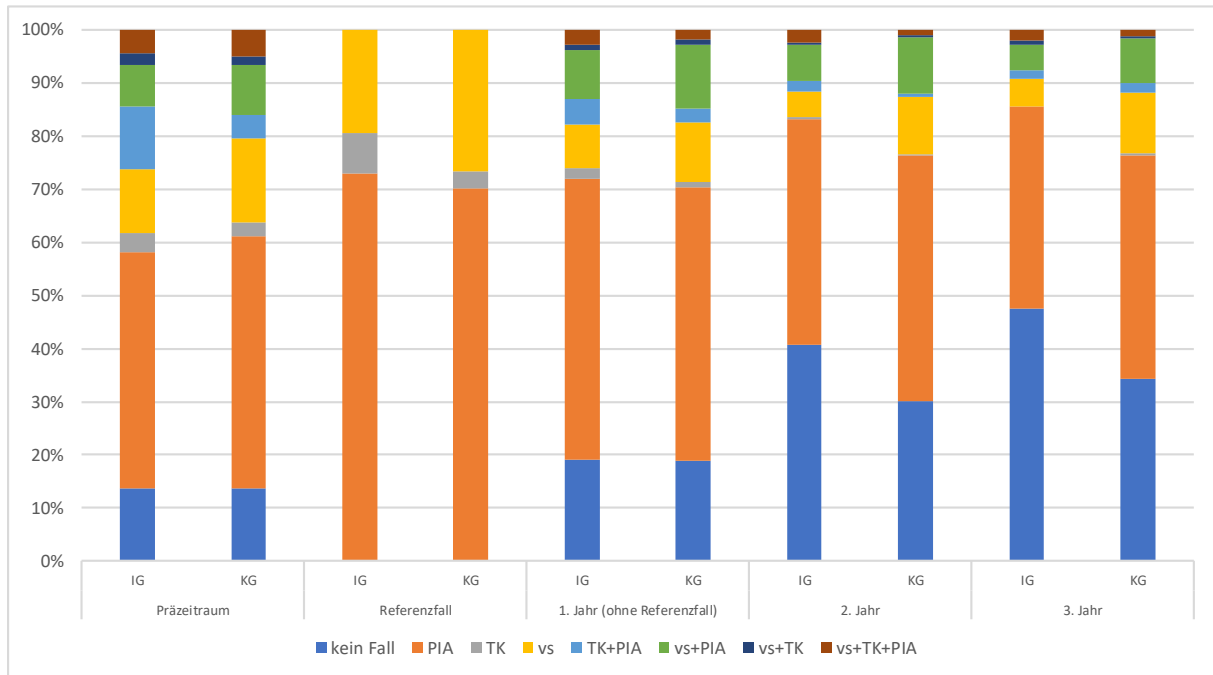
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			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	26	30	1,000				17	11	1,000	14	6	0,502	12	7	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	13	9	1,000				6	5	1,000	2	2	1,000	4	2	1,000
vs+PIA	47	55	1,000				54	71	0,831	40	61	0,171	28	48	0,112
vs+HT															
TK+PIA	70	26	0,000				29	16	0,671	12	4	0,427	9	10	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	72	93	0,548	115	157	0,006	49	65	0,831	29	62	0,002	30	64	0,002
TK	21	15	1,000	46	18	0,002	12	6	1,000	2	1	1,000		2	1,000
PIA	265	279	1,000	434	413	0,334	315	303	1,000	250	267	0,625	219	238	0,840
HT															
kein Fall	81	81	1,000				113	111	1,000	239	173	0,002	274	193	0,000
Gesamtergebnis	595	588	0,004	595	588	0,000	595	588	0,831	588	576	0,000	576	564	0,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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 = Home-Treatment.

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1:

vgl. Tabelle 69 bis Tabelle 72 für die linikneuen und Tabelle 73 bis Tabelle 76 für die linikbekannten Patienten.

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

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

Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	486	486	482	482	486	486	482	482	486	486	482	482	465	465	459	459	450	450	446	446	432	432	423	423
N mit mind. einem Fall	17	1	13	3	212	149	280	13	75	140	129	49	39	19	62	14	33	19	42	7	31	19	40	7
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4	1,5	1,7	0,3	0,6	1,6	2,9	0,8	0,3	0,4	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,1	0,1	0,1	2,5	3,6	3,8	0,5	2,7	2,5	9,6	1,5	0,8	1,1	1,1	0,7	0,6	0,8	0,7	0,2	0,6	0,8	0,8	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,2	0,3	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0	-	-	0,8	0,6	-	-	0,7	0,8	-	-	0,5	0,4	-	-	0,1	0,0	-	-	0,1	0,0	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	-	-	0,0	0,1	1,4	-	0,0	0,2	0,5	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0	-	-	0,0	0,0	4,6	-	0,1	0,1	2,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,5	-	-	-	-	-	0,0	0,3	0,4	-	-	0,2	0,3	0,0	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,1	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,3	-	-	0,1	0,2	0,0	-	0,0	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-
Gesamt	1,1	0,9	0,1	0,2	4,0	6,1	4	0,9	4,6	6,1	1	2,9	2,1	2,5	1,6	1,3	1,1	1,5	0,9	0,3	1,1	1,4	1,0	0,4

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr				
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
N Gesamt	486	486	482	482	486	486	482	482	486	486	482	482	465	465	459	459	450	450	446	446	432	432	423	423	
N mit mind. einem Fall	17	1	13	3	212	149	280	13	75	140	129	49	39	19	62	14	33	19	42	7	31	19	40	7	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,9	1,3	0	0	1,0	2,7	5,6	12,0	3,8	6,0	2	7,7	3,6	3,2	6,9	4	2,7	3,9	3,8	11,0	2,9	4,0	3,8	11,0	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	11,9	4,3	0	3	5,8	6,2	3	18,1	13	9,3	4	8	9,5	8,0	4	7	8,0	8,3	7	10,7	8,5	8,6	7	10,7	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,3	-	-	0,4	0,5	-	-	0,8	0,9	-	-	1,7	0,7	-	-	0,5	0,1	-	-	0,6	0,1	-	-	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,2	-	-	1,9	1,0	-	-	4,5	3,1	-	-	5,5	2,7	-	-	1,6	0,4	-	-	1,6	0,4	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,8	0,6	-	-	0,0	0,1	4,5	-	0,2	0,6	1,9	2,1	0,3	0,1	2,1	3,4	0,1	-	0,2	-	0,1	-	0,2	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,3	0,5	-	-	0,0	0,1	14,9	-	0,4	0,4	7,1	4,0	0,2	0,0	2,5	3,9	0,3	-	0,4	-	0,4	-	0,4	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	6,8	16,9	-	-	-	-	-	0,7	2,0	1,3	-	-	2,3	2,5	0,2	-	1,0	2,2	-	-	1,0	1,6	-	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	4,4	7,8	-	-	-	-	-	2,3	1,0	1,1	-	-	1,5	1,4	0,1	-	0,6	0,6	-	-	0,6	0,4	-	-	
Gesamt	30,8	0	72	35	9,2	5	37	33	10	30	22,7	6	28	24	18	38	43	14	15	22	21,7	7	15	15	22

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	486	482	486	482	486	482	465	459	450	446	442	435
N mit Fall	7	12	125	189	179	160	75	100	54	85	53	83
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,1	2,2	1,0	1,6	0,8	0,8	0,6	0,9	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,6	1,3	2,2	0,6	1,6	0,4	1,3	0,6	1,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,7	3,5	3,2	2,2	2,3	1,3	1,9	1,5	1,6
Gesamt	0,1	0,0	0,4	0,7	3,6	3,3	2,3	2,4	1,4	2,0	1,6	1,7
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,318		0,083		0,465		0,246		0,269		0,663	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,446		0,003		0,670		0,870		0,177		0,746	

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	486	482	486	482	486	482	465	459	450	446	442	435
N mit Fall	7	12	125	189	179	160	75	100	54	85	53	83
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	0,1	0,1	0,2	6,1	3,0	9,8	3,5	7,1	3,2	7,4	2,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	0,8	1,5	1,6	3,5	6,7	3,9	7,2	3,7	6,9	5,1	6,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,5	0,2	0,5	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	2,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,7	0,2	1,0	0,2	1,0	0,5
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,7	0,9	1,6	1,7	9,6	9,7	13,7	10,7	10,8	10,1	12,5	8,6
Gesamt	5,1	0,9	1,6	1,8	9,7	9,8	14,5	10,9	11,7	10,3	13,6	9,0
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,356		0,083		0,380		0,146		0,136		0,306	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,089		0,522		0,960		0,395		0,791		0,083	

Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	546	546	538	538	546	546	538	538	546	546	538	538	540	540	526	526	530	530	517	517	515	515	493	493
N mit mind. einem Fall	147	120	176	76	94	37	135	16	114	52	134	31	81	29	117	12	67	22	115	18	65	22	109	18
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	1,3	2,3	1,8	0,1	0,5	0,4	0,2	0,6	1,0	0,7	0,5	0,7	0,9	0,3	0,2	0,5	0,9	0,3	0,4	0,5	1,0	0,3	0,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,8	3,0	5,2	3,4	0,6	1,8	1,2	0,5	2,4	2,9	2,3	1,0	2,3	3,0	1,5	0,4	2,0	2,1	1,2	0,8	2,0	2,2	1,3	0,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	-	0,0	0,1	-	-	0,2	0,2	-	-	0,2	0,4	-	-	0,2	0,2	0,0	-	0,2	0,2	0,0	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	0,8	-	-	0,1	0,4	-	-	0,6	1,1	-	-	0,9	1,6	-	-	0,7	0,7	0,0	-	0,7	0,7	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	0,6	0,0	0,0	-	0,1	-	0,1	0,1	0,5	-	0,1	0,1	0,1	-	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,1	2,4	0,0	0,0	-	0,3	-	0,1	0,1	0,9	-	0,2	0,0	0,3	-	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	0,0	-	-	-	-	0,4	0,4	-	-	0,2	0,5	-	-	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,1	-	0,0	-	-	-	-	0,1	0,3	-	-	0,1	0,4	-	-	0,1	0,0	-	-	0,1	0,0	-	-
Gesamt	5,4	6,0	10,4	5,2	1,0	2,9	2,0	0,8	4,4	6,1	4,5	1,5	4,7	6,8	2,3	0,7	3,8	4,1	1,6	1,2	3,8	4,2	1,6	1,2

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr					
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK			
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG		
N Gesamt	546	546	538	538	546	546	538	538	546	546	538	538	540	540	526	526	530	530	517	517	515	515	493	493		
N mit mind. einem Fall	147	120	176	76	94	37	135	16	114	52	134	31	81	29	117	12	67	22	115	18	65	22	109	18		
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,8	3,9	10,3	5	12,0	0,6	2,0	5,7	8,3	3,0	4,2	7,3	8,6	4,3	4,0	6,0	2	4,3	4,2	7,7	3	10,4	4,3	4,3	7,7	10,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,3	9,1	23,5	0	24,0	3,8	7,3	18,1	12	17,0	11,3	11,8	6	15,0	13,6	28,2	18,9	15,7	9,5	29,5	22,9	15,8	9,9	29,5	22,9	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,7	-	-	0,2	0,6	-	-	0,8	0,9	-	-	1,5	1,9	-	-	1,6	0,9	0,0	-	1,6	1,0	0,0	-	-	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,2	2,4	-	-	0,8	1,7	-	-	2,8	4,4	-	-	6,2	7,1	-	-	5,9	3,2	0,2	-	5,9	3,4	0,2	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,8	2,7	0,0	0,1	-	1,4	-	0,4	0,4	5,3	-	0,7	0,3	2,4	-	0,3	-	-	0,2	0,3	-	-	0,2	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,5	0,5	11,0	0,1	0,3	-	4,2	-	0,6	0,4	9,9	-	1,2	0,2	5,6	-	0,4	-	-	0,1	0,4	-	-	0,1	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,6	-	0,1	-	-	-	-	1,7	1,4	-	-	1,0	2,0	-	-	0,8	0,4	-	0,2	0,8	0,4	-	0,2	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,4	-	0,0	-	-	-	-	0,6	1,1	-	-	0,8	1,7	-	-	0,7	0,2	-	-	0,7	0,2	-	-	-	
Gesamt	20,2	18,4	47,3	8	36,5	11,6	29,5	4	25,2	21,2	24,6	0	47,1	31,8	30,2	42,1	29,7	29,4	18,4	37,4	33,7	30,0	19,1	37,4	33,7	

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	546	538	546	538	546	538	540	526	530	517	524	507
N mit Fall	402	376	415	387	401	378	308	319	261	292	237	253
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	1,5	0,3	5,1	2,3	4,3	2,1	4,5	1,4	6,0	1,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,1	1,0	2,8	3,7	1,8	3,4	1,5	3,4	1,8	3,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,8	0,8	0,8	0,8	1,1	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	2,6	1,4	7,9	6,0	6,1	5,5	6,0	4,7	7,8	4,9
Gesamt	0,1	0,1	2,6	1,4	8,0	6,3	6,8	6,3	6,9	5,5	8,9	5,9
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,318		0,004		0,000		0,671		0,949		0,644	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,905		0,000		0,069		0,509		0,040		0,000	

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	546	538	546	538	546	538	540	526	530	517	524	507
N mit Fall	402	376	415	387	401	378	308	319	261	292	237	253
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,0	2,0	0,5	6,9	3,3	7,6	3,4	9,2	2,4	13,4	2,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,4	1,4	3,8	5,2	3,1	5,6	3,0	6,0	3,9	7,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,8	0,9	1,0	0,8	1,3	1,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	0,5	0,7	0,6	1,1	0,9
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	1,3	1,4	1,6	1,4	2,4	1,9
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	3,4	1,9	10,8	8,5	10,7	9,0	12,3	8,4	17,3	9,9
Gesamt	0,1	0,1	3,4	1,9	10,9	9,0	12,0	10,4	13,9	9,8	19,7	11,8
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,318		0,004		0,000		0,858		0,583		0,413	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,846		0,000		0,114		0,281		0,000		0,000	

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum mit 585,01 € je Patient der IG unterhalb der 683,19 € je Patient der KG (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich zum Großteil aus den Kosten vollstationärer psychiatrischer Leistungen (IG: 45 %; KG: 52 %), aus den Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Leistungen (IG: 23 %; KG: 14 %) und den Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 27 %; KG: 20 %) zusammen. In der KG ergaben sich außerdem Kosten der stationsersetzenden Behandlung (IG: 0 %; KG: 10 %).

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an: in der IG stiegen die Kosten auf 7.200,41 € je Patient und in der KG auf 6.365,82 € an. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 932,77 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 79). Im ersten Nachbeobachtungsjahr nahmen die Kosten vollstationärer Versorgung sowohl in der IG (57 %) als auch in der KG (76 %) einen größeren Anteil an den gesamten Kosten ein als im Präzeitraum. In der IG nahmen die teilstationären Kosten mit 32 % einen deutlich größeren Anteil ein als in der KG mit 9 %.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums. Während die Kosten der IG vom zweiten Nachbeobachtungsjahr mit durchschnittlich 1.490,00 € bis zum vierten Jahr mit 884,87 € erneut abnahmen, blieben sie in der KG mit 1.879,80 € im zweiten Jahr bzw. 1.606,24 € im vierten Jahr etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 115,24 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 79).

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen Kosten mit 5.331,46 € je Patient der IG und 5.280,80 € je Patient der KG auf gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43). Im Präzeitraum

machten die Kosten vollstationärer psychiatrischer Versorgung in der IG 40 %, in der KG hingegen 60 % der gesamten direkten Kosten aus. Gleichzeitig hatten die teilstationären Kosten in der IG einen Anteil von 20 %, wohingegen sie in der KG einen Anteil von 12 % besaßen. Der Anteil der Kosten der Psychopharmakaversorgung betrug in der IG 25 %, in der KG 14 %.

Während die Kosten der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr mit 5.494,95 € konstant blieben, stiegen die Kosten der KG auf 5.280,80 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 623,15 € nicht signifikant schwächer an (vgl. Tabelle 80).

Die Anteile der vollstationären Kosten an den gesamten psychiatrischen Kosten blieben in beiden Gruppen in etwa konstant (IG: 49 %; KG: 64 %). In beiden Gruppen nahm der Anteil der teilstationären Kosten ab (IG: 10 %; KG: 6 %), während der entsprechende Anteil der Kosten der Psychopharmakaversorgung konstant blieb (IG: 25 %; KG: 14 %).

Ab dem zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 2.921,01 €; KG: 3.543,59 €). Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 628,77 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 80).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Gruppen, wobei sie in der IG von 587,79 € auf 6.118,68 € und in der KG von 744,89 € auf 6.226,92 € stiegen (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44). Im Präzeitraum stellten in beiden Gruppen die vollstationären Kosten den jeweils größten Anteil an den gesamten Kosten dar (IG: 42 %; KG: 54 %). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stieg dieser Anteil in der IG weniger stark an als in der KG (IG: 50 %; KG: 73 %). Gleichzeitig nahmen im ersten Nachbeobachtungsjahr die teilstationären Kosten in der IG einen größeren Anteil an als in der KG (IG: 36 %; KG: 13 %).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lag die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 576,13 € unter der KG mit 785,39 € (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr deutlich an: In der IG auf 6.507,85 € und in der KG auf 6.451,90 €. Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 265,22 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 83). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums: In der IG auf 1.351,94 € und in der KG auf 1.820,32 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 6,86 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 83).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 vergleichbares Bild. Die Kosten der IG lagen im Präzeitraum mit durchschnittlich 627,25 € etwas unterhalb der 737,25 € der KG (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an: In der IG auf 6.943,40 € und in der KG auf 6.441,22 €. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten wieder auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums, wobei die Kosten in der IG geringer waren.

Auch bei den linikbekannten Patienten war ein ähnliches Muster wie in U1 erkennbar: Im Präzeitraum wies die IG mit durchschnittlich 5.159,75 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 5.082,96 € auf (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47). Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in der IG nahezu konstant, während sie in der KG leicht anstiegen. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des Präzeitraums, wobei die Kosten der IG geringer blieben als in der KG.

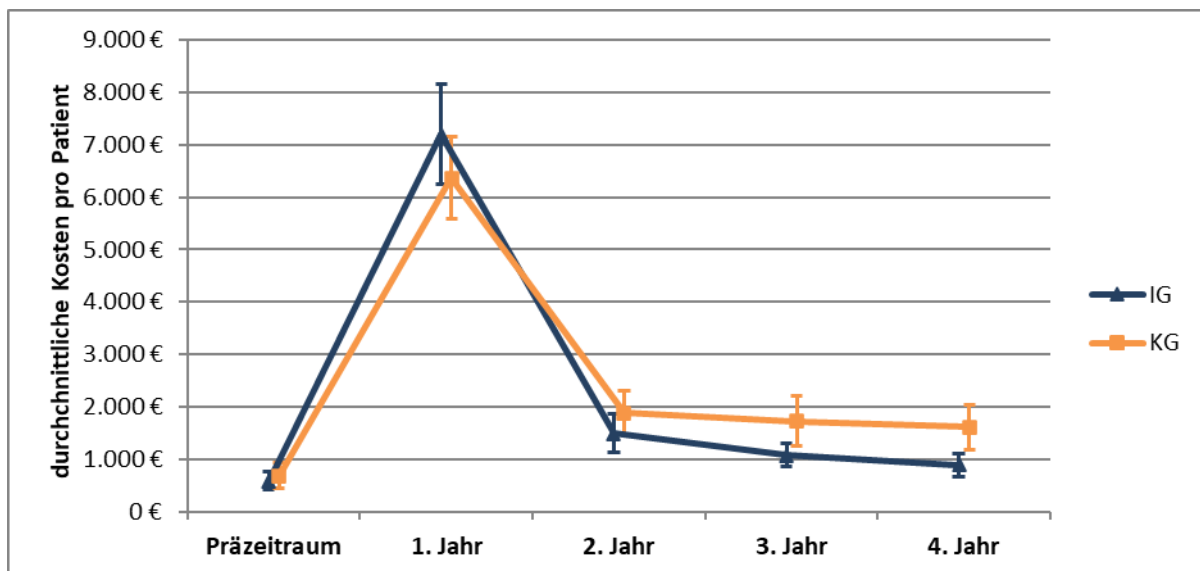
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	442	486	407	384	372	394	482	386	364	347
durchschnittliche Kosten	585,01 €	7.200,41 €	1.490,00 €	1.075,02 €	884,87 €	683,19 €	6.365,82 €	1.879,80 €	1.722,81 €	1.606,24 €
Standardabweichung	2.001,62 €	10.708,62 €	4.023,83 €	2.427,00 €	2.264,79 €	2.773,49 €	8.774,63 €	4.600,61 €	5.180,43 €	4.613,38 €
Minimum	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,50 €	1.749,58 €	28,15 €	23,73 €	16,08 €	1,00 €	1.129,90 €	33,14 €	19,73 €	14,43 €
Median	85,10 €	4.739,43 €	222,22 €	166,81 €	109,87 €	58,83 €	3.413,09 €	312,85 €	210,37 €	194,41 €
75%-Perzentil	294,81 €	8.400,98 €	993,87 €	859,97 €	631,97 €	293,89 €	8.193,39 €	1.573,12 €	1.256,68 €	1.054,22 €
Maximum	25.953,03 €	121.368,04 €	44.684,32 €	20.479,88 €	22.534,75 €	34.978,10 €	75.571,16 €	44.138,27 €	57.903,36 €	41.793,08 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	539	546	520	510	499	534	538	498	490	473
durchschnittliche Kosten	5.331,46 €	5.494,95 €	4.037,23 €	3.306,24 €	2.921,01 €	5.280,80 €	6.067,44 €	4.473,17 €	3.966,97 €	3.543,59 €
Standardabweichung	7.330,80 €	7.895,70 €	8.679,41 €	6.369,17 €	5.326,01 €	7.658,89 €	7.880,16 €	8.153,68 €	6.875,85 €	6.877,29 €
Minimum	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.098,94 €	1.266,22 €	401,61 €	265,33 €	176,51 €	854,25 €	1.254,25 €	461,94 €	446,03 €	247,31 €
Median	2.655,33 €	2.643,37 €	1.577,77 €	1.329,07 €	950,81 €	2.177,88 €	2.760,04 €	1.681,09 €	1.545,60 €	1.333,87 €
75%-Perzentil	7.166,42 €	6.489,42 €	3.759,94 €	3.136,36 €	3.284,11 €	6.637,19 €	7.726,68 €	3.720,37 €	3.833,96 €	3.111,02 €
Maximum	68.065,85 €	68.017,54 €	95.958,78 €	65.442,63 €	48.320,99 €	51.242,66 €	51.615,15 €	62.473,71 €	48.503,85 €	52.434,76 €

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

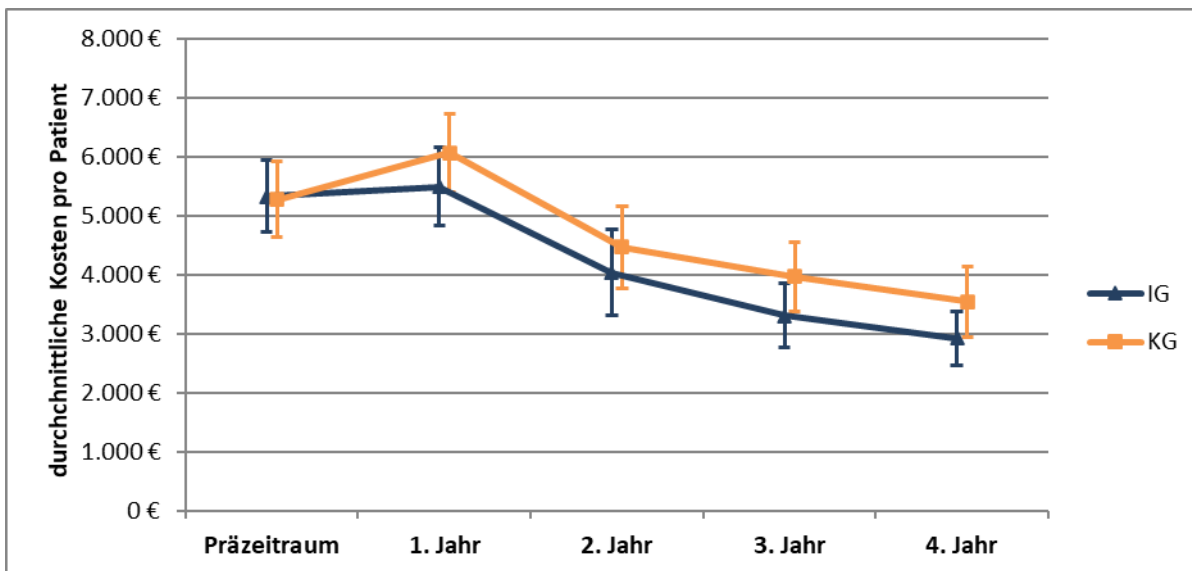


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	683,19 €	0,000	683,19 €	0,000	-1.250,50 €	0,011
IG (vs. KG)	-98,18 €	0,528	-98,18 €	0,528	-32,49 €	0,820
Post (vs. Prä)	2.279,61 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-115,24 €	0,663				
1. Jahr (vs. Prä)			5.682,63 €	0,000	6.544,44 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.196,60 €	0,000	2.051,35 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			1.039,61 €	0,000	1.884,77 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			923,04 €	0,000	1.757,65 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			932,77 €	0,136	862,81 €	0,170
IG x Jahr 2 (DiD)			-291,62 €	0,290	-363,98 €	0,195
IG x Jahr 3 (DiD)			-549,60 €	0,037	-612,35 €	0,026
IG x Jahr 4 (DiD)			-623,18 €	0,018	-672,04 €	0,011
Alter (30-47 J. vs. U30)					597,80 €	0,046
Alter (48-64 J. vs. U30)					395,24 €	0,192
Alter (Ü64 vs. U30)					831,01 €	0,039
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					30,07 €	0,890
F 00 (Demenz)					-716,30 €	0,471
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-939,64 €	0,083
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-634,20 €	0,206
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.986,77 €	0,000
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					154,15 €	0,689
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					3.615,13 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					723,70 €	0,042
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					673,27 €	0,105
F 45 (Somatoforme Störungen)					-304,53 €	0,443
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-366,11 €	0,538
F 50 (Essstörungen)					562,21 €	0,349
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.648,28 €	0,074
F 70-79 (Intelligenzstörung)					3.680,66 €	0,136
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-501,35 €	0,798
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-66,22 €	0,914
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.882,95 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.025,34 €	0,368
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.505,03 €	0,065
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					544,91 €	0,002
R ²		0,023		0,148		0,194

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.280,80 €	0,000	5.280,80 €	0,000	-1.650,52 €	0,054
IG (vs. KG)	50,66 €	0,911	50,66 €	0,911	140,94 €	0,690
Post (vs. Prä)	-747,90 €	0,030				
IG x Post (DiD)	-628,77 €	0,176				
1. Jahr (vs. Prä)			786,64 €	0,043	7.086,30 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-807,63 €	0,053	5.486,38 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-1.313,83 €	0,001	4.980,50 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-1.737,20 €	0,000	4.557,49 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-623,15 €	0,243	-696,64 €	0,177
IG x Jahr 2 (DiD)			-486,60 €	0,418	-557,78 €	0,318
IG x Jahr 3 (DiD)			-711,40 €	0,198	-788,56 €	0,124
IG x Jahr 4 (DiD)			-673,24 €	0,207	-726,17 €	0,134
Alter (30-47 J. vs. U30)					128,50 €	0,795
Alter (48-64 J. vs. U30)					131,80 €	0,784
Alter (Ü64 vs. U30)					-311,38 €	0,544
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					165,80 €	0,560
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-900,08 €	0,446
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.338,75 €	0,126
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.135,56 €	0,355
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					291,31 €	0,604
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					2.705,78 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-545,58 €	0,294
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1.443,69 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-651,19 €	0,258
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.305,78 €	0,032
F 50 (Essstörungen)					1.357,42 €	0,576
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.946,53 €	0,130
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.510,82 €	0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-959,89 €	0,138
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2.500,12 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.294,03 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.691,31 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.583,05 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					677,62 €	0,201
R ²		0,005		0,018		0,151

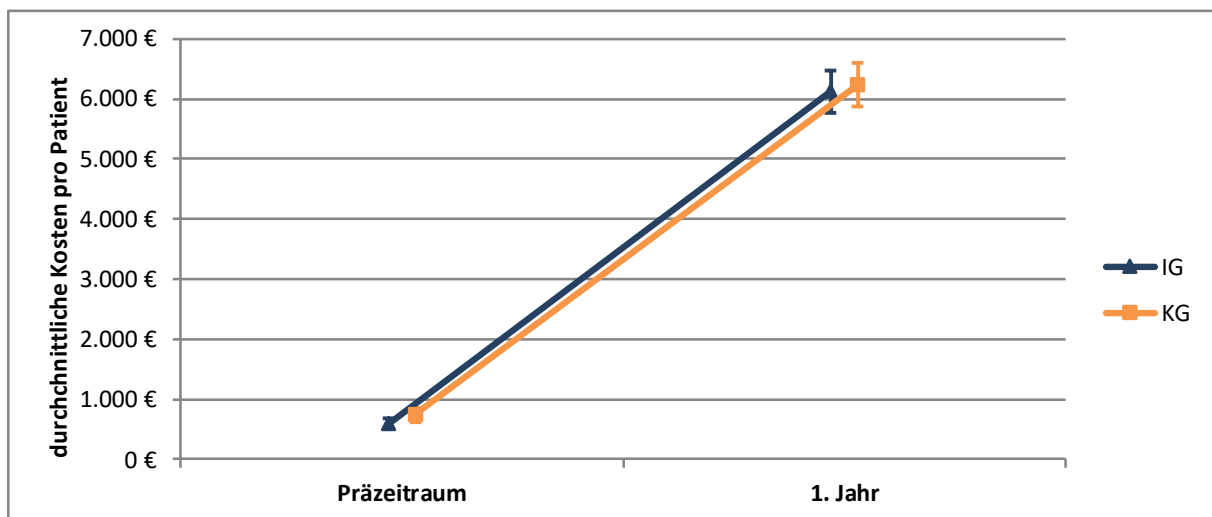
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	1.865	2.066	1.790	2.066
durchschnittliche Kosten	587,79 €	6.118,68 €	744,89 €	6.226,92 €
Standardabweichung	2.018,13 €	8.406,75 €	2.697,60 €	8.386,62 €
Minimum	0,00 €	75,00 €	0,00 €	63,19 €
25%-Perzentil	25,85 €	1.090,60 €	20,79 €	823,32 €
Median	92,53 €	4.041,05 €	94,02 €	3.272,04 €
75%-Perzentil	382,30 €	7.971,74 €	383,40 €	8.234,61 €
Maximum	38.534,29 €	121.368,04 €	38.821,04 €	75.921,71 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	1.396	1.541	1.271	1.327	1.541	1.254
durchschnittliche Kosten	576,13 €	6.507,85 €	1.351,94 €	785,39 €	6.451,90 €	1.820,32 €
Standardabweichung	1.867,30 €	9.022,61 €	3.457,10 €	2.755,03 €	8.561,66 €	4.266,38 €
Minimum	0,00 €	264,03 €	0,00 €	0,00 €	63,19 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,53 €	1.292,42 €	24,19 €	17,12 €	863,08 €	31,41 €
Median	92,59 €	4.366,02 €	195,93 €	91,49 €	3.444,23 €	312,56 €
75%-Perzentil	402,41 €	8.152,68 €	1.025,70 €	407,73 €	8.456,06 €	1.432,67 €
Maximum	38.534,29 €	121.368,04 €	44.684,32 €	38.059,41 €	75.571,16 €	44.138,27 €

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

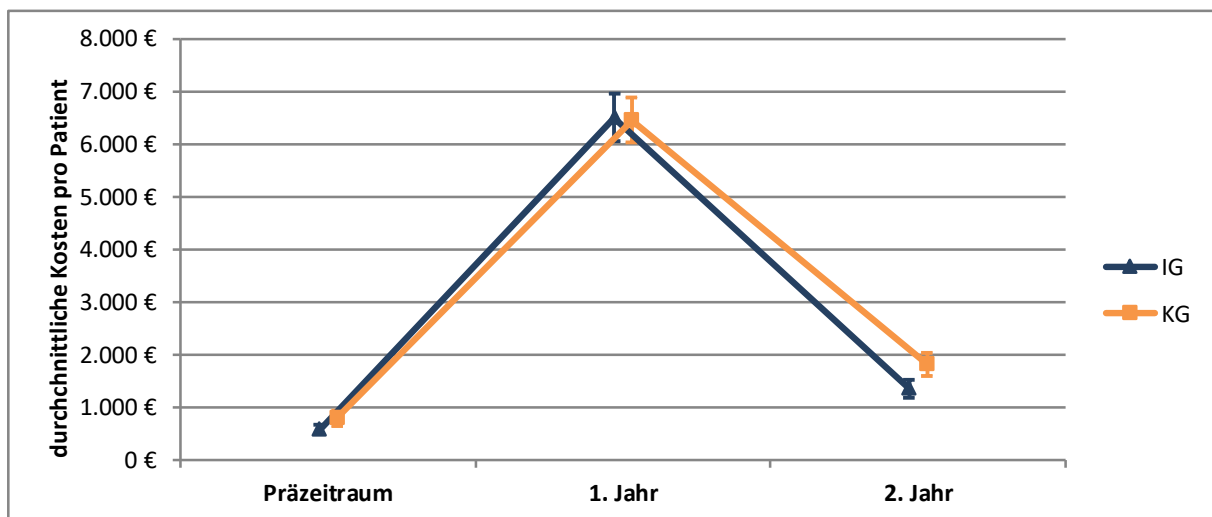


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	785,39 €	0,000	785,39 €	0,000	-522,30 €	0,040
IG (vs. KG)	-209,27 €	0,014	-209,27 €	0,014	-7,02 €	0,921
Post (vs. Prä)	3.399,82 €	0,000				
IG x Post (DiD)	6,86 €	0,972				
1. Jahr (vs. Prä)			5.666,50 €	0,000	6.472,43 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.034,93 €	0,000	1.824,92 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			265,22 €	0,405	59,78 €	0,851
IG x Jahr 2 (DiD)			-259,12 €	0,079	-461,26 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					232,52 €	0,232
Alter (48-64 J. vs. U30)					205,24 €	0,294
Alter (Ü64 vs. U30)					492,04 €	0,062
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					18,52 €	0,891
F 00 (Demenz)					-1.354,79 €	0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.316,86 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.060,98 €	0,612
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-830,74 €	0,006
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.570,62 €	0,029
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-356,52 €	0,093
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					3.395,42 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					731,75 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					157,98 €	0,509
F 45 (Somatoforme Störungen)					-758,85 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					62,42 €	0,840
F 50 (Essstörungen)					1.199,96 €	0,218
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.114,43 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					857,72 €	0,438
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					53,83 €	0,968
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-833,99 €	0,140
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.651,16 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.776,19 €	0,020
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.579,27 €	0,004
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					353,85 €	0,000
R ²		0,066		0,167		0,216

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

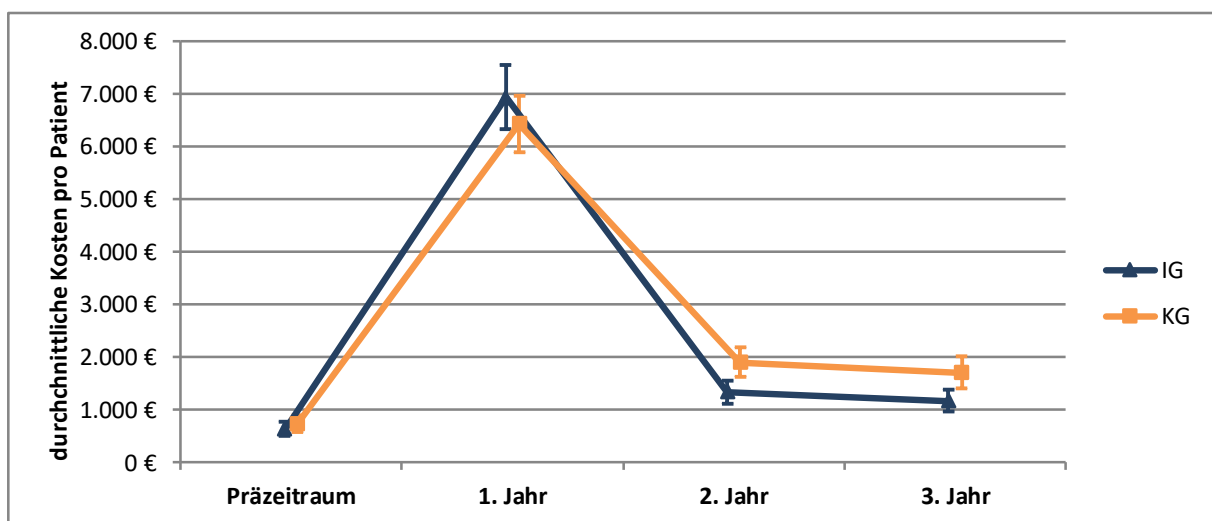
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	887	984	814	763	841	984	802	741
durchschnittliche Kosten	627,25 €	6.943,40 €	1.338,09 €	1.170,66 €	737,25 €	6.441,22 €	1.900,33 €	1.702,44 €
Standardabweichung	2.161,68 €	9.881,84 €	3.449,61 €	3.223,18 €	2.527,05 €	8.614,97 €	4.508,17 €	4.754,38 €
Minimum	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	63,19 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,59 €	1.594,52 €	28,35 €	20,84 €	13,57 €	934,13 €	36,08 €	19,73 €
Median	88,07 €	4.719,17 €	222,94 €	157,44 €	81,68 €	3.432,84 €	337,74 €	213,76 €
75%-Perzentil	403,79 €	8.384,64 €	1.039,69 €	864,77 €	403,30 €	8.258,21 €	1.582,08 €	1.236,81 €
Maximum	38.534,29 €	121.368,04 €	44.684,32 €	42.386,36 €	34.978,10 €	75.571,16 €	44.138,27 €	57.903,36 €

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

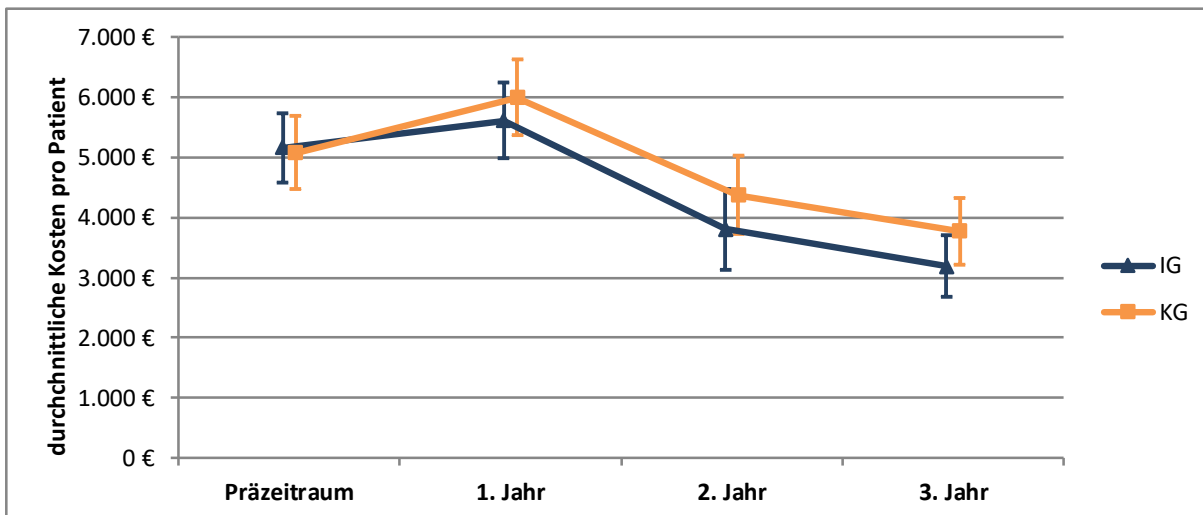


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	587	595	562	544	580	588	545	533
durchschnittliche Kosten	5.159,75 €	5.616,22 €	3.806,37 €	3.188,31 €	5.082,96 €	5.994,59 €	4.374,96 €	3.770,55 €
Standardabweichung	7.136,41 €	7.899,04 €	8.377,39 €	6.208,70 €	7.493,08 €	7.786,21 €	7.920,21 €	6.654,11 €
Minimum	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,88 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.038,52 €	1.311,05 €	353,35 €	188,08 €	752,83 €	1.269,86 €	436,28 €	331,42 €
Median	2.606,78 €	2.683,88 €	1.464,20 €	1.224,34 €	1.992,65 €	2.787,26 €	1.640,74 €	1.464,39 €
75%-Perzentil	7.001,77 €	6.714,09 €	3.417,15 €	3.082,55 €	6.296,31 €	7.468,24 €	3.753,39 €	3.736,03 €
Maximum	68.065,85 €	68.017,54 €	95.958,78 €	65.442,63 €	51.242,66 €	51.615,15 €	62.473,71 €	48.503,85 €

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 waren die **Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum mit 262,32 € niedriger als die der KG mit 354,53 € (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an: In der IG auf 4.087,28 € und in der KG auf 4.815,42 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 635,93 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 88). Im zweiten Jahr sanken die Kosten in der IG auf 703,11 € um anschließend bis zum vierten Jahr auf 374,08 € zu sinken. In der KG blieben die Kosten vom zweiten Jahr, in welchem sie 1.025,99 € betrugten, bis zum vierten Jahr (961,58 €) nahezu konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 497,08 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 88).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum mit 2.293,99 € je Patient geringere Kosten als die KG mit 3.188,69 € auf (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 2.670,18 € und in der KG auf 3.887,04 €. Vom Präzeitraum zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) 322,16 € weniger stark an (vgl. Tabelle 89). Vom zweiten bis zum vierten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen Präzeitraums. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 119,03 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 89).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit 248,52 € geringere durchschnittliche Kosten als die KG mit 401,74 € auf (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an (IG: auf 3.082,03 €; KG: auf 4.524,54 €), wobei der Anstieg in der IG weniger stark ausfiel.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 226,79 € geringere Kosten als die KG mit 421,18 € auf (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 3.387,44 € und in der KG auf 4.692,50 €. Vom Präzeitraum zum ersten

Jahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.110,66 € signifikant schwächer an (vgl. Tabelle 92). Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums: In der IG auf 569,91 € und in der KG auf 955,70 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 661,73 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 92).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum geringere Kosten als die KG auf (IG: 271,86 €; KG: 368,14 €; vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52). Im ersten Jahr steigen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 3.759,13 € und in der KG auf 4.752,22 €. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten wieder auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums.

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53), wobei die IG im Vergleich zur KG durchgehend günstiger war. Im ersten Jahr steigen in beiden Gruppen die Kosten an, um anschließend im zweiten und dritten Jahr auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen Präzeitraums zu sinken.

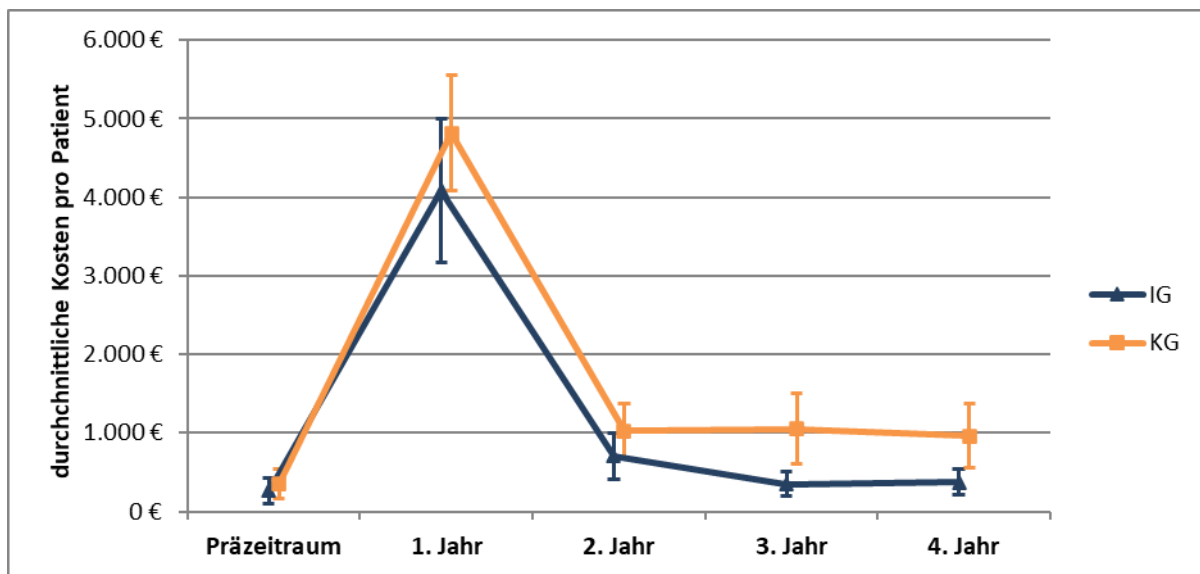
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	27	235	40	33	32	36	312	66	48	42
durchschnittliche Kosten	262,32 €	4.087,28 €	703,11 €	349,37 €	374,08 €	354,53 €	4.815,42 €	1.025,99 €	1.052,27 €	961,58 €
Standardabweichung	1.833,16 €	10.297,66 €	3.255,59 €	1.680,97 €	1.779,70 €	2.073,79 €	8.237,91 €	3.852,46 €	4.867,44 €	4.346,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.271,59 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	4.271,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.568,09 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	25.829,19 €	118.384,06 €	38.316,87 €	18.165,30 €	14.764,00 €	23.977,55 €	70.722,47 €	40.451,42 €	54.956,03 €	40.414,09 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	143	157	84	70	66	180	200	121	116	92
durchschnittliche Kosten	2.293,99 €	2.670,18 €	1.881,16 €	1.433,80 €	1.014,21 €	3.188,69 €	3.887,04 €	2.813,33 €	2.345,28 €	1.985,65 €
Standardabweichung	6.537,25 €	7.130,17 €	8.164,49 €	5.650,04 €	4.347,61 €	7.048,88 €	7.539,45 €	7.580,61 €	6.488,02 €	6.392,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	359,58 €	1.214,77 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.483,02 €	4.765,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	58.087,15 €	62.552,17 €	93.103,54 €	63.547,85 €	46.875,27 €	47.458,46 €	50.679,01 €	56.814,07 €	45.676,61 €	49.955,85 €

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

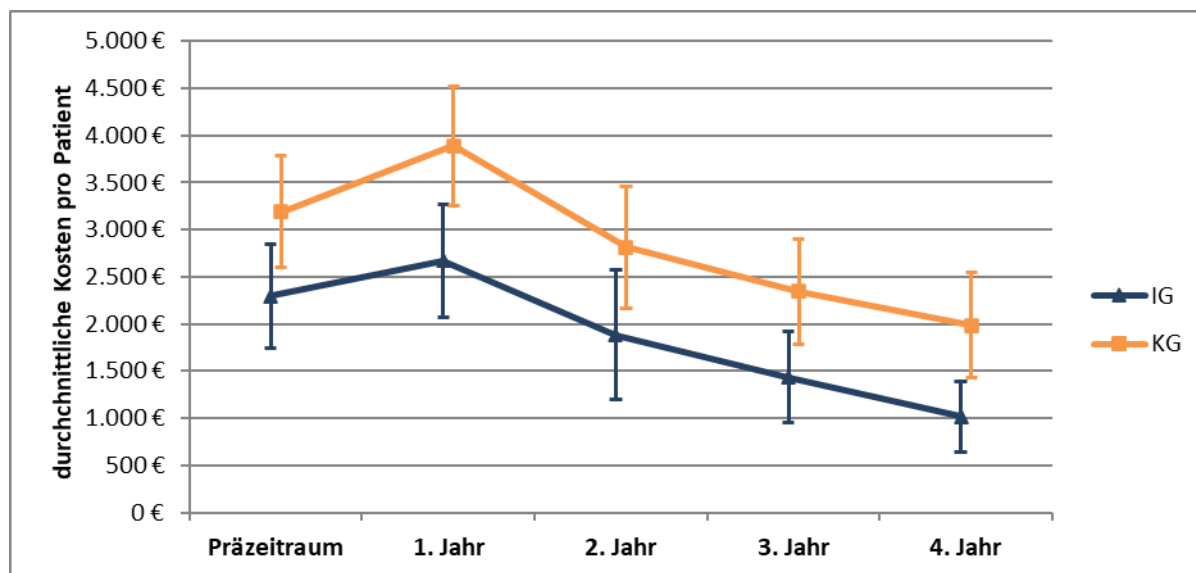


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	354,53 €	0,000	354,53 €	0,000	-1.130,51 €	0,006
IG (vs. KG)	-92,20 €	0,464	-92,20 €	0,464	-42,90 €	0,720
Post (vs. Prä)	1.664,99 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-497,08 €	0,033				
1. Jahr (vs. Prä)			4.460,89 €	0,000	5.140,74 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			671,47 €	0,000	1.355,46 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			697,75 €	0,001	1.385,15 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			607,06 €	0,005	1.291,80 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-635,93 €	0,289	-687,11 €	0,254
IG x Jahr 2 (DiD)			-230,68 €	0,331	-277,07 €	0,255
IG x Jahr 3 (DiD)			-610,70 €	0,009	-648,88 €	0,008
IG x Jahr 4 (DiD)			-495,30 €	0,039	-524,26 €	0,029
Alter (30-47 J. vs. U30)					534,44 €	0,037
Alter (48-64 J. vs. U30)					368,15 €	0,169
Alter (Ü64 vs. U30)					1.023,13 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-20,50 €	0,913
F 00 (Demenz)					-968,04 €	0,203
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-856,07 €	0,063
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-582,80 €	0,177
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.205,66 €	0,084
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					601,08 €	0,070
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					2.684,54 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					248,32 €	0,408
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					221,52 €	0,533
F 45 (Somatoforme Störungen)					-360,43 €	0,289
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-565,48 €	0,300
F 50 (Essstörungen)					-96,47 €	0,817
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.785,43 €	0,135
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.843,00 €	0,206
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-843,73 €	0,647
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-206,12 €	0,722
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.322,97 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2.437,88 €	0,019
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.461,64 €	0,239
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					417,09 €	0,004
R ²		0,014		0,088		0,125

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.188,69 €	0,000	3.188,69 €	0,000	-1.314,23 €	0,079
IG (vs. KG)	-894,70 €	0,030	-894,70 €	0,030	-379,51 €	0,262
Post (vs. Prä)	-415,57 €	0,199				
IG x Post (DiD)	-119,03 €	0,786				
1. Jahr (vs. Prä)			698,35 €	0,056	5.127,83 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-375,35 €	0,353	4.057,07 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-843,41 €	0,027	3.588,03 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-1.203,04 €	0,002	3.227,33 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-322,16 €	0,519	-799,62 €	0,113
IG x Jahr 2 (DiD)			-37,48 €	0,949	-518,12 €	0,354
IG x Jahr 3 (DiD)			-16,78 €	0,974	-491,86 €	0,328
IG x Jahr 4 (DiD)			-76,74 €	0,879	-541,76 €	0,249
Alter (30-47 J. vs. U30)					-337,37 €	0,442
Alter (48-64 J. vs. U30)					-307,39 €	0,475
Alter (Ü64 vs. U30)					-407,76 €	0,375
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					303,52 €	0,230
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-472,52 €	0,707
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-853,55 €	0,255
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-511,57 €	0,534
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.270,68 €	0,011
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					1.006,47 €	0,032
F 30-39 (Affektive Störungen)					-433,96 €	0,335
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1.249,10 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-267,98 €	0,598
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-875,61 €	0,098
F 50 (Essstörungen)					1.255,21 €	0,530
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.398,37 €	0,235
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.383,28 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.112,80 €	0,031
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.637,13 €	0,006
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.127,81 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.539,48 €	0,002
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.455,61 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					162,03 €	0,734
R ²		0,006		0,014		0,111

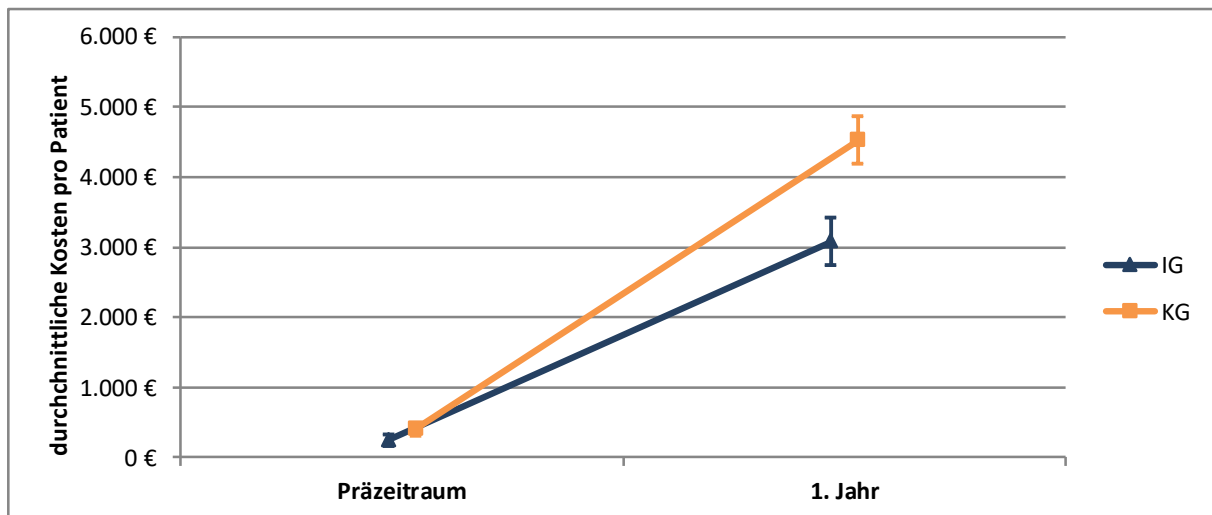
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	113	886	162	1.211
durchschnittliche Kosten	248,52 €	3.082,03 €	401,74 €	4.524,54 €
Standardabweichung	1.806,62 €	7.694,19 €	2.317,83 €	7.804,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	658,21 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.165,41 €	0,00 €	6.288,99 €
Maximum	38.468,89 €	118.384,06 €	37.101,66 €	75.081,93 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	84	686	126	129	925	189
durchschnittliche Kosten	226,79 €	3.387,44 €	569,91 €	421,18 €	4.692,50 €	955,70 €
Standardabweichung	1.669,16 €	8.357,95 €	2.701,06 €	2.303,55 €	7.925,85 €	3.528,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	782,58 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.639,28 €	0,00 €	0,00 €	6.549,86 €	0,00 €
Maximum	38.468,89 €	118.384,06 €	38.316,87 €	32.403,38 €	70.722,47 €	40.451,42 €

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

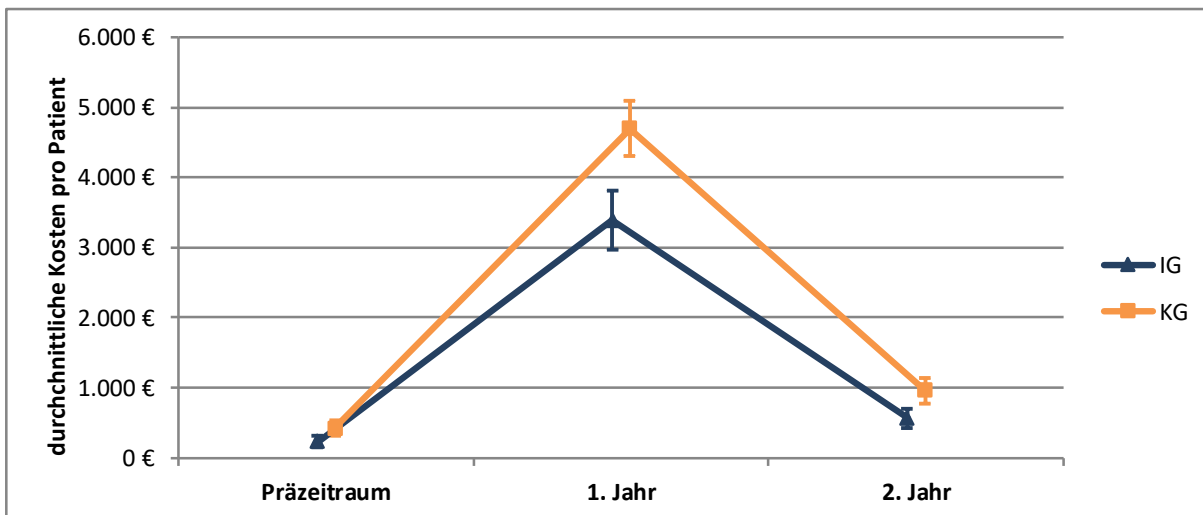


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	421,18 €	0,000	421,18 €	0,000	-363,75 €	0,085
IG (vs. KG)	-194,40 €	0,007	-194,40 €	0,007	-24,16 €	0,697
Post (vs. Prä)	2.442,54 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-661,73 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			4.271,31 €	0,000	4.905,55 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			534,52 €	0,000	1.169,99 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.110,66 €	0,000	-1.272,48 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-191,39 €	0,130	-345,78 €	0,006
Alter (30-47 J. vs. U30)					116,94 €	0,481
Alter (48-64 J. vs. U30)					62,87 €	0,708
Alter (Ü64 vs. U30)					855,04 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-112,22 €	0,352
F 00 (Demenz)					-1.321,46 €	0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.303,76 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					989,95 €	0,639
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-814,44 €	0,003
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.143,78 €	0,065
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					252,89 €	0,165
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					2.279,54 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					79,24 €	0,621
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-320,73 €	0,126
F 45 (Somatoforme Störungen)					-724,64 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-430,97 €	0,074
F 50 (Essstörungen)					778,81 €	0,374
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.496,46 €	0,020
F 70-79 (Intelligenzstörung)					694,63 €	0,485
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					5,53 €	0,996
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-856,69 €	0,039
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.327,47 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.831,30 €	0,235
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.636,16 €	0,054
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					243,45 €	0,003
R ²		0,038		0,098		0,139

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

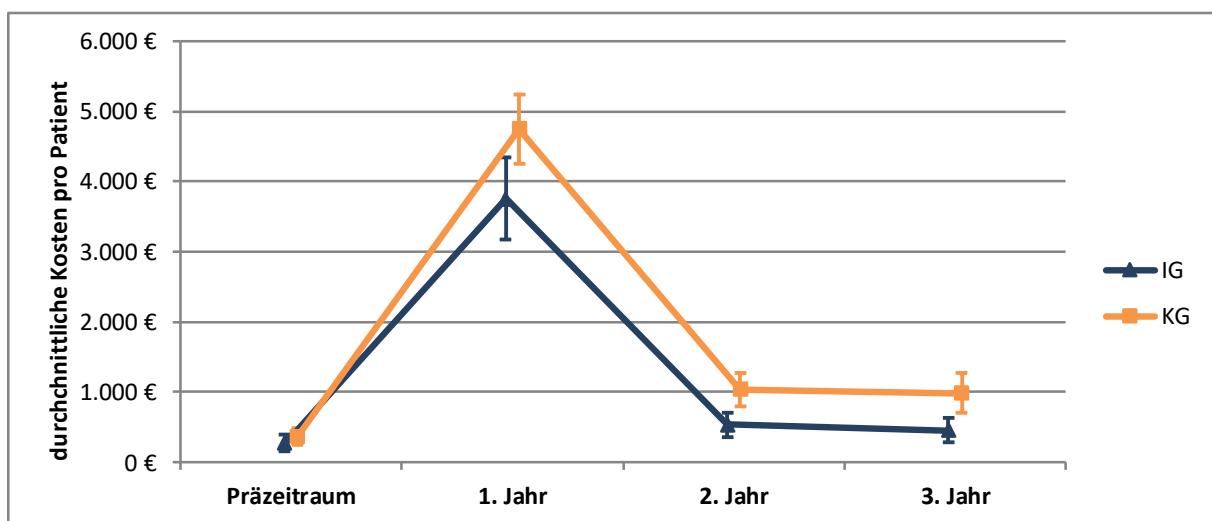
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	52	453	77	63	79	621	128	98
durchschnittliche Kosten	271,86 €	3.759,13 €	532,46 €	451,41 €	368,14 €	4.752,22 €	1.036,12 €	987,15 €
Standardabweichung	1.986,54 €	9.348,40 €	2.648,87 €	2.646,12 €	2.001,32 €	7.913,23 €	3.769,15 €	4.326,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.094,77 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	4.006,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.542,90 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	38.468,89 €	118.384,06 €	38.316,87 €	39.855,13 €	23.977,55 €	70.722,47 €	40.451,42 €	54.956,03 €

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

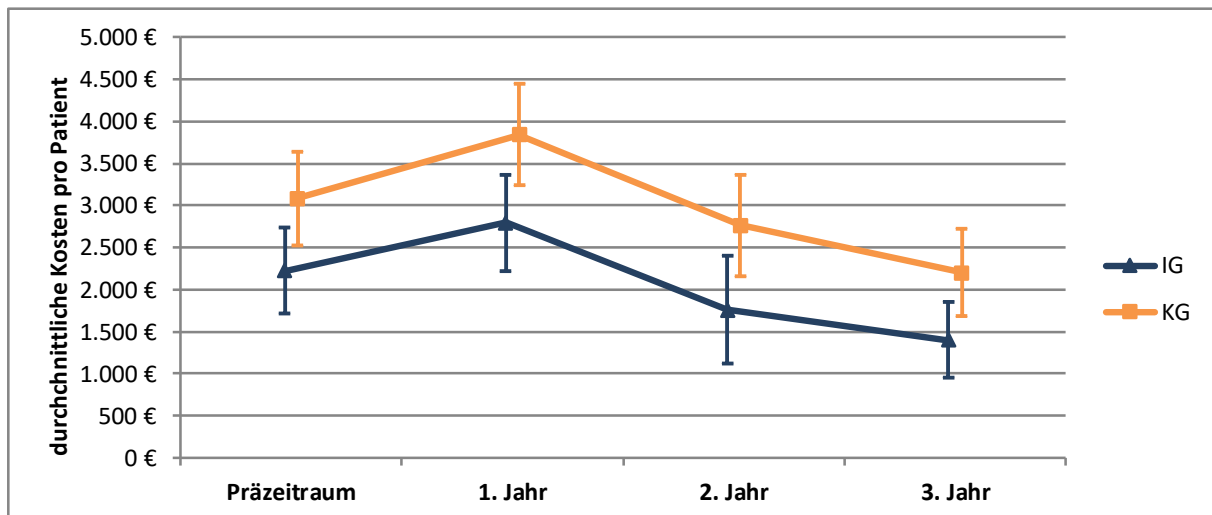


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	156	182	89	77	192	228	136	123
durchschnittliche Kosten	2.224,16 €	2.795,49 €	1.761,44 €	1.399,30 €	3.088,35 €	3.842,84 €	2.766,14 €	2.201,37 €
Standardabweichung	6.335,94 €	7.135,47 €	7.845,39 €	5.490,99 €	6.891,43 €	7.411,54 €	7.355,99 €	6.247,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	359,58 €	1.492,60 €	0,00 €	0,00 €	2.952,41 €	4.649,21 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	58.087,15 €	62.552,17 €	93.103,54 €	63.547,85 €	47.458,46 €	50.679,01 €	56.814,07 €	45.676,61 €

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 lediglich durch eine Person der KG in Anspruch genommen, weswegen auf eine Beschreibung der Ergebnisse verzichtet wird.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Entfällt, da Leistung nur von einer Person in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nur von einer Person in Anspruch genommen wurde.

Klinikbekannte Patienten

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

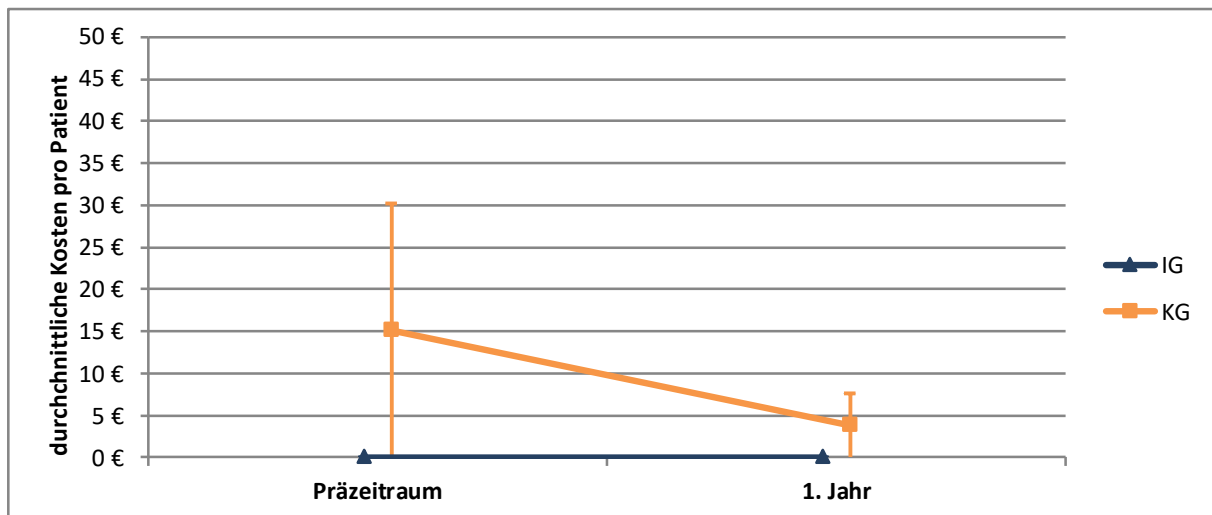
Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	15,11 €	3,81 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	686,61 €	173,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	31.208,46 €	7.864,25 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	20,25 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	795,01 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31.208,46 €	0,00 €	0,00 €

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

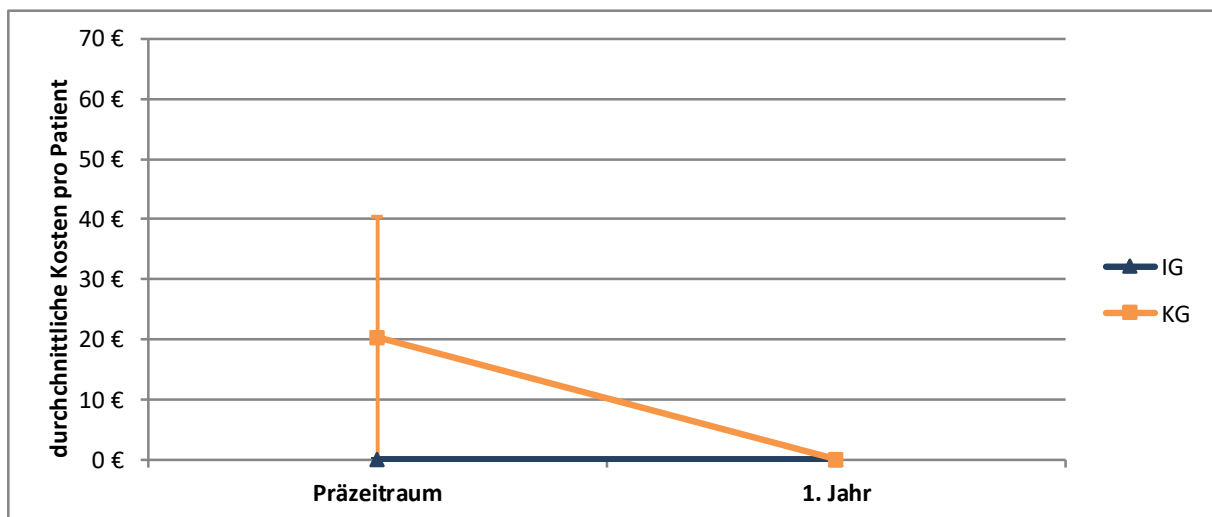


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

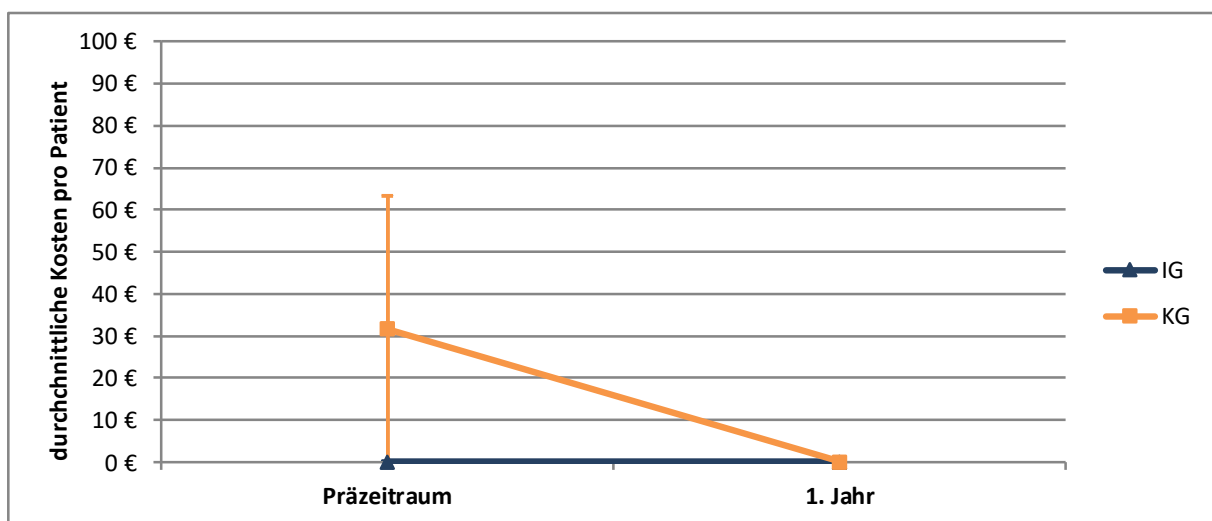
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31,72 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	994,89 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31.208,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung** der IG und KG gleich hoch (IG: 9,63 €; KG: 8,02 €; vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.343,45 € und in der KG auf 610,48 € an. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.740,36 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 106). Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums und sanken in beiden Gruppen weiterhin bis zum vierten Jahr. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 478,85 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 106).

Bei den linikbekanntnen Patienten wies die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 1.048,72 € höhere Kosten als die KG mit 627,78 € auf (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). In beiden Gruppen sanken die Kosten konstant bis zum vierten Jahr auf 164,16 € in der IG und 166,76 € in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 335,57 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 107).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 3,88 € geringere Kosten als die KG mit 27,11 € auf (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 2.188,41 € und in der KG auf 775,99 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit 3,04 € geringere Kosten als die KG mit 31,79 € auf (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 2.284,52 € und in der KG auf 785,00 €. Vom Präzeitraum zum ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.528,27 € signifikant stärker an (vgl. Tabelle 110). Im zweiten Jahr sanken die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 158,45 €; KG: 154,41 €).

Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 795,67 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 110).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wies die IG geringere Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, wobei der Anstieg in der IG stärker ausfiel. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten wieder auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums.

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65). Die Kosten sanken in beiden Gruppen bis zum dritten Jahr.

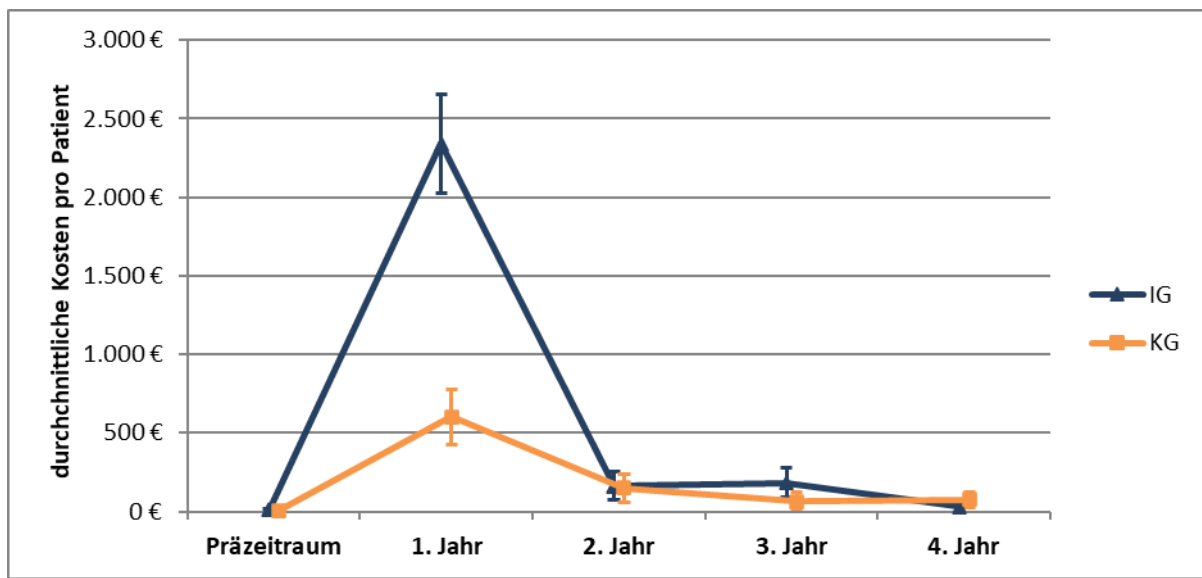
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	<10	229	19	19	<10	<10	62	14	<10	<10
durchschnittliche Kosten	9,63 €	2.343,45 €	163,11 €	181,52 €	30,48 €	8,02 €	601,48 €	150,23 €	64,17 €	73,81 €
Standardabweichung	212,25 €	3.535,82 €	956,47 €	1.030,14 €	395,19 €	104,00 €	1.948,55 €	977,68 €	608,03 €	560,33 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	4.406,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.679,22 €	20.136,34 €	11.418,37 €	11.091,16 €	6.988,91 €	1.688,11 €	21.528,15 €	10.301,11 €	8.351,13 €	6.334,96 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	120	81	29	22	19	77	44	12	18	12
durchschnittliche Kosten	1.048,72 €	576,07 €	187,28 €	164,12 €	164,16 €	627,78 €	349,49 €	84,65 €	152,82 €	166,76 €
Standardabweichung	2.321,14 €	1.831,07 €	1.016,32 €	953,12 €	941,88 €	1.800,16 €	1.315,79 €	609,72 €	985,05 €	1.196,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.504,78 €	16.503,56 €	10.532,44 €	11.580,37 €	8.201,37 €	12.470,51 €	10.415,81 €	6.374,14 €	10.960,94 €	16.508,32 €

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

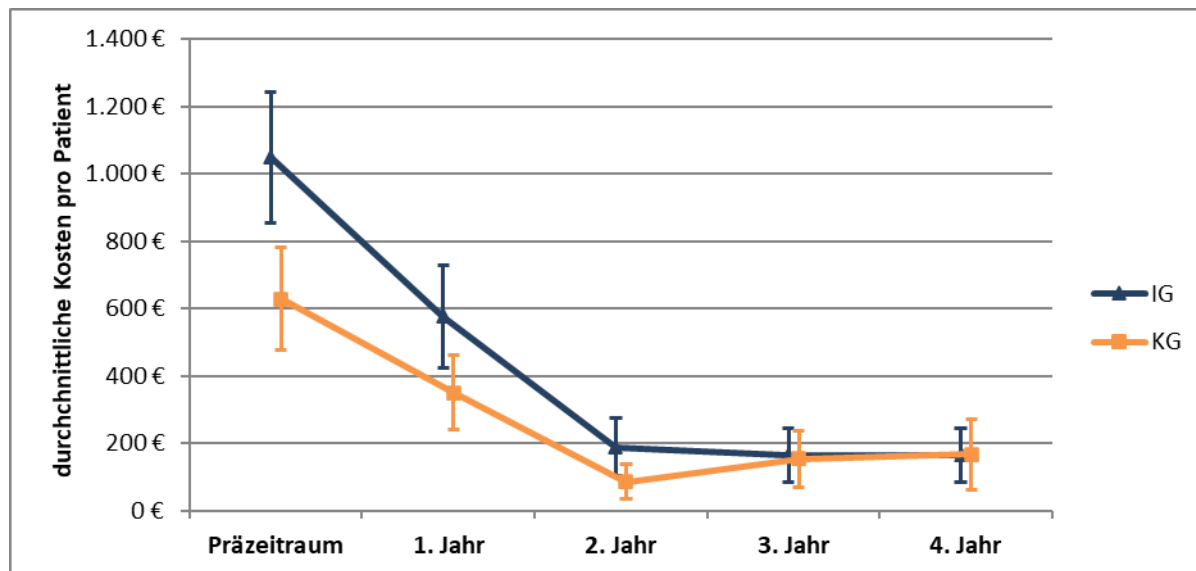


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	8,02 €	0,091	8,02 €	0,091	-9,38 €	0,924
IG (vs. KG)	1,61 €	0,881	1,61 €	0,881	14,75 €	0,428
Post (vs. Prä)	222,28 €	0,000				
IG x Post (DiD)	478,85 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			593,47 €	0,000	528,59 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			142,21 €	0,002	63,61 €	0,215
3. Jahr (vs. Prä)			56,15 €	0,052	-30,99 €	0,396
4. Jahr (vs. Prä)			65,80 €	0,013	-29,06 €	0,390
IG x Jahr 1 (DiD)			1.740,36 €	0,000	1.723,10 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			11,27 €	0,862	-6,87 €	0,915
IG x Jahr 3 (DiD)			115,74 €	0,044	95,81 €	0,096
IG x Jahr 4 (DiD)			-44,95 €	0,186	-61,31 €	0,078
Alter (30-47 J. vs. U30)					-65,34 €	0,334
Alter (48-64 J. vs. U30)					-110,58 €	0,093
Alter (Ü64 vs. U30)					-322,41 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-0,43 €	0,993
F 00 (Demenz)					29,41 €	0,841
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-34,69 €	0,743
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-38,85 €	0,663
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-123,86 €	0,438
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-122,44 €	0,138
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					168,29 €	0,182
F 30-39 (Affektive Störungen)					342,33 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					382,31 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					168,84 €	0,039
F 40-48 (ohne F43 und F45)					121,78 €	0,324
F 50 (Essstörungen)					247,55 €	0,486
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					466,61 €	0,173
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-101,97 €	0,443
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-76,48 €	0,768
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-157,31 €	0,276
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					45,64 €	0,465
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.076,68 €	0,005
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-152,15 €	0,282
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-97,15 €	0,000
R ²		0,032		0,188		0,215

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	627,78 €	0,000	627,78 €	0,000	-13,16 €	0,921
IG (vs. KG)	420,94 €	0,001	420,94 €	0,001	79,78 €	0,236
Post (vs. Prä)	-438,08 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-335,57 €	0,008				
1. Jahr (vs. Prä)			-278,30 €	0,003	409,40 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-543,14 €	0,000	142,45 €	0,161
3. Jahr (vs. Prä)			-474,96 €	0,000	208,35 €	0,049
4. Jahr (vs. Prä)			-461,02 €	0,000	220,67 €	0,046
IG x Jahr 1 (DiD)			-194,35 €	0,208	149,28 €	0,199
IG x Jahr 2 (DiD)			-318,31 €	0,016	26,24 €	0,745
IG x Jahr 3 (DiD)			-409,64 €	0,002	-64,67 €	0,453
IG x Jahr 4 (DiD)			-423,54 €	0,002	-77,82 €	0,384
Alter (30-47 J. vs. U30)					-10,59 €	0,875
Alter (48-64 J. vs. U30)					-43,80 €	0,518
Alter (Ü64 vs. U30)					-38,55 €	0,594
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					46,27 €	0,194
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-242,46 €	0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-219,59 €	0,010
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-155,62 €	0,073
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-168,58 €	0,024
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					-103,35 €	0,153
F 30-39 (Affektive Störungen)					-4,26 €	0,954
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					187,44 €	0,055
F 45 (Somatoforme Störungen)					-40,55 €	0,614
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-10,35 €	0,945
F 50 (Essstörungen)					157,60 €	0,500
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					344,73 €	0,131
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-201,66 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-275,37 €	0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-0,99 €	0,996
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,28 €	0,761
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.526,88 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					85,20 €	0,356
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-35,60 €	0,612
R ²		0,035		0,043		0,365

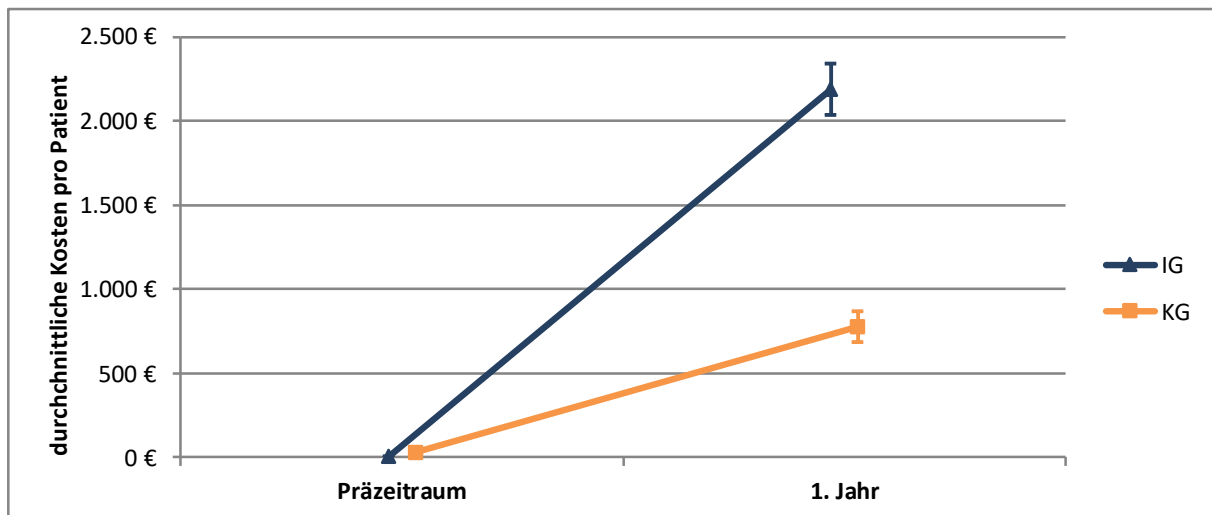
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	<10	852	16	322
durchschnittliche Kosten	3,88 €	2.188,41 €	27,11 €	775,99 €
Standardabweichung	126,43 €	3.540,45 €	348,79 €	2.150,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.931,01 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.679,22 €	22.262,55 €	7.036,37 €	22.846,15 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	<10	653	48	15	245	52
durchschnittliche Kosten	3,04 €	2.284,52 €	158,45 €	31,79 €	785,00 €	154,41 €
Standardabweichung	119,20 €	3.660,29 €	1.031,94 €	361,87 €	2.173,73 €	934,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	4.271,84 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.679,22 €	22.262,55 €	12.815,93 €	6.242,80 €	22.846,15 €	10.301,11 €

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

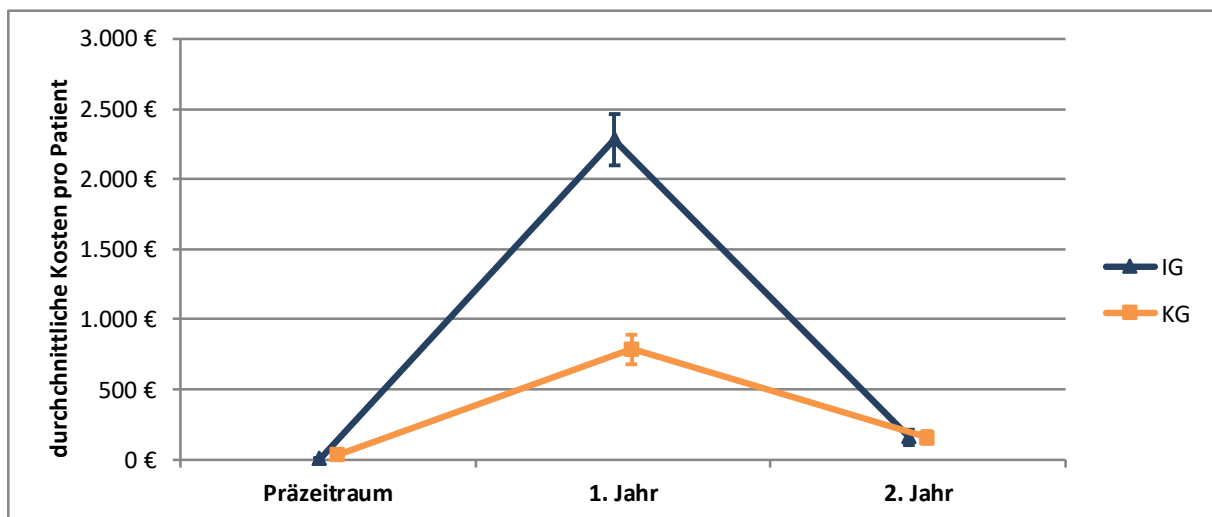


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	31,79 €	0,001	31,79 €	0,001	26,44 €	0,736
IG (vs. KG)	-28,75 €	0,003	-28,75 €	0,003	9,08 €	0,516
Post (vs. Prä)	444,60 €	0,000				
IG x Post (DiD)	795,67 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			753,21 €	0,000	654,19 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			122,62 €	0,000	7,25 €	0,809
IG x Jahr 1 (DiD)			1.528,27 €	0,000	1.487,71 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			32,78 €	0,381	-9,08 €	0,804
Alter (30-47 J. vs. U30)					-16,50 €	0,794
Alter (48-64 J. vs. U30)					-66,64 €	0,288
Alter (Ü64 vs. U30)					-389,21 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					71,50 €	0,063
F 00 (Demenz)					-167,30 €	0,078
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-123,21 €	0,175
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-23,13 €	0,931
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-125,87 €	0,134
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-17,33 €	0,922
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-310,62 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					14,83 €	0,878
F 30-39 (Affektive Störungen)					473,38 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					355,48 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					58,28 €	0,390
F 40-48 (ohne F43 und F45)					317,05 €	0,008
F 50 (Essstörungen)					18,15 €	0,948
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					322,77 €	0,114
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-330,13 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-259,12 €	0,292
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-51,46 €	0,849
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					86,30 €	0,019
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.049,96 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,60 €	0,727
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-163,91 €	0,000
R ²		0,063		0,163		0,203

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

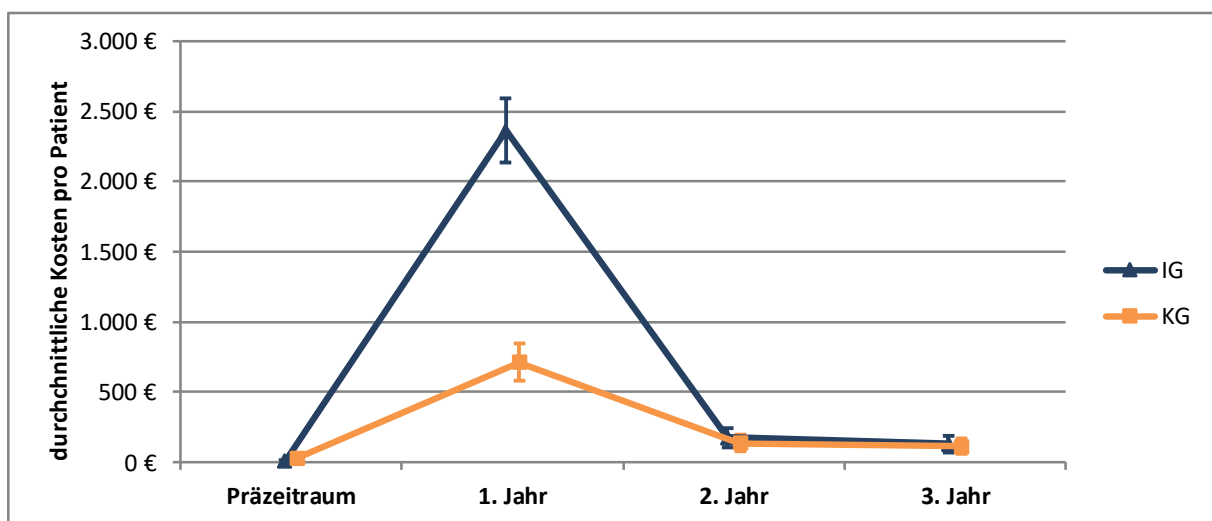
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	<10	438	34	28	10	144	28	21
durchschnittliche Kosten	4,76 €	2.364,32 €	176,38 €	129,69 €	28,75 €	712,46 €	136,43 €	113,87 €
Standardabweichung	149,17 €	3.679,83 €	1.093,15 €	931,30 €	333,96 €	2.083,72 €	890,97 €	860,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	4.421,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.679,22 €	20.974,29 €	12.815,93 €	15.433,73 €	6.242,80 €	21.528,15 €	10.301,11 €	14.109,79 €

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

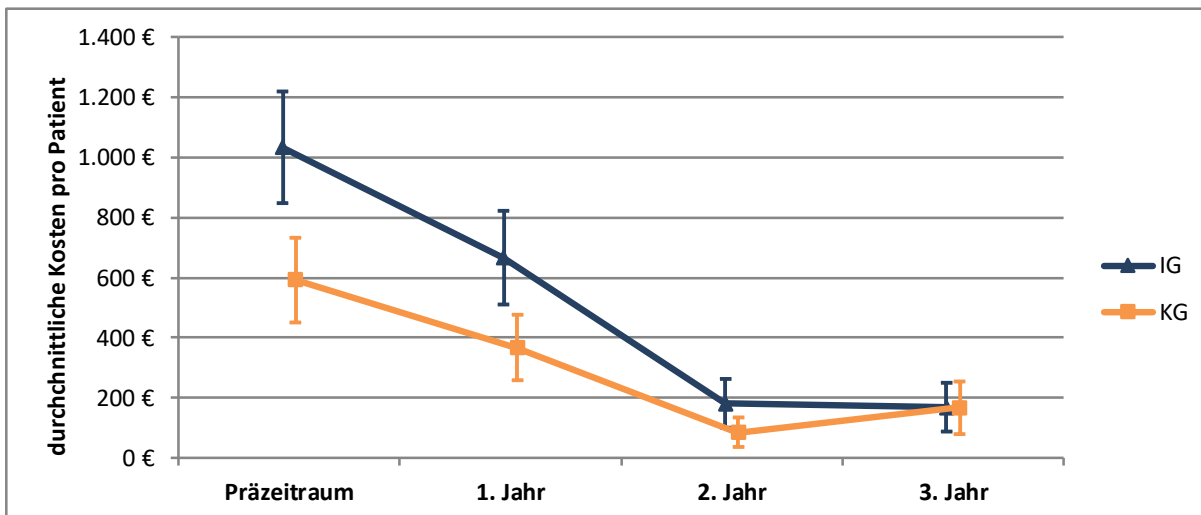


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	130	99	30	25	81	52	13	21
durchschnittliche Kosten	1.032,61 €	665,69 €	181,12 €	168,42 €	593,31 €	366,13 €	84,88 €	168,38 €
Standardabweichung	2.301,93 €	1.949,01 €	998,49 €	982,42 €	1.745,07 €	1.349,61 €	609,88 €	1.060,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.504,78 €	16.503,56 €	10.532,44 €	11.580,37 €	12.470,51 €	10.415,81 €	6.374,14 €	10.960,94 €

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



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung starteten die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** der IG im Präzeitraum mit 8,97 € auf gleichem Niveau wie die der KG mit 13,25 € (vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und Abbildung 66). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 298,50 € und in der KG auf 366,77 €. Vom Präzeitraum bis zum ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 63,99 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 115). In beiden Gruppen sanken die Kosten bis zum vierten Jahr. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 62,86 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 115).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich zwischen IG und KG ein nahezu identischer Kostenverlauf (vgl. Tabelle 114, Tabelle 116 und Abbildung 59). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 17,80 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 116).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum nahezu gleich hohe Kosten auf (IG: 7,16 €; KG: 10,92 €; vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an (IG: 377,34 €; KG: 350,53 €).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergab sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 118, Tabelle 119 und Abbildung 69). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 11,73 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 119).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein ähnliches Bild im Vergleich zu U1 (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 70). Ausgehend von sehr niedrigen durchschnittlichen Kosten im Präzeitraum, stiegen in beiden Gruppen die Kosten im ersten Jahr deutlich an. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau zwischen jeweiligem Präzeitraum und erstem Nachbeobachtungsjahr.

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich, ähnlich wie bei U1, ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71).

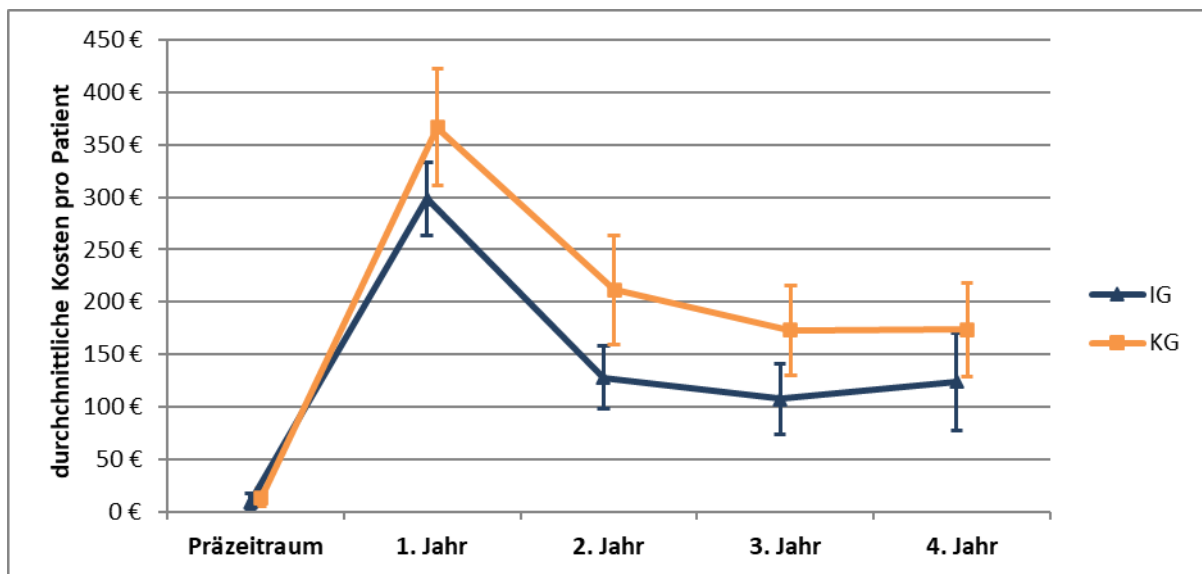
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	<10	242	75	54	53	14	240	101	86	83
durchschnittliche Kosten	8,97 €	298,50 €	127,64 €	107,42 €	123,96 €	13,25 €	366,77 €	211,52 €	172,81 €	173,41 €
Standardabweichung	85,73 €	396,73 €	332,67 €	362,41 €	501,33 €	98,19 €	620,54 €	568,76 €	466,94 €	472,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	538,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	483,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.122,30 €	1.844,29 €	1.516,24 €	3.895,09 €	5.033,55 €	1.220,00 €	4.529,34 €	4.971,74 €	4.605,05 €	4.425,00 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	401	459	308	261	237	377	425	324	295	254
durchschnittliche Kosten	562,66 €	755,13 €	568,71 €	479,15 €	595,66 €	594,52 €	774,35 €	615,73 €	547,48 €	512,98 €
Standardabweichung	435,67 €	474,60 €	564,44 €	552,09 €	1.008,80 €	663,37 €	757,67 €	754,21 €	704,16 €	692,53 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	175,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	551,88 €	807,06 €	354,44 €	0,00 €	0,00 €	471,32 €	687,92 €	432,39 €	264,78 €	1,25 €
75%-Perzentil	827,82 €	1.076,08 €	1.234,99 €	1.158,76 €	825,00 €	855,15 €	1.068,18 €	948,54 €	910,37 €	912,02 €
Maximum	2.477,52 €	1.800,23 €	1.792,20 €	2.315,18 €	6.000,00 €	3.418,92 €	3.789,78 €	3.676,20 €	7.159,17 €	4.795,72 €

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

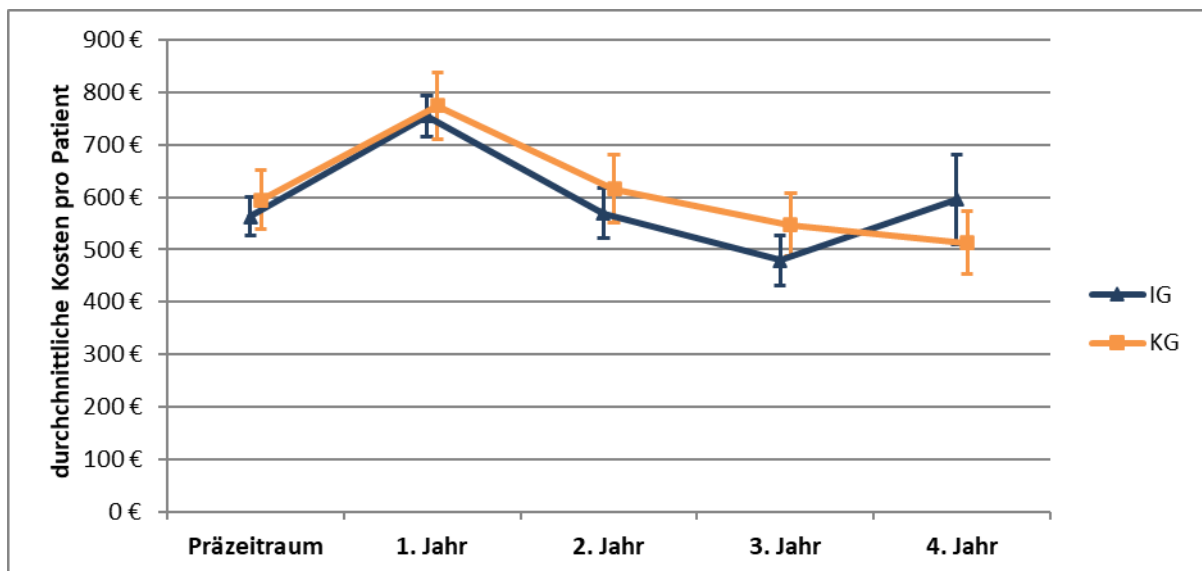


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	13,25 €	0,003	13,25 €	0,003	-88,42 €	0,040
IG (vs. KG)	-4,28 €	0,471	-4,28 €	0,471	5,97 €	0,416
Post (vs. Prä)	220,77 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-62,86 €	0,014				
1. Jahr (vs. Prä)			353,52 €	0,000	345,87 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			198,27 €	0,000	188,84 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			159,56 €	0,000	147,29 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			160,16 €	0,000	146,23 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-63,99 €	0,053	-73,41 €	0,029
IG x Jahr 2 (DiD)			-79,60 €	0,009	-91,13 €	0,003
IG x Jahr 3 (DiD)			-61,11 €	0,027	-71,94 €	0,011
IG x Jahr 4 (DiD)			-45,18 €	0,167	-54,86 €	0,099
Alter (30-47 J. vs. U30)					32,46 €	0,250
Alter (48-64 J. vs. U30)					20,65 €	0,459
Alter (Ü64 vs. U30)					-37,25 €	0,185
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					29,08 €	0,161
F 00 (Demenz)					71,80 €	0,128
F 01 (Vaskuläre Demenz)					94,06 €	0,385
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1,76 €	0,966
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-55,01 €	0,202
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-43,83 €	0,243
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					252,52 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					132,07 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					89,53 €	0,031
F 45 (Somatoforme Störungen)					40,66 €	0,298
F 40-48 (ohne F43 und F45)					56,50 €	0,384
F 50 (Essstörungen)					43,65 €	0,442
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					137,58 €	0,186
F 70-79 (Intelligenzstörung)					168,97 €	0,339
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					192,59 €	0,499
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					108,63 €	0,654
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,45 €	0,871
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-302,81 €	0,013
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					533,90 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-27,24 €	0,032
R ²		0,036		0,062		0,114

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

Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikkbekannte 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	594,52 €	0,000	594,52 €	0,000	291,07 €	0,001
IG (vs. KG)	-31,86 €	0,351	-31,86 €	0,351	-27,99 €	0,273
Post (vs. Prä)	20,24 €	0,319				
IG x Post (DiD)	17,80 €	0,550				
1. Jahr (vs. Prä)			179,84 €	0,000	309,84 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			21,21 €	0,392	148,39 €	0,020
3. Jahr (vs. Prä)			-47,04 €	0,078	82,21 €	0,209
4. Jahr (vs. Prä)			-81,54 €	0,004	47,72 €	0,474
IG x Jahr 1 (DiD)			12,64 €	0,649	-3,94 €	0,902
IG x Jahr 2 (DiD)			-15,16 €	0,647	-29,33 €	0,406
IG x Jahr 3 (DiD)			-36,47 €	0,306	-56,03 €	0,105
IG x Jahr 4 (DiD)			114,54 €	0,026	98,12 €	0,053
Alter (30-47 J. vs. U30)					178,63 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					243,52 €	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					204,08 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-33,39 €	0,262
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-282,04 €	0,014
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-415,23 €	0,000
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					702,86 €	0,279
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-381,50 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					251,46 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-58,92 €	0,266
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-62,72 €	0,260
F 45 (Somatoforme Störungen)					-73,39 €	0,223
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-119,59 €	0,255
F 50 (Essstörungen)					187,32 €	0,407
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					163,28 €	0,080
F 70-79 (Intelligenzstörung)					534,30 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					537,79 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-129,08 €	0,344
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-26,61 €	0,346
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-16,37 €	0,589
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					579,05 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-316,95 €	0,000
R ²		0,000		0,018		0,213

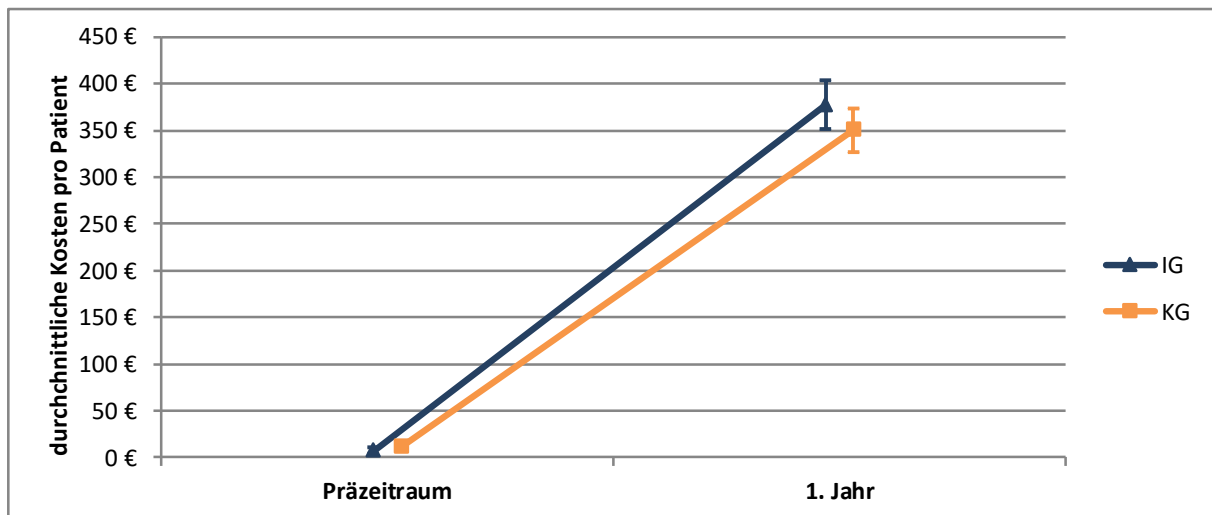
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	23	1.160	50	1.128
durchschnittliche Kosten	7,16 €	377,34 €	10,92 €	350,53 €
Standardabweichung	88,59 €	612,98 €	83,97 €	543,08 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	225,00 €	0,00 €	175,78 €
75%-Perzentil	0,00 €	567,15 €	0,00 €	467,80 €
Maximum	2.109,05 €	8.555,70 €	1.220,00 €	4.529,34 €

Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	16	825	267	39	839	322
durchschnittliche Kosten	6,26 €	351,62 €	154,50 €	11,11 €	359,91 €	179,59 €
Standardabweichung	79,73 €	500,20 €	518,29 €	85,16 €	562,04 €	454,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	175,25 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	568,58 €	0,00 €	0,00 €	472,57 €	0,00 €
Maximum	2.109,05 €	6.215,18 €	12.300,00 €	1.220,00 €	4.529,34 €	4.971,74 €

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

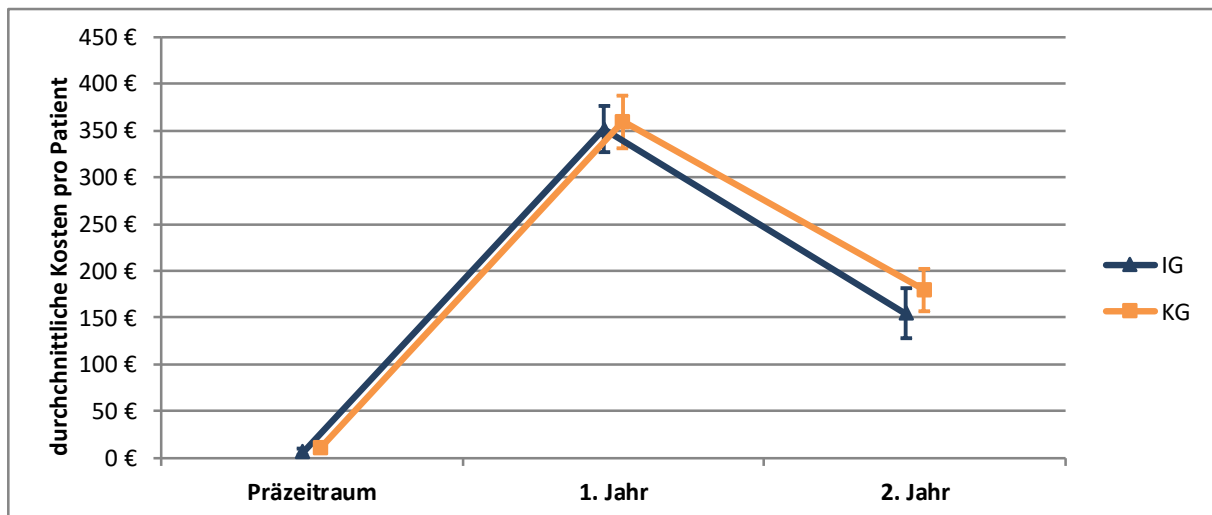


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	11,11 €	0,000	11,11 €	0,000	-61,62 €	0,005
IG (vs. KG)	-4,85 €	0,103	-4,85 €	0,103	2,24 €	0,564
Post (vs. Prä)	260,55 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-11,73 €	0,480				
1. Jahr (vs. Prä)			348,80 €	0,000	332,53 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			168,48 €	0,000	149,61 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-3,44 €	0,857	-12,25 €	0,525
IG x Jahr 2 (DiD)			-20,24 €	0,258	-29,52 €	0,102
Alter (30-47 J. vs. U30)					53,10 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					40,25 €	0,006
Alter (Ü64 vs. U30)					-38,71 €	0,022
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					33,80 €	0,002
F 00 (Demenz)					77,08 €	0,017
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-8,67 €	0,759
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					280,77 €	0,131
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					26,35 €	0,317
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					33,88 €	0,522
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-86,61 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					179,88 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					91,93 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					73,50 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					11,16 €	0,566
F 40-48 (ohne F43 und F45)					45,09 €	0,180
F 50 (Essstörungen)					136,04 €	0,012
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					124,91 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					170,29 €	0,006
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					206,76 €	0,316
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					55,04 €	0,451
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11,95 €	0,241
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-75,15 €	0,311
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					474,23 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-34,23 €	0,000
R ²		0,075		0,105		0,155

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

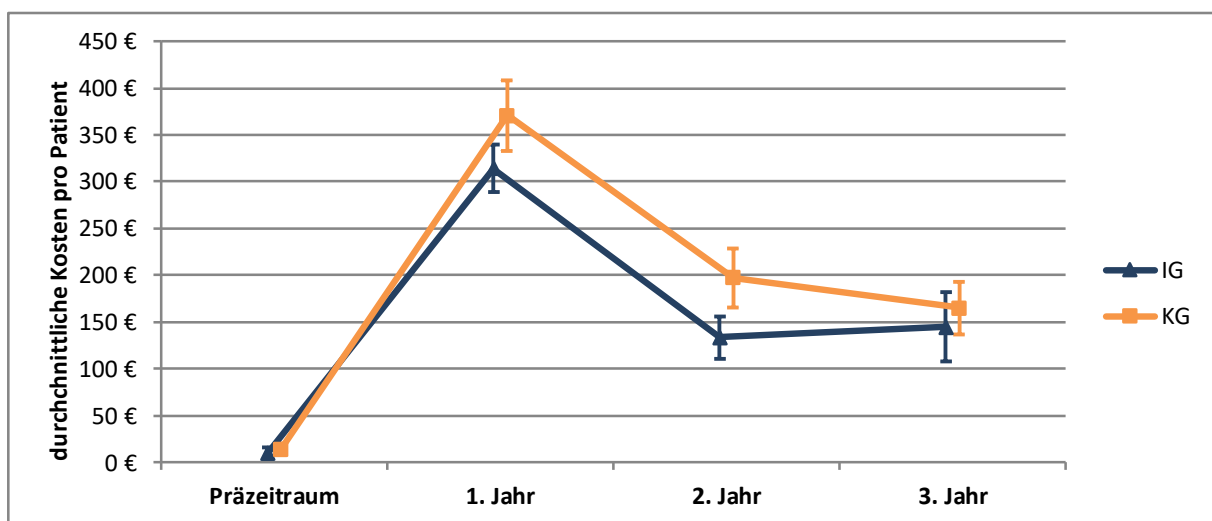
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914	914
N mit Fall	13	505	156	130	31	516	209	175	175
durchschnittliche Kosten	8,98 €	314,07 €	133,19 €	144,32 €	14,02 €	370,82 €	197,21 €	164,85 €	164,85 €
Standardabweichung	97,91 €	411,84 €	351,80 €	571,73 €	98,69 €	602,05 €	498,68 €	430,78 €	430,78 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	538,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	474,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.109,05 €	1.844,29 €	2.235,27 €	9.450,00 €	1.220,00 €	4.529,34 €	4.971,74 €	4.605,05 €	4.605,05 €

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

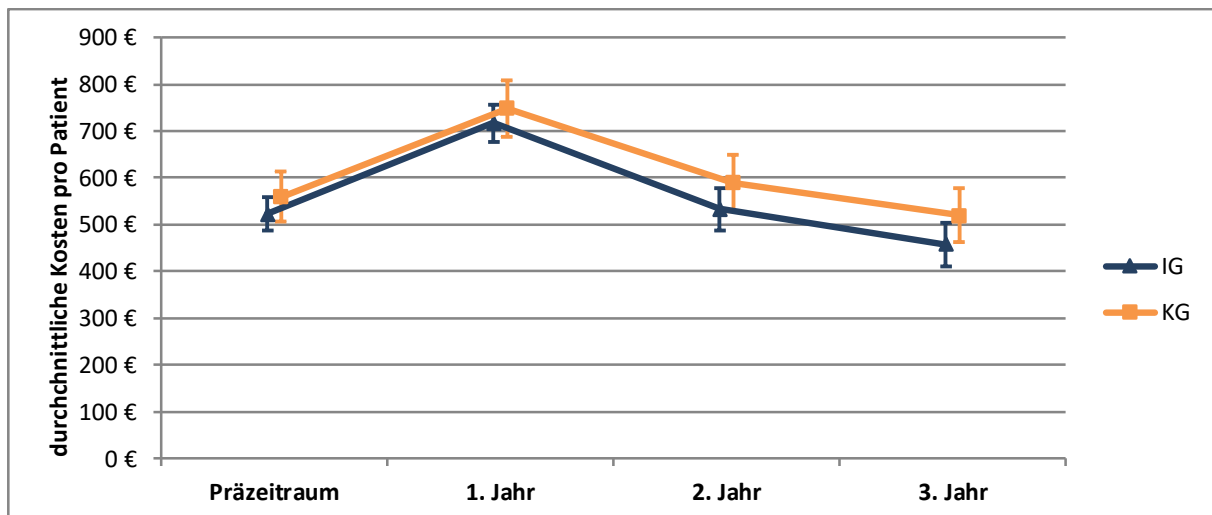


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	407	487	316	269	390	456	343	306
durchschnittliche Kosten	522,18 €	717,02 €	533,82 €	457,92 €	560,01 €	749,00 €	589,74 €	519,91 €
Standardabweichung	444,20 €	483,22 €	563,56 €	566,27 €	668,33 €	748,66 €	742,36 €	693,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,06 €	0,00 €	0,00 €
Median	551,88 €	807,06 €	298,13 €	0,00 €	371,65 €	664,53 €	357,86 €	231,77 €
75%-Perzentil	827,82 €	1.076,08 €	1.234,99 €	1.158,76 €	836,20 €	1.064,68 €	932,21 €	897,95 €
Maximum	2.477,52 €	1.800,23 €	1.795,09 €	3.075,00 €	4.081,13 €	3.789,78 €	3.676,20 €	7.159,17 €

Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

Zu den sonstigen ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen zählen Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren sowie der Hochschulambulanzen. Die Zuordnungen der Leistungen in den Hochschulambulanzen erfolgt über die dokumentierten Gebührenordnungspositionen. Es handelt sich um die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der von U1 bis U4 durchgehend sehr geringen Inanspruchnahme entfällt eine Beschreibung der **Kosten sonstiger im Krankenhaus erbrachter psychiatrischer Leistungen** (vgl. Tabelle 122 bis Tabelle 129 und Abbildung 72 bis Abbildung 77).

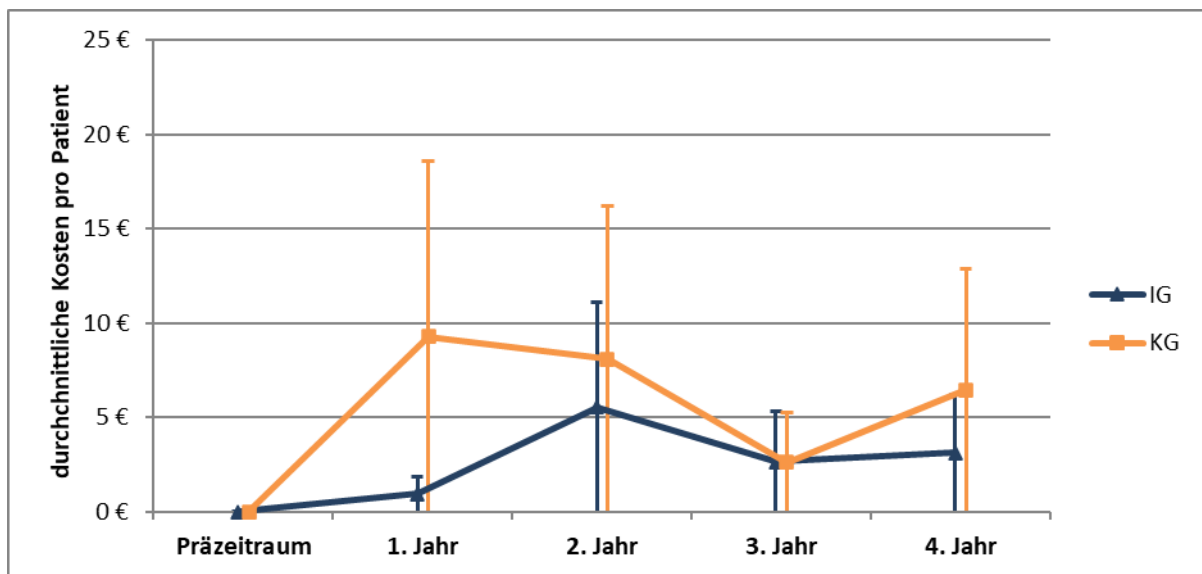
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,93 €	5,53 €	2,64 €	3,11 €	0,00 €	9,28 €	8,09 €	2,61 €	6,44 €
Standardabweichung	0,00 €	20,56 €	119,28 €	56,06 €	65,35 €	0,00 €	151,38 €	125,31 €	55,07 €	86,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	453,33 €	2.572,06 €	1.189,16 €	1.373,99 €	0,00 €	2.966,49 €	2.258,63 €	1.162,96 €	1.690,23 €

Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,83 €	3,90 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	18,91 €	87,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	430,01 €	1.978,83 €

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

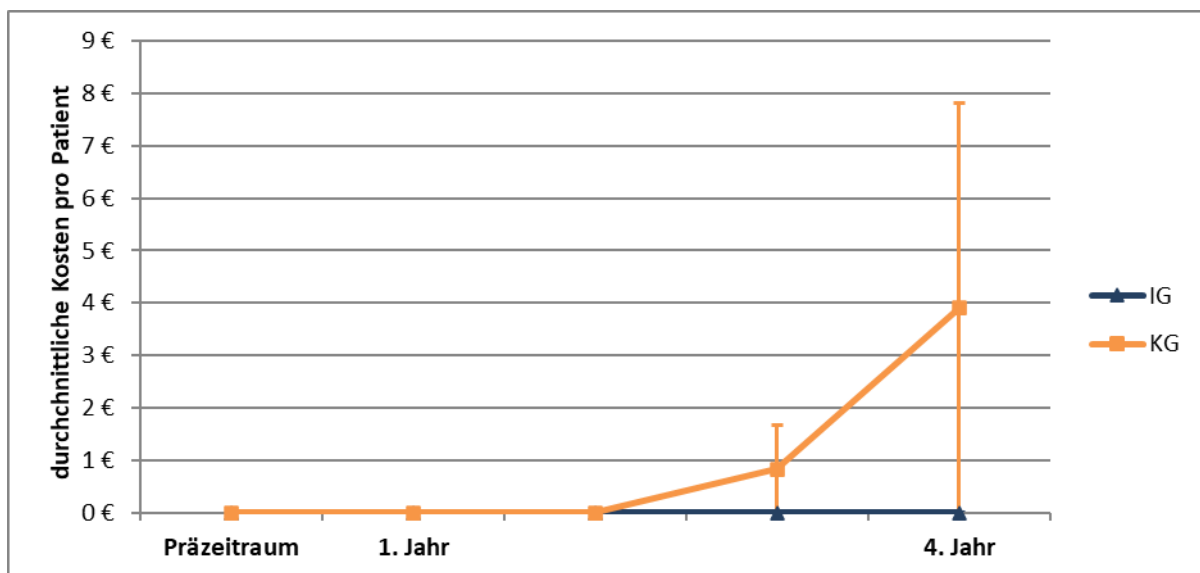


Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund kleiner Fallzahl.

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

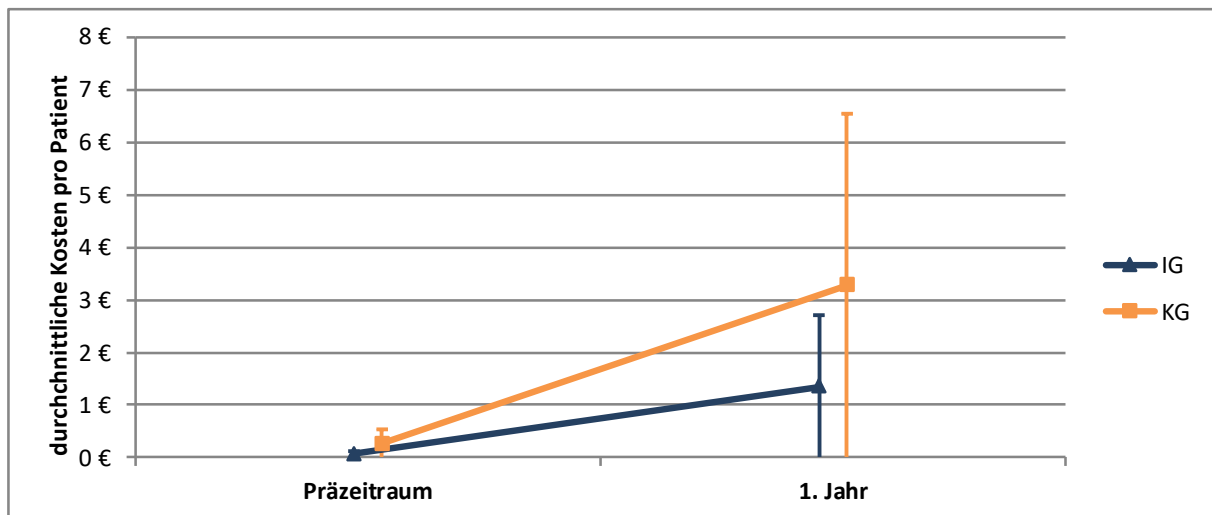
Entfällt aufgrund kleiner Fallzahl.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,06 €	1,35 €	0,26 €	3,27 €
Standardabweichung	2,95 €	39,29 €	12,00 €	86,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	134,16 €	1.649,93 €	545,37 €	2.966,49 €

Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1,36 €	3,36 €	0,35 €	2,96 €	4,12 €
Standardabweichung	0,00 €	43,58 €	80,75 €	13,89 €	84,74 €	93,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	1.649,93 €	2.572,06 €	545,37 €	2.966,49 €	2.362,97 €

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

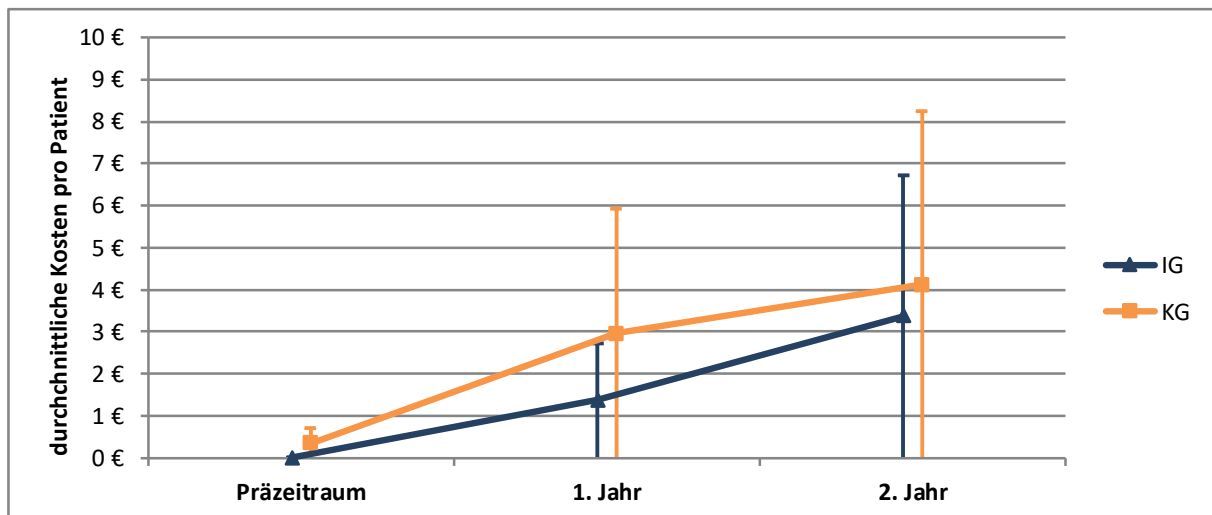


Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt aufgrund kleiner Fallzahl.

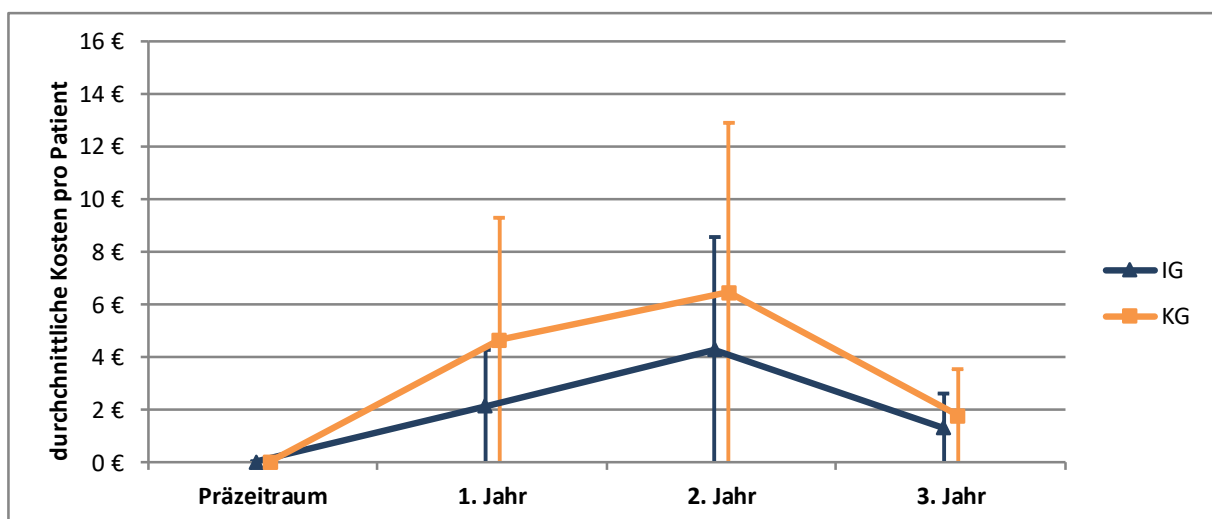
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	2,14 €	4,29 €	1,29 €	0,00 €	4,64 €	6,45 €	1,77 €
Standardabweichung	0,00 €	54,53 €	96,50 €	39,23 €	0,00 €	106,03 €	116,48 €	41,34 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	1.649,93 €	2.572,06 €	1.189,16 €	0,00 €	2.966,49 €	2.362,97 €	1.162,96 €

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

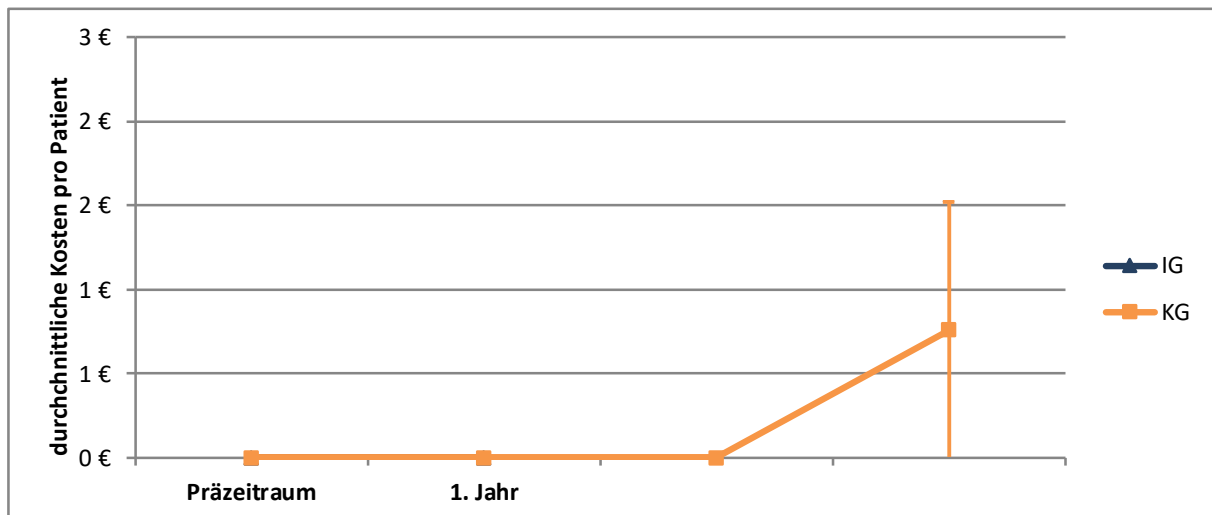


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,76 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	18,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	430,01 €

Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

Zu den für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung zählen Leistungen von Fachärzten (Psychiater, Psychotherapeuten etc.) sowie Hausärzten. Erfasst wurden Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die Zuordnung der Leistungen zur psychiatrischen Versorgung erfolgte über die dokumentierten GOPs sowie bei Fallpauschalen über einen diagnosebezogenen Faktor.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum mit 135,64 € höher als die der KG mit 98,72 € (vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und Abbildung 78). Vom Präzeitraum zum ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 90,77 € signifikant weniger stark (vgl. Tabelle 133). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 63,55 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 133).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich zwischen IG und KG ein nahezu identischer Kostenverlauf (vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und Abbildung 79). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 3,07 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 134).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum nahezu identische Kosten auf (IG: 154,98 €; KG: 151,54 €; vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an (IG: 211,82 €; KG: 281,45 €), wobei die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr günstiger als die KG ausfiel.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 149,43 €; KG: 149,93 €; vgl. Tabelle 136, Tabelle 137 und Abbildung 81). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 213,84 € und in der KG auf 298,82 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten der IG (relativ zur KG) um 84,48 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 137). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 56,42 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 137).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein ähnliches Bild wie in U1 (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82).

Ausgehend von gleich hohen Kosten im Präzeitraum, stiegen die Kosten in beiden Gruppen zunächst an, um bis zum vierten Jahr wieder leicht abzusinken.

Bei den klimbekannt Patienten zeigte sich zwischen IG und KG, ähnlich wie in U1, ein nahezu identischer Kostenverlauf (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83).

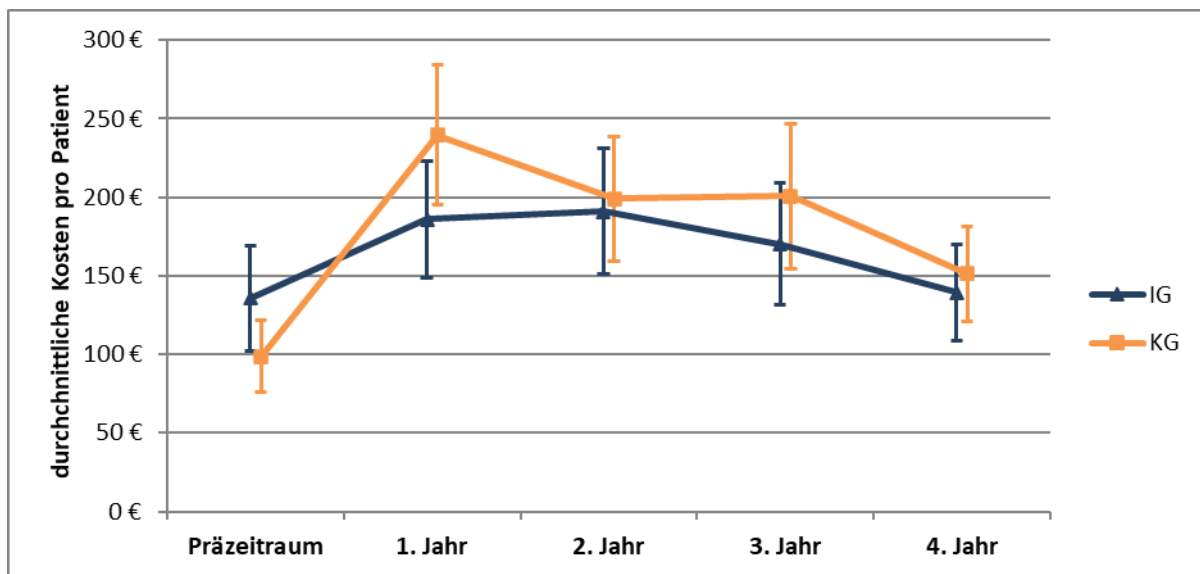
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	434	445	400	380	366	381	419	363	349	323
durchschnittliche Kosten	135,64 €	185,83 €	190,92 €	170,02 €	139,24 €	98,72 €	239,67 €	198,90 €	200,51 €	151,29 €
Standardabweichung	375,06 €	416,46 €	441,31 €	421,10 €	328,37 €	255,82 €	500,49 €	436,07 €	500,47 €	322,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1,56 €	18,98 €	17,38 €	16,21 €	10,82 €	0,40 €	16,38 €	11,07 €	9,45 €	0,00 €
Median	31,30 €	57,21 €	55,49 €	50,96 €	37,39 €	26,00 €	70,89 €	55,98 €	47,28 €	31,73 €
75%-Perzentil	105,39 €	171,44 €	148,34 €	123,37 €	105,78 €	94,42 €	243,13 €	182,96 €	141,20 €	136,82 €
Maximum	3.652,96 €	3.661,86 €	4.044,58 €	4.043,84 €	2.620,78 €	3.599,47 €	3.665,44 €	3.652,00 €	3.977,06 €	3.569,64 €

Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	519	530	513	501	490	449	452	420	419	412
durchschnittliche Kosten	94,34 €	117,71 €	174,76 €	197,83 €	170,19 €	109,72 €	153,67 €	175,18 €	197,47 €	183,22 €
Standardabweichung	240,39 €	294,09 €	350,72 €	447,42 €	387,26 €	302,93 €	374,54 €	450,51 €	520,90 €	438,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	2,02 €	16,01 €	35,22 €	32,12 €	30,01 €	1,27 €	7,78 €	13,60 €	14,96 €	15,46 €
Median	15,05 €	43,69 €	71,42 €	72,98 €	66,45 €	16,26 €	36,59 €	51,77 €	50,79 €	52,84 €
75%-Perzentil	75,67 €	101,16 €	170,67 €	174,90 €	154,75 €	84,79 €	120,15 €	144,04 €	150,42 €	162,22 €
Maximum	2.277,08 €	3.983,32 €	3.569,65 €	3.777,12 €	4.404,97 €	3.171,87 €	3.102,12 €	3.788,69 €	4.868,51 €	4.050,89 €

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

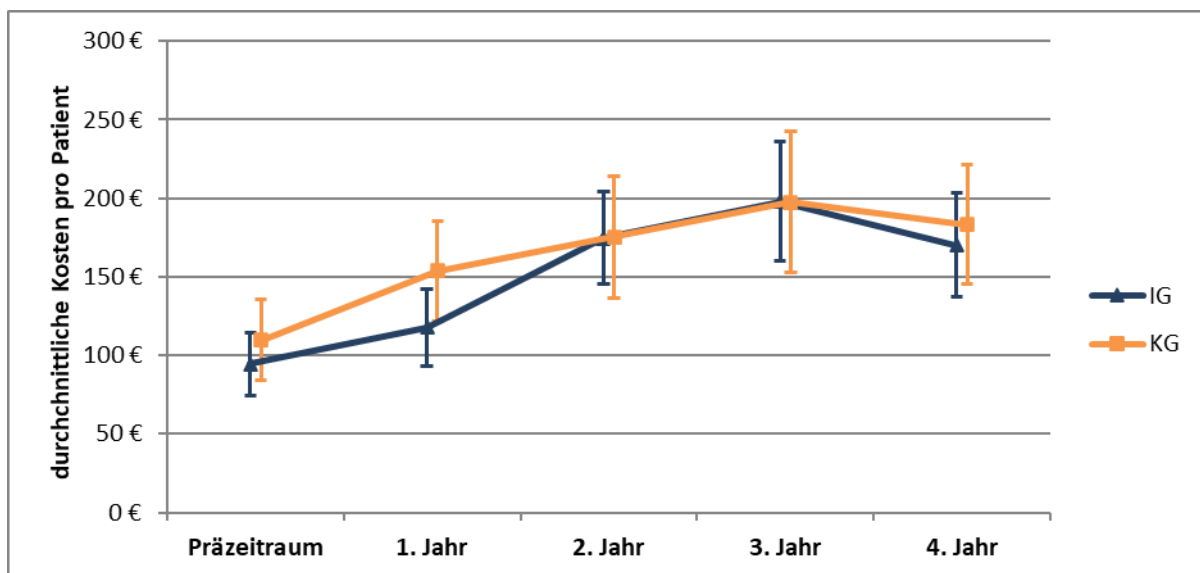


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	98,72 €	0,000	98,72 €	0,000	30,94 €	0,498
IG (vs. KG)	36,92 €	0,073	36,92 €	0,074	27,84 €	0,185
Post (vs. Prä)	99,99 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-63,55 €	0,007				
1. Jahr (vs. Prä)			140,96 €	0,000	215,63 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			100,18 €	0,000	173,35 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			101,79 €	0,000	173,21 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			52,57 €	0,002	123,18 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-90,77 €	0,002	-85,01 €	0,004
IG x Jahr 2 (DiD)			-44,90 €	0,121	-40,57 €	0,171
IG x Jahr 3 (DiD)			-67,41 €	0,038	-63,16 €	0,058
IG x Jahr 4 (DiD)			-48,96 €	0,056	-44,69 €	0,091
Alter (30-47 J. vs. U30)					9,11 €	0,774
Alter (48-64 J. vs. U30)					41,08 €	0,148
Alter (Ü64 vs. U30)					-31,64 €	0,238
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					37,41 €	0,040
F 00 (Demenz)					-59,22 €	0,399
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-36,57 €	0,425
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-8,90 €	0,829
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					435,41 €	0,259
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-131,20 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-48,00 €	0,247
F 30-39 (Affektive Störungen)					-26,76 €	0,502
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					26,45 €	0,530
F 45 (Somatoforme Störungen)					-40,23 €	0,264
F 40-48 (ohne F43 und F45)					65,39 €	0,333
F 50 (Essstörungen)					384,15 €	0,144
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					28,59 €	0,721
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-43,84 €	0,279
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					41,73 €	0,361
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-39,68 €	0,212
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,53 €	0,579
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					142,77 €	0,468
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					121,16 €	0,486
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					85,63 €	0,000
R ²		0,006		0,009		0,055

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	109,72 €	0,000	109,72 €	0,000	71,86 €	0,210
IG (vs. KG)	-15,38 €	0,355	-15,38 €	0,355	-21,01 €	0,226
Post (vs. Prä)	67,39 €	0,000				
IG x Post (DiD)	3,07 €	0,882				
1. Jahr (vs. Prä)			43,95 €	0,001	77,43 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			65,46 €	0,000	98,55 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			87,75 €	0,000	119,66 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			73,50 €	0,000	104,93 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-20,57 €	0,268	-15,65 €	0,409
IG x Jahr 2 (DiD)			14,96 €	0,536	20,06 €	0,409
IG x Jahr 3 (DiD)			15,74 €	0,605	21,79 €	0,474
IG x Jahr 4 (DiD)			2,36 €	0,932	8,42 €	0,762
Alter (30-47 J. vs. U30)					-14,27 €	0,648
Alter (48-64 J. vs. U30)					-5,26 €	0,875
Alter (Ü64 vs. U30)					-57,29 €	0,080
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					42,40 €	0,024
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1,58 €	0,979
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					15,86 €	0,777
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					46,55 €	0,455
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,30 €	0,956
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					-33,39 €	0,387
F 30-39 (Affektive Störungen)					44,97 €	0,280
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-31,90 €	0,458
F 45 (Somatoforme Störungen)					-6,85 €	0,879
F 40-48 (ohne F43 und F45)					0,15 €	0,998
F 50 (Essstörungen)					53,50 €	0,775
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-66,52 €	0,069
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-79,03 €	0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1,49 €	0,985
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-124,35 €	0,012
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					42,17 €	0,075
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,55 €	0,946
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-84,46 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					94,40 €	0,000
R ²		0,005		0,008		0,028

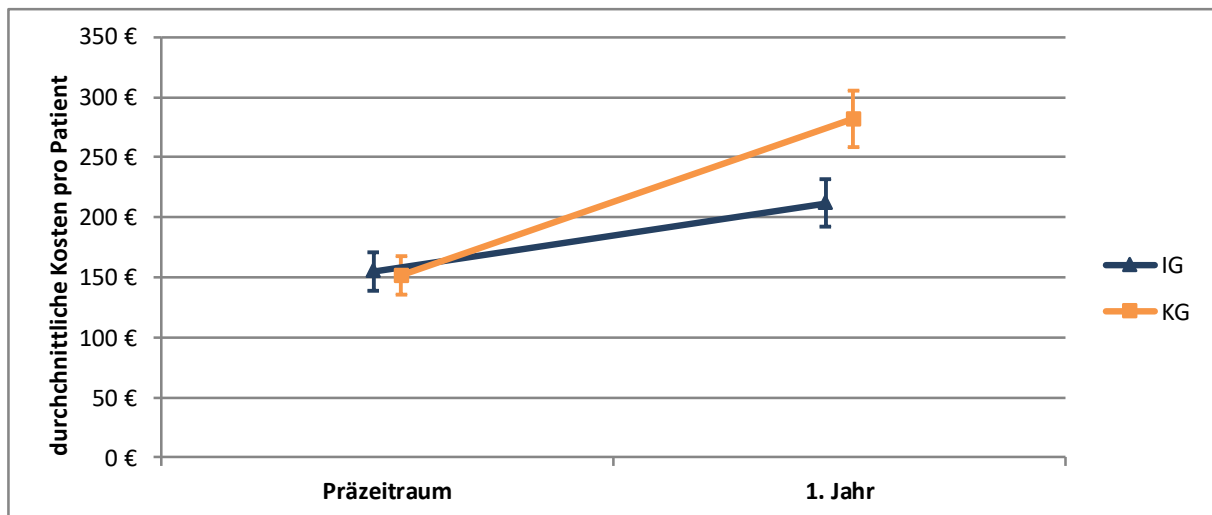
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	1.837	1.875	1.735	1.844
durchschnittliche Kosten	154,98 €	211,82 €	151,54 €	281,45 €
Standardabweichung	374,49 €	459,05 €	362,86 €	546,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,42 €	23,54 €	9,94 €	25,11 €
Median	49,99 €	66,81 €	46,83 €	89,95 €
75%-Perzentil	141,31 €	192,31 €	139,95 €	265,67 €
Maximum	4.119,42 €	5.050,28 €	4.953,23 €	4.772,69 €

Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	1.378	1.404	1.240	1.285	1.372	1.186
durchschnittliche Kosten	149,43 €	213,84 €	210,40 €	149,93 €	298,82 €	238,03 €
Standardabweichung	342,98 €	456,61 €	572,84 €	354,47 €	568,42 €	542,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,18 €	25,07 €	14,81 €	7,77 €	25,88 €	13,41 €
Median	48,62 €	70,95 €	49,07 €	44,54 €	100,45 €	59,05 €
75%-Perzentil	141,31 €	198,15 €	154,18 €	142,54 €	287,13 €	204,76 €
Maximum	3.894,61 €	5.050,28 €	12.078,52 €	4.134,59 €	4.772,69 €	4.708,02 €

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

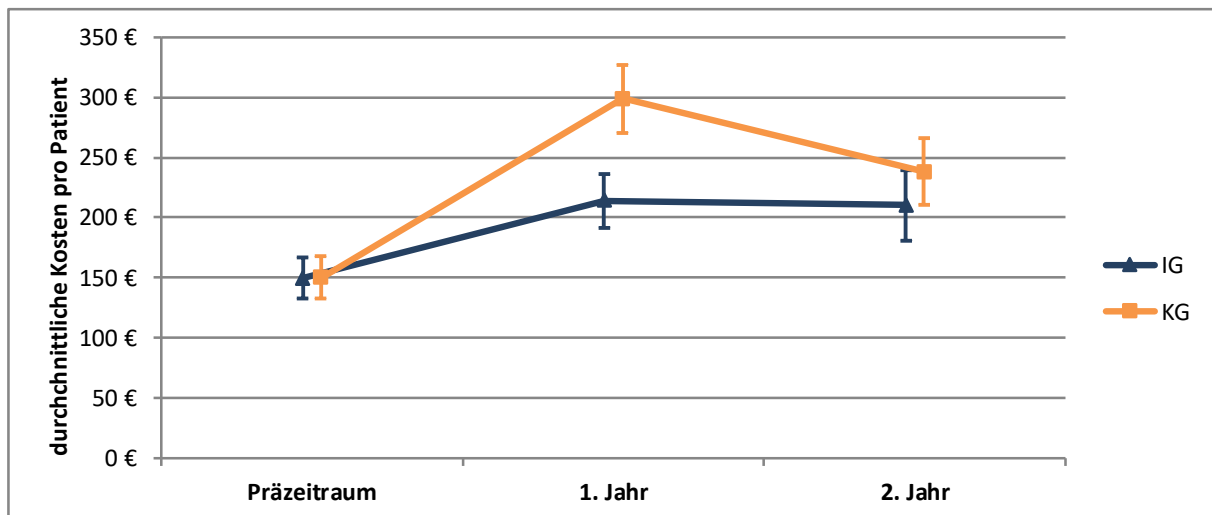


Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	149,93 €	0,000	149,93 €	0,000	3,22 €	0,900
IG (vs. KG)	-0,50 €	0,968	-0,50 €	0,968	-7,11 €	0,576
Post (vs. Prä)	119,14 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-56,42 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			148,88 €	0,000	265,48 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			88,10 €	0,000	202,76 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-84,48 €	0,000	-80,13 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-27,13 €	0,190	-24,02 €	0,250
Alter (30-47 J. vs. U30)					15,73 €	0,471
Alter (48-64 J. vs. U30)					32,35 €	0,134
Alter (Ü64 vs. U30)					-69,47 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					54,33 €	0,000
F 00 (Demenz)					-18,15 €	0,546
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1,72 €	0,948
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-6,17 €	0,931
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					5,93 €	0,826
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					49,44 €	0,523
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-103,16 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					32,96 €	0,222
F 30-39 (Affektive Störungen)					36,12 €	0,113
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					56,12 €	0,033
F 45 (Somatoforme Störungen)					-36,72 €	0,081
F 40-48 (ohne F43 und F45)					102,44 €	0,114
F 50 (Essstörungen)					191,32 €	0,251
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					78,32 €	0,157
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-94,36 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					19,48 €	0,752
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-79,62 €	0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					63,64 €	0,051
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					119,24 €	0,139
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,17 €	0,594
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					130,82 €	0,000
R ²		0,010		0,011		0,046

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

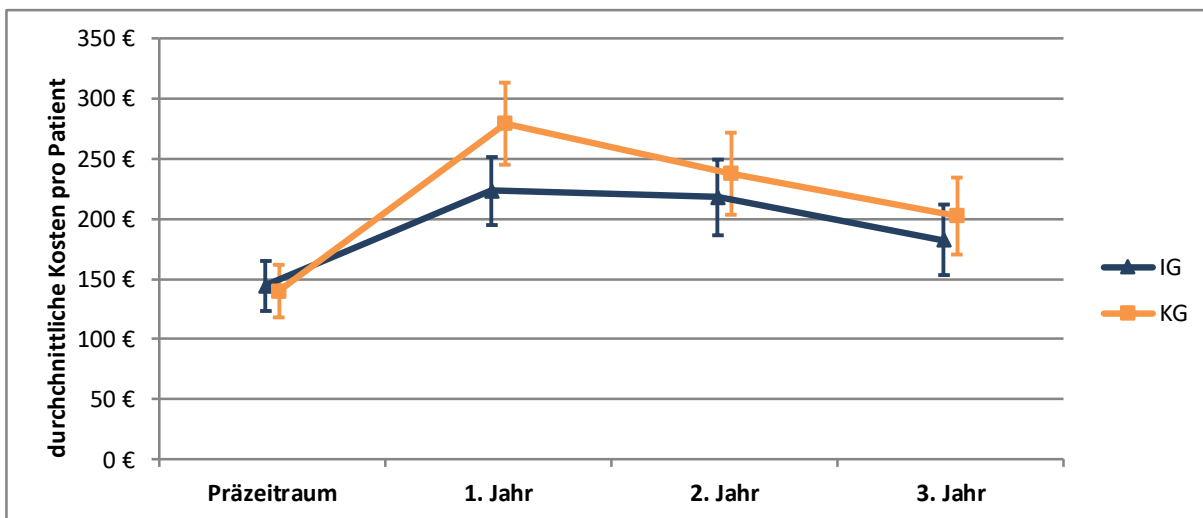
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914	914
N mit Fall	875	897	793	751	814	866	754	709	709
durchschnittliche Kosten	144,33 €	223,54 €	218,24 €	182,32 €	139,99 €	279,44 €	237,84 €	202,66 €	202,66 €
Standardabweichung	331,97 €	453,45 €	495,06 €	455,02 €	344,23 €	542,85 €	534,63 €	492,34 €	492,34 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	9,32 €	24,92 €	16,76 €	12,39 €	1,81 €	21,97 €	14,10 €	7,20 €	7,20 €
Median	41,48 €	71,27 €	55,01 €	42,80 €	37,14 €	93,23 €	57,85 €	44,91 €	44,91 €
75%-Perzentil	133,54 €	211,10 €	167,95 €	123,76 €	125,21 €	278,97 €	211,96 €	154,71 €	154,71 €
Maximum	3.652,96 €	4.513,48 €	4.174,62 €	4.043,84 €	3.599,47 €	4.772,69 €	4.506,46 €	3.977,06 €	3.977,06 €

Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

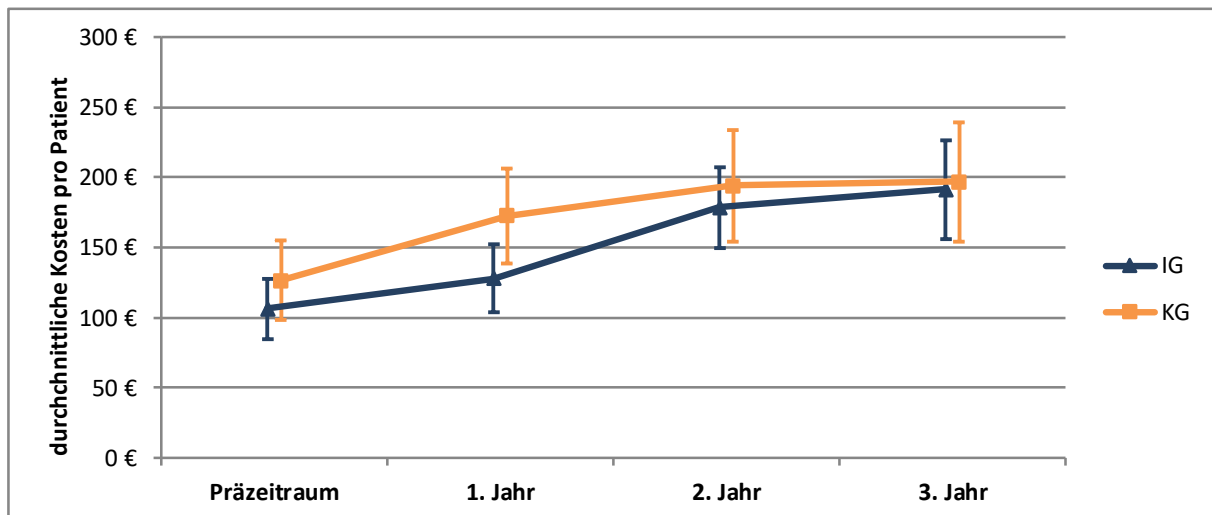


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	565	577	555	534	493	500	465	461
durchschnittliche Kosten	106,26 €	127,98 €	178,49 €	191,51 €	126,72 €	172,64 €	194,13 €	197,03 €
Standardabweichung	271,66 €	304,98 €	359,00 €	433,01 €	349,02 €	415,70 €	492,16 €	518,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	2,10 €	16,68 €	35,03 €	30,07 €	1,51 €	9,74 €	13,98 €	15,17 €
Median	15,96 €	46,56 €	71,84 €	67,41 €	17,31 €	39,01 €	56,79 €	50,42 €
75%-Perzentil	82,01 €	114,78 €	174,54 €	174,31 €	93,02 €	144,69 €	151,14 €	150,28 €
Maximum	2.838,96 €	3.983,32 €	3.569,65 €	3.777,12 €	3.171,87 €	3.138,74 €	3.881,63 €	4.868,51 €

Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bzgl. **Kosten der Psychopharmakaversorgung** ein identischer Verlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und Abbildung 84). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 57,61 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 142). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 29,57 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 142).

Bei den linikbekannten Patienten war die IG durchgehend teurer als die KG (vgl. Tabelle 141, Tabelle 143 und Abbildung 85). In der IG sanken die Kosten im Zeitverlauf, während sie in der KG in etwa konstant blieben. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 83,60 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 143). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 195,94 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 143).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit 155,52 € höhere Kosten als die KG mit 123,62 € auf (vgl. Tabelle 144 und Abbildung 86). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 232,95 € und in der KG auf 256,26 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit 172,61 € höhere Kosten als die KG mit 134,75 € auf (vgl. Tabelle 145, Tabelle 146 und Abbildung 87). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 248,26 € und in der KG auf 282,41 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 72,01 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 146). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 67,34 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 146).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein ähnlicher Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 88).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG durchgehend höhere Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89). Die Kosten der IG sanken im Zeitverlauf, während die Kosten der KG annähernd konstant blieben.

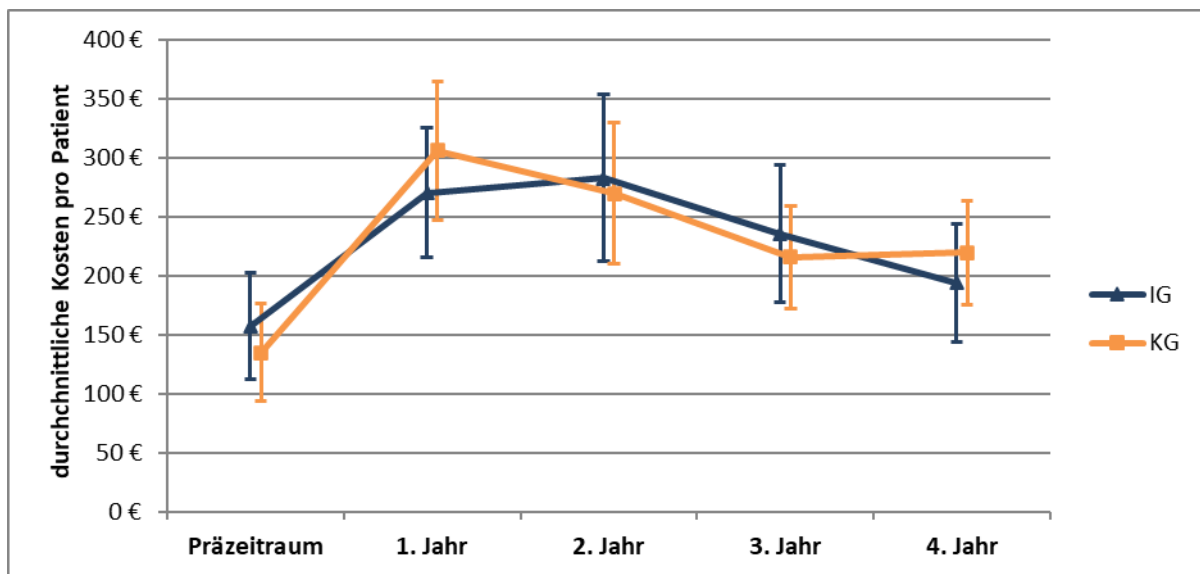
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	284	298	244	230	215	237	320	254	225	231
durchschnittliche Kosten	156,96 €	270,47 €	282,95 €	235,51 €	193,93 €	134,90 €	306,02 €	269,96 €	215,65 €	219,82 €
Standardabweichung	509,36 €	619,39 €	782,39 €	630,99 €	535,64 €	466,81 €	654,07 €	655,16 €	471,10 €	468,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	15,83 €	45,26 €	28,73 €	12,59 €	0,00 €	0,00 €	82,46 €	25,48 €	12,17 €	17,95 €
75%-Perzentil	104,44 €	271,08 €	223,09 €	170,37 €	161,34 €	67,61 €	302,81 €	197,88 €	191,22 €	203,54 €
Maximum	6.540,02 €	5.307,67 €	8.140,13 €	6.588,37 €	6.748,72 €	5.846,39 €	8.195,72 €	6.368,17 €	3.664,45 €	3.634,25 €

Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	428	447	422	402	388	391	405	371	386	366
durchschnittliche Kosten	1.320,46 €	1.363,02 €	1.201,62 €	1.008,40 €	941,43 €	745,24 €	871,41 €	760,94 €	706,78 €	661,98 €
Standardabweichung	2.375,28 €	2.298,66 €	2.213,20 €	1.988,47 €	1.975,09 €	1.520,64 €	1.708,70 €	1.442,82 €	1.235,28 €	1.419,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	19,44 €	56,24 €	19,23 €	12,56 €	0,00 €	0,00 €	13,59 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	263,27 €	354,38 €	286,56 €	242,51 €	195,96 €	143,54 €	227,30 €	185,91 €	228,46 €	202,45 €
75%-Perzentil	1.333,55 €	1.590,85 €	1.191,27 €	956,36 €	862,93 €	720,75 €	876,17 €	825,14 €	792,32 €	735,68 €
Maximum	14.063,02 €	13.836,50 €	13.769,05 €	13.138,73 €	13.025,47 €	13.531,35 €	13.996,32 €	10.646,57 €	9.241,05 €	16.076,43 €

Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

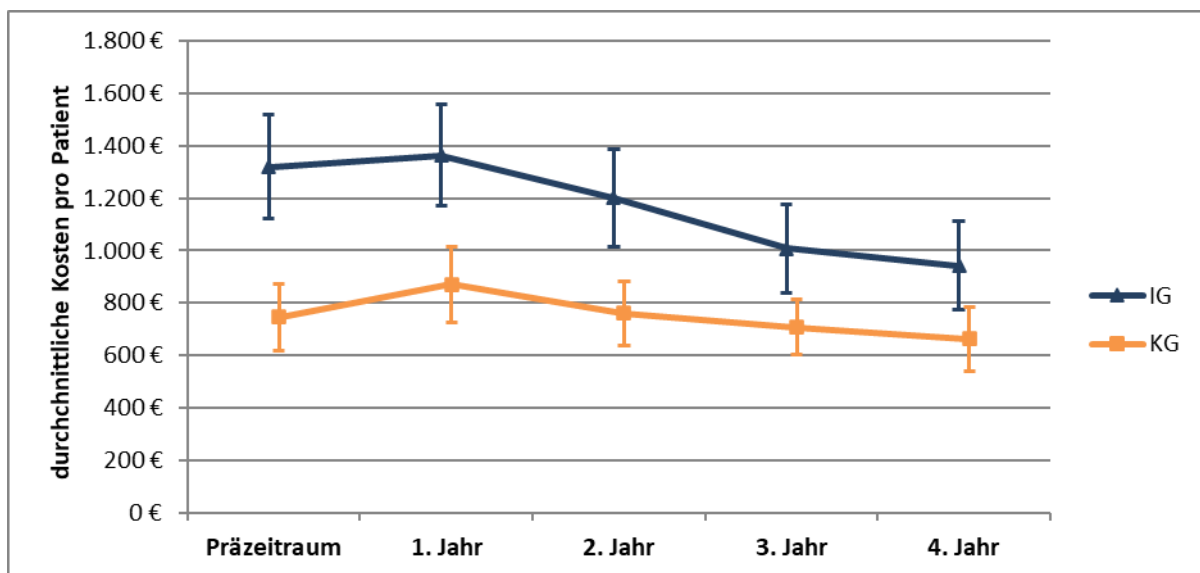


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	134,90 €	0,000	134,90 €	0,000	-120,69 €	0,047
IG (vs. KG)	22,06 €	0,482	22,06 €	0,483	21,10 €	0,523
Post (vs. Prä)	119,34 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-29,57 €	0,419				
1. Jahr (vs. Prä)			171,13 €	0,000	289,62 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			135,07 €	0,000	260,10 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			80,76 €	0,000	206,64 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			84,93 €	0,000	212,80 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-57,61 €	0,118	-52,52 €	0,178
IG x Jahr 2 (DiD)			-9,07 €	0,849	-8,00 €	0,872
IG x Jahr 3 (DiD)			-2,20 €	0,955	1,27 €	0,976
IG x Jahr 4 (DiD)			-47,96 €	0,199	-44,12 €	0,263
Alter (30-47 J. vs. U30)					99,73 €	0,005
Alter (48-64 J. vs. U30)					120,15 €	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					228,26 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-23,06 €	0,511
F 00 (Demenz)					-37,03 €	0,699
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-55,16 €	0,507
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					32,13 €	0,684
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					371,88 €	0,230
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-91,76 €	0,057
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					593,58 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					53,88 €	0,205
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					10,07 €	0,811
F 45 (Somatoforme Störungen)					-75,62 €	0,069
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-10,09 €	0,855
F 50 (Essstörungen)					-22,74 €	0,741
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					293,05 €	0,011
F 70-79 (Intelligenzstörung)					202,39 €	0,027
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					241,45 €	0,376
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					410,42 €	0,068
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-35,27 €	0,612
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-535,05 €	0,133
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					758,31 €	0,080
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					129,58 €	0,001
R ²		0,005		0,008		0,110

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

Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	745,24 €	0,000	745,24 €	0,000	-702,12 €	0,001
IG (vs. KG)	575,21 €	0,000	575,21 €	0,000	495,28 €	0,000
Post (vs. Prä)	6,72 €	0,873				
IG x Post (DiD)	-195,94 €	0,004				
1. Jahr (vs. Prä)			126,17 €	0,002	1.167,73 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			15,69 €	0,752	1.054,15 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-38,46 €	0,452	1.003,06 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-83,26 €	0,213	961,95 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-83,60 €	0,142	-11,98 €	0,854
IG x Jahr 2 (DiD)			-134,53 €	0,092	-62,02 €	0,478
IG x Jahr 3 (DiD)			-273,60 €	0,001	-208,75 €	0,020
IG x Jahr 4 (DiD)			-295,76 €	0,003	-220,76 €	0,028
Alter (30-47 J. vs. U30)					300,69 €	0,011
Alter (48-64 J. vs. U30)					219,29 €	0,054
Alter (Ü64 vs. U30)					-19,23 €	0,876
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-196,60 €	0,045
F 01 (Vaskuläre Demenz)					110,44 €	0,536
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					118,14 €	0,532
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					458,89 €	0,101
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-416,80 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					1.588,63 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-97,43 €	0,333
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-309,11 €	0,006
F 45 (Somatoforme Störungen)					-285,26 €	0,011
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-280,26 €	0,031
F 50 (Essstörungen)					-290,17 €	0,021
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					32,30 €	0,830
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-345,42 €	0,042
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-104,49 €	0,741
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-602,51 €	0,020
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					136,53 €	0,200
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-352,31 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					578,54 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					767,94 €	0,000
R ²		0,013		0,017		0,251

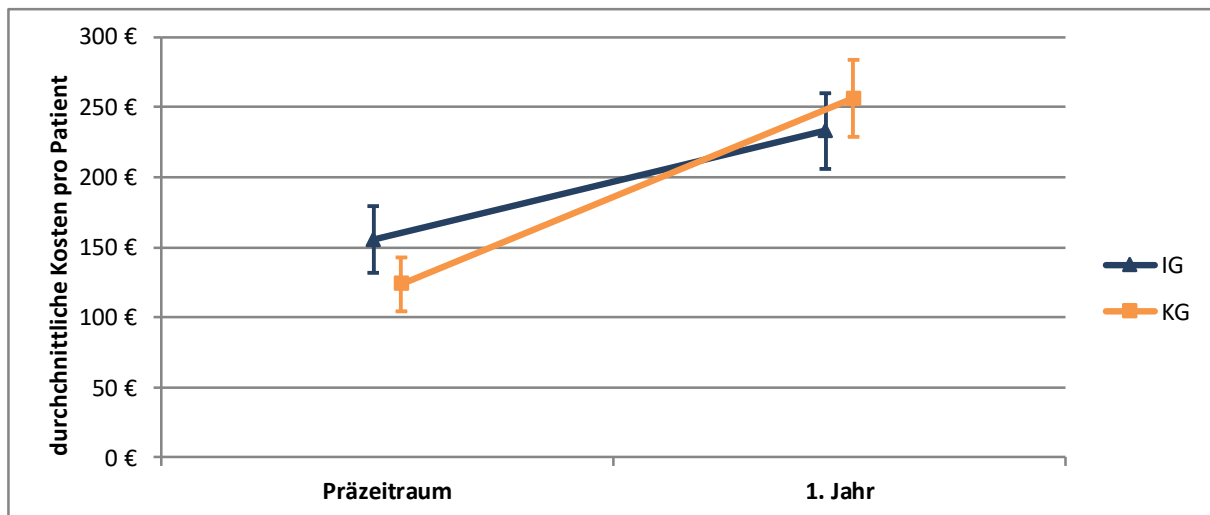
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	1.087	1.243	1.041	1.371
durchschnittliche Kosten	155,52 €	232,95 €	123,62 €	256,26 €
Standardabweichung	549,99 €	633,34 €	441,88 €	630,66 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	12,88 €	41,54 €	11,37 €	63,31 €
75%-Perzentil	98,56 €	209,41 €	71,42 €	239,45 €
Maximum	9.322,25 €	10.193,62 €	10.035,47 €	8.794,34 €

Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	839	934	754	783	1.028	811
durchschnittliche Kosten	172,61 €	248,26 €	231,60 €	134,75 €	282,41 €	256,19 €
Standardabweichung	585,79 €	654,51 €	669,64 €	489,44 €	696,05 €	800,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	13,95 €	44,28 €	13,21 €	11,72 €	67,48 €	20,90 €
75%-Perzentil	108,84 €	225,00 €	185,14 €	73,85 €	257,98 €	185,41 €
Maximum	9.322,25 €	10.193,62 €	8.140,13 €	10.035,47 €	8.794,34 €	16.383,66 €

Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

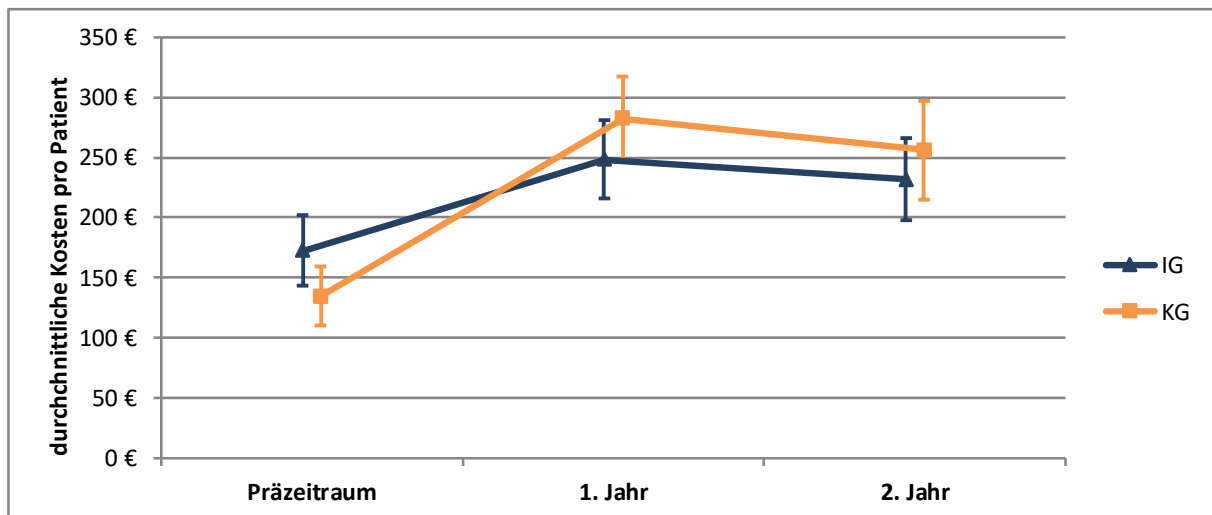


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	134,75 €	0,000	134,75 €	0,000	-142,55 €	0,000
IG (vs. KG)	37,87 €	0,052	37,87 €	0,052	30,43 €	0,106
Post (vs. Prä)	134,83 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-67,34 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			147,66 €	0,000	289,20 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			121,44 €	0,000	266,09 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-72,01 €	0,000	-69,08 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-62,46 €	0,005	-60,22 €	0,007
Alter (30-47 J. vs. U30)					68,97 €	0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					140,43 €	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					145,13 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-37,47 €	0,076
F 00 (Demenz)					89,97 €	0,204
F 01 (Vaskuläre Demenz)					78,51 €	0,108
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-92,83 €	0,801
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					52,39 €	0,229
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					243,74 €	0,041
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-78,17 €	0,005
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					884,63 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					57,09 €	0,029
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,50 €	0,875
F 45 (Somatoforme Störungen)					-46,66 €	0,062
F 40-48 (ohne F43 und F45)					8,74 €	0,773
F 50 (Essstörungen)					84,13 €	0,303
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					123,64 €	0,008
F 70-79 (Intelligenzstörung)					193,06 €	0,206
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					231,14 €	0,387
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					58,13 €	0,450
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,63 €	0,653
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-121,25 €	0,561
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					472,04 €	0,017
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					155,16 €	0,000
R ²		0,006		0,006		0,140

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

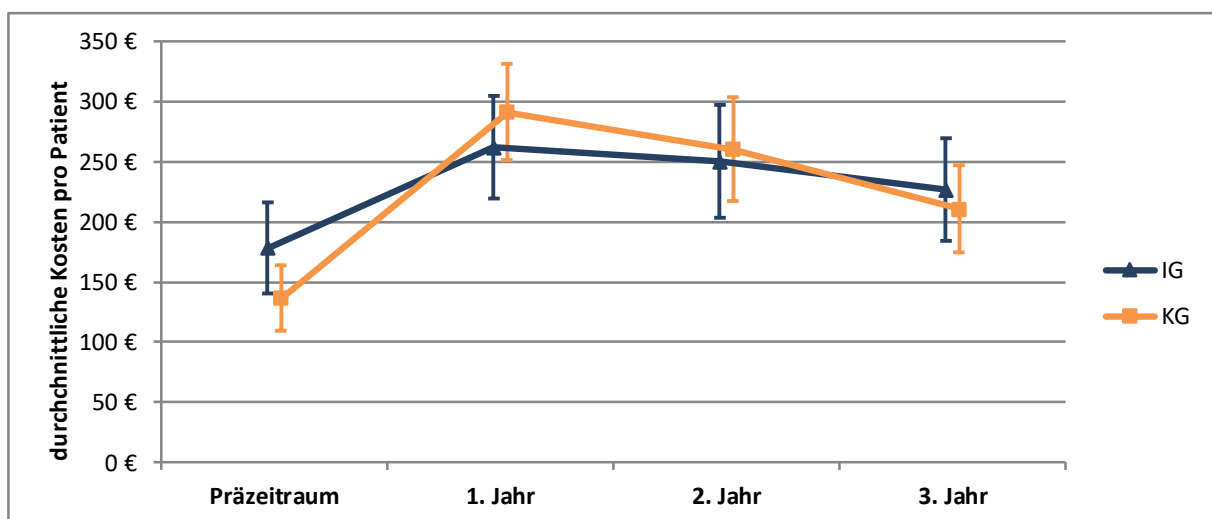
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	548	598	485	471	500	650	521	464
durchschnittliche Kosten	178,04 €	261,92 €	250,06 €	226,73 €	136,35 €	291,43 €	260,09 €	210,86 €
Standardabweichung	607,99 €	686,94 €	737,19 €	657,42 €	438,81 €	637,50 €	677,41 €	564,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	14,98 €	43,81 €	15,59 €	12,94 €	11,57 €	69,30 €	29,35 €	13,91 €
75%-Perzentil	109,11 €	236,04 €	204,73 €	167,53 €	73,90 €	292,93 €	198,06 €	187,60 €
Maximum	9.322,25 €	10.193,62 €	8.140,13 €	7.989,33 €	5.846,39 €	8.195,72 €	8.130,77 €	8.472,67 €

Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

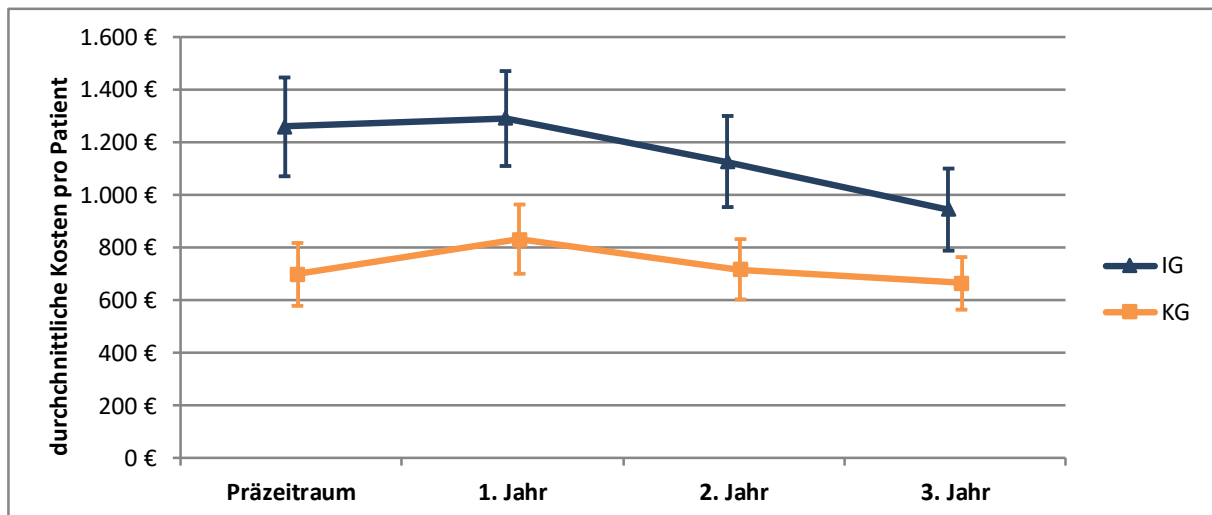


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	455	480	446	428	422	441	403	415
durchschnittliche Kosten	1.260,39 €	1.292,76 €	1.126,56 €	944,88 €	698,17 €	831,83 €	716,90 €	664,18 €
Standardabweichung	2.327,08 €	2.241,42 €	2.146,19 €	1.923,18 €	1.466,72 €	1.650,86 €	1.390,68 €	1.193,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,23 €	45,67 €	13,27 €	0,00 €	0,00 €	8,57 €	0,00 €	0,00 €
Median	235,32 €	300,95 €	245,57 €	214,53 €	133,95 €	224,96 €	178,15 €	211,20 €
75%-Perzentil	1.189,30 €	1.425,92 €	1.102,57 €	907,79 €	637,80 €	834,33 €	732,57 €	752,77 €
Maximum	14.063,02 €	13.836,50 €	13.769,05 €	13.138,73 €	13.531,35 €	13.996,32 €	10.646,57 €	9.241,05 €

Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der von U1 bis U4 durchgehend sehr geringen Inanspruchnahme entfällt eine Beschreibung der **Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung** (vgl. Tabelle 149 bis Tabelle 157 und Abbildung 90 bis Abbildung 95).

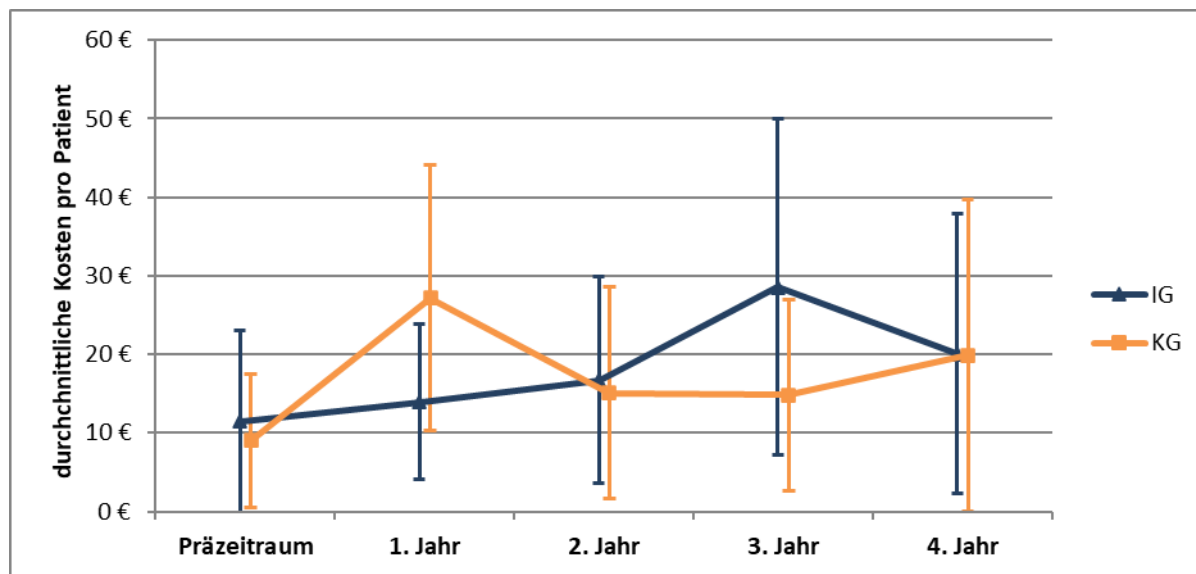
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	<10	10	<10	10	<10	<10	15	10	10	<10
durchschnittliche Kosten	11,49 €	13,93 €	16,73 €	28,54 €	20,08 €	9,04 €	27,18 €	15,10 €	14,79 €	19,88 €
Standardabweichung	154,20 €	111,00 €	145,06 €	231,20 €	190,74 €	95,27 €	188,89 €	147,15 €	131,33 €	212,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.204,54 €	1.368,61 €	1.846,40 €	3.648,22 €	3.099,96 €	1.445,96 €	2.496,78 €	2.393,12 €	1.790,42 €	3.381,00 €

Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	<10	<10	12	13	15	18	21	12	17	14
durchschnittliche Kosten	11,29 €	12,83 €	23,70 €	22,92 €	35,36 €	14,85 €	31,49 €	23,34 €	16,30 €	29,11 €
Standardabweichung	105,94 €	132,48 €	236,87 €	210,46 €	247,56 €	94,35 €	187,73 €	207,72 €	109,36 €	205,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.343,28 €	1.788,80 €	4.226,86 €	3.758,59 €	3.327,72 €	1.249,30 €	1.816,63 €	3.330,60 €	1.401,18 €	2.562,71 €

Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

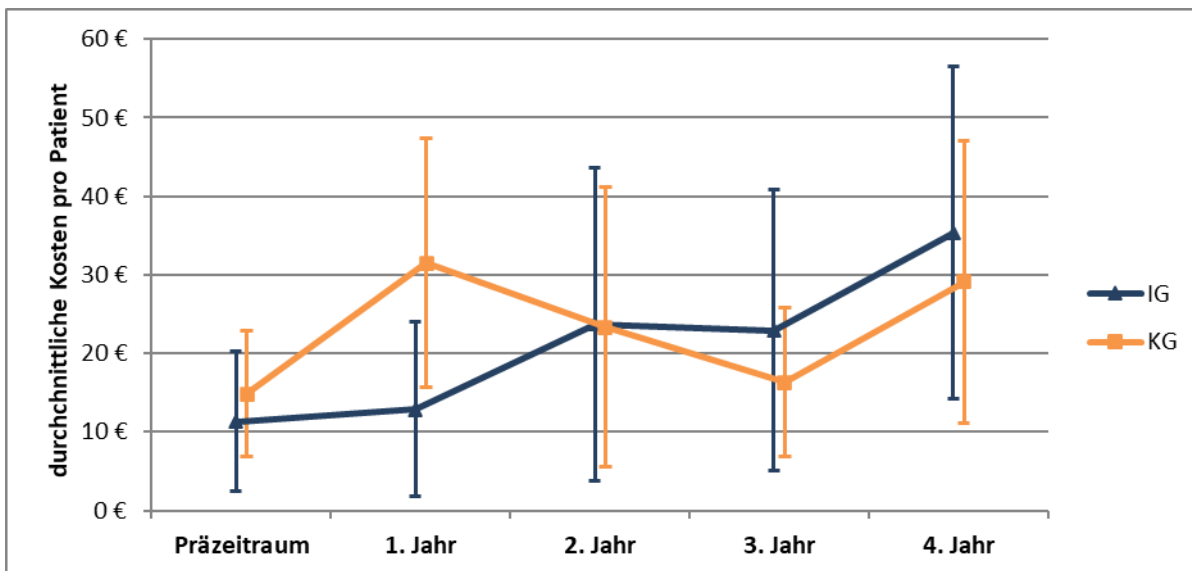


Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	9,04 €	0,037	9,04 €	0,037	-2,11 €	0,843
IG (vs. KG)	2,45 €	0,766	2,45 €	0,766	2,74 €	0,736
Post (vs. Prä)	10,32 €	0,073				
IG x Post (DiD)	-2,13 €	0,844				
1. Jahr (vs. Prä)			18,14 €	0,024	20,91 €	0,015
2. Jahr (vs. Prä)			6,06 €	0,423	8,63 €	0,241
3. Jahr (vs. Prä)			5,75 €	0,365	8,09 €	0,112
4. Jahr (vs. Prä)			10,83 €	0,291	13,77 €	0,110
IG x Jahr 1 (DiD)			-15,70 €	0,159	-15,36 €	0,165
IG x Jahr 2 (DiD)			-0,83 €	0,947	-0,60 €	0,961
IG x Jahr 3 (DiD)			11,30 €	0,435	11,59 €	0,422
IG x Jahr 4 (DiD)			-2,24 €	0,884	-2,57 €	0,868
Alter (30-47 J. vs. U30)					8,74 €	0,397
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1,43 €	0,858
Alter (Ü64 vs. U30)					6,67 €	0,636
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					13,85 €	0,016
F 00 (Demenz)					276,29 €	0,133
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-21,16 €	0,062
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-6,78 €	0,705
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					186,41 €	0,239
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-14,13 €	0,036
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-3,43 €	0,783
F 30-39 (Affektive Störungen)					2,18 €	0,768
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,09 €	0,852
F 45 (Somatoforme Störungen)					-9,22 €	0,316
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-23,07 €	0,000
F 50 (Essstörungen)					-15,96 €	0,188
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-16,16 €	0,081
F 70-79 (Intelligenzstörung)					23,65 €	0,504
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					350,22 €	0,196
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-105,61 €	0,275
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,33 €	0,645
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					36,96 €	0,296
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-14,21 €	0,062
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,42 €	0,493
R ²		0,001		0,001		0,033

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

Tabelle 152: 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	14,85 €	0,000	14,85 €	0,000	11,38 €	0,643
IG (vs. KG)	-3,56 €	0,559	-3,56 €	0,559	-5,80 €	0,392
Post (vs. Prä)	10,25 €	0,052				
IG x Post (DiD)	2,05 €	0,801				
1. Jahr (vs. Prä)			16,64 €	0,010	-5,25 €	0,658
2. Jahr (vs. Prä)			8,49 €	0,349	-13,54 €	0,324
3. Jahr (vs. Prä)			1,45 €	0,780	-20,95 €	0,074
4. Jahr (vs. Prä)			14,25 €	0,099	-8,31 €	0,535
IG x Jahr 1 (DiD)			-15,10 €	0,040	-14,70 €	0,053
IG x Jahr 2 (DiD)			3,92 €	0,758	5,41 €	0,697
IG x Jahr 3 (DiD)			10,18 €	0,324	11,82 €	0,305
IG x Jahr 4 (DiD)			9,81 €	0,455	11,56 €	0,403
Alter (30-47 J. vs. U30)					14,05 €	0,262
Alter (48-64 J. vs. U30)					28,00 €	0,044
Alter (Ü64 vs. U30)					9,61 €	0,420
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					3,51 €	0,659
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-10,31 €	0,468
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					17,79 €	0,585
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					596,79 €	0,226
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-13,06 €	0,423
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-1,96 €	0,904
F 30-39 (Affektive Störungen)					6,46 €	0,714
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					23,87 €	0,302
F 45 (Somatoforme Störungen)					25,00 €	0,243
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-18,94 €	0,044
F 50 (Essstörungen)					-5,35 €	0,655
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					59,80 €	0,341
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-33,94 €	0,138
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3,75 €	0,843
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2,48 €	0,903
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-14,83 €	0,134
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,75 €	0,563
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-30,47 €	0,013
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,12 €	0,384
R ²		0,001		0,002		0,045

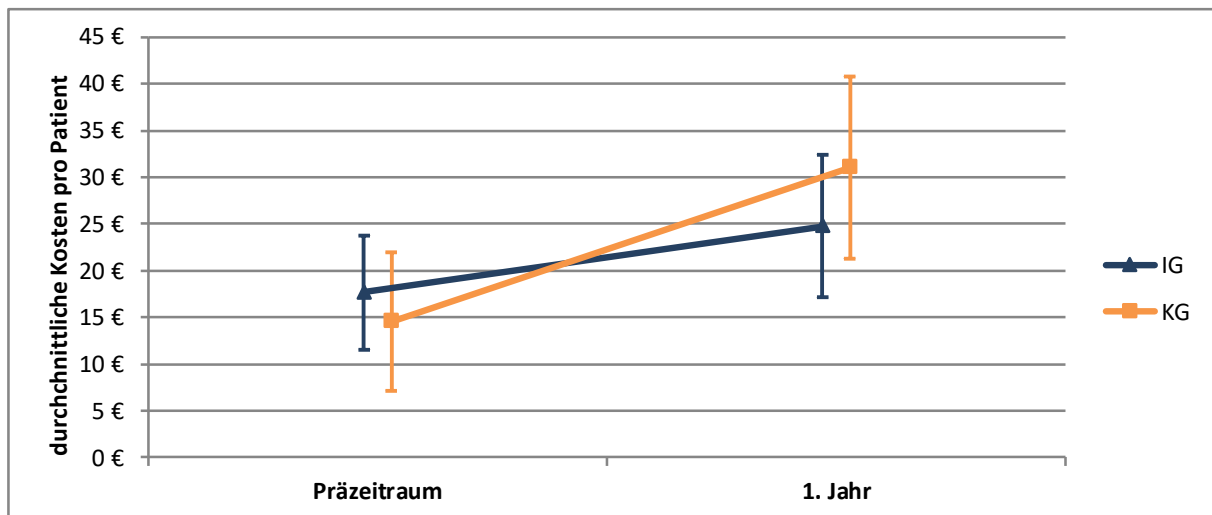
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	61	67	32	62
durchschnittliche Kosten	17,67 €	24,77 €	14,59 €	31,07 €
Standardabweichung	142,56 €	177,99 €	171,48 €	225,77 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.204,54 €	4.191,40 €	4.139,84 €	3.902,92 €

Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	45	46	33	25	45	41
durchschnittliche Kosten	17,99 €	20,81 €	23,72 €	16,03 €	30,30 €	32,28 €
Standardabweichung	149,36 €	143,98 €	194,90 €	182,63 €	229,29 €	256,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.204,54 €	1.886,18 €	3.665,41 €	4.139,84 €	3.902,92 €	4.402,96 €

Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

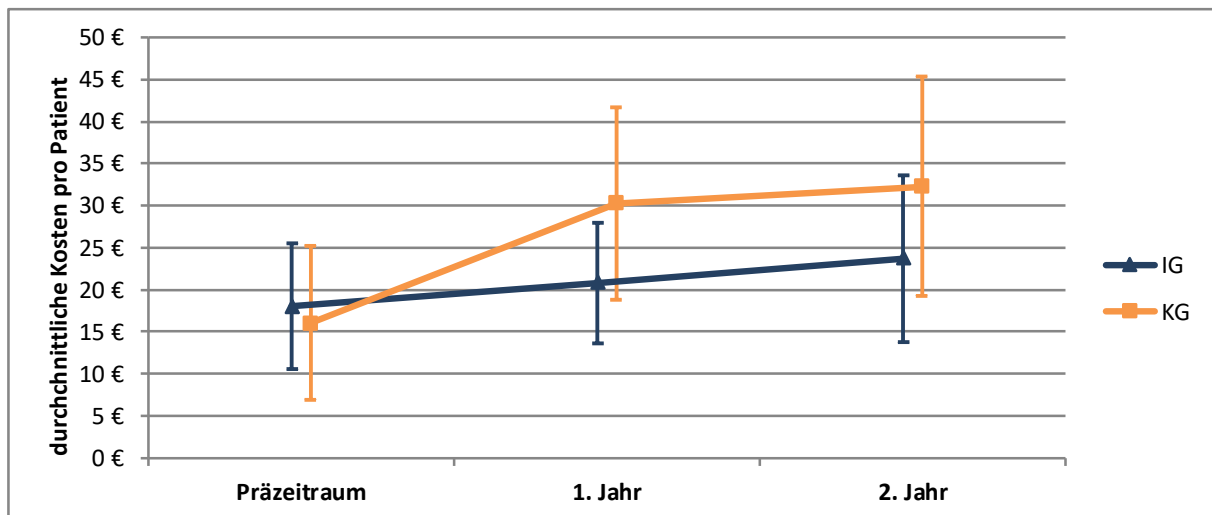


Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	16,03 €	0,001	16,03 €	0,001	-8,25 €	0,315
IG (vs. KG)	1,97 €	0,743	1,97 €	0,743	0,38 €	0,950
Post (vs. Prä)	15,24 €	0,006				
IG x Post (DiD)	-11,00 €	0,134				
1. Jahr (vs. Prä)			14,27 €	0,005	24,64 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			16,25 €	0,021	27,46 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-11,46 €	0,098	-10,23 €	0,144
IG x Jahr 2 (DiD)			-10,53 €	0,250	-9,87 €	0,283
Alter (30-47 J. vs. U30)					8,34 €	0,156
Alter (48-64 J. vs. U30)					11,06 €	0,146
Alter (Ü64 vs. U30)					5,91 €	0,553
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					11,43 €	0,055
F 00 (Demenz)					-5,91 €	0,786
F 01 (Vaskuläre Demenz)					46,83 €	0,363
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-103,10 €	0,135
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					33,93 €	0,146
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					132,65 €	0,082
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-17,55 €	0,015
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					14,92 €	0,324
F 30-39 (Affektive Störungen)					-1,65 €	0,839
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4,21 €	0,683
F 45 (Somatoforme Störungen)					-8,14 €	0,312
F 40-48 (ohne F43 und F45)					30,32 €	0,178
F 50 (Essstörungen)					-16,35 €	0,003
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-10,72 €	0,089
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-5,42 €	0,776
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-32,31 €	0,303
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					87,00 €	0,372
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,14 €	0,470
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,09 €	0,837
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-13,65 €	0,006
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13,49 €	0,001
R ²		0,001		0,001		0,013

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

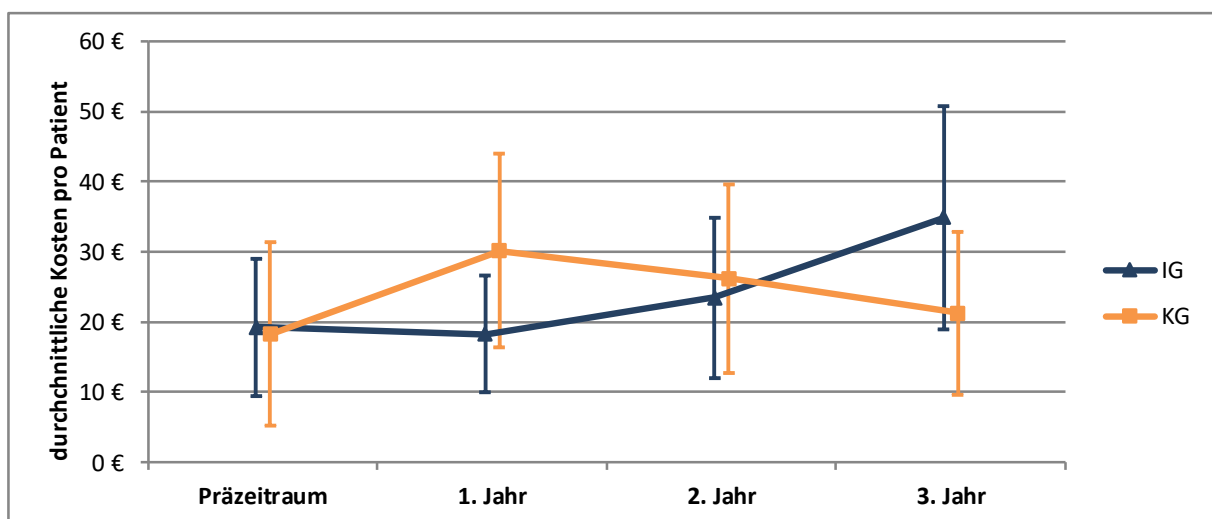
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	30	26	22	24	16	31	25	20
durchschnittliche Kosten	19,29 €	18,28 €	23,47 €	34,90 €	18,29 €	30,20 €	26,19 €	21,27 €
Standardabweichung	156,79 €	132,42 €	179,64 €	246,43 €	210,68 €	220,68 €	210,61 €	178,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.204,54 €	1.855,90 €	2.275,91 €	3.648,22 €	4.139,84 €	3.902,92 €	3.586,99 €	2.822,32 €

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

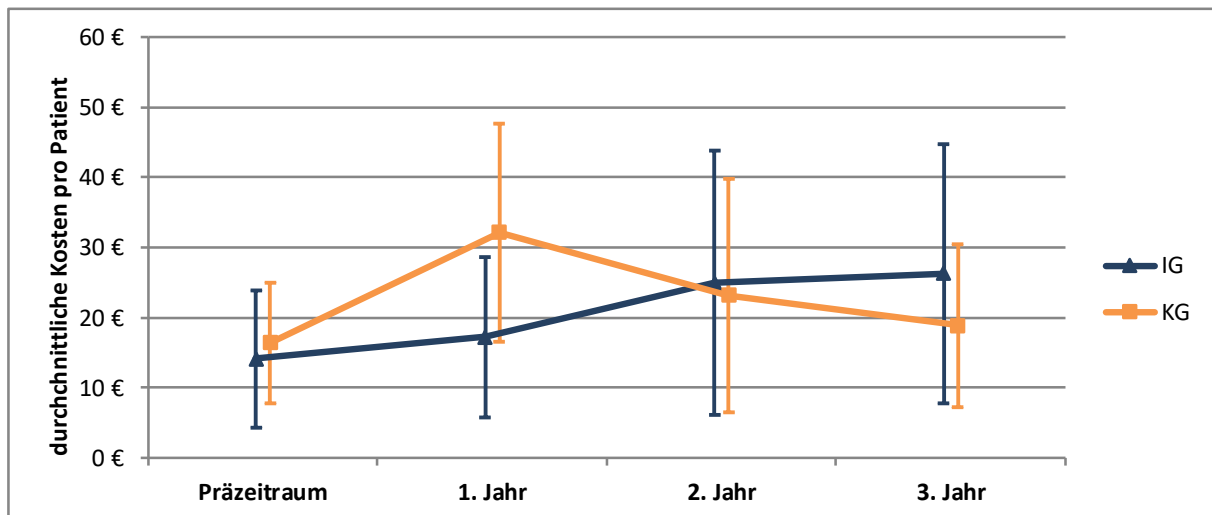


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	11	13	14	16	20	23	13	18
durchschnittliche Kosten	14,14 €	17,28 €	24,93 €	26,28 €	16,40 €	32,14 €	23,19 €	18,92 €
Standardabweichung	121,81 €	142,36 €	233,63 €	225,84 €	107,11 €	193,23 €	203,40 €	140,64 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.458,28 €	1.788,80 €	4.226,86 €	3.758,59 €	1.386,32 €	1.816,63 €	3.330,60 €	2.242,71 €

Abbildung 95: 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 der klinikneuen Patienten von U2 und der klinikbekannten Patienten von U4.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 48,86 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 158 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 8,20 Tage signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von -5,96 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 5,96 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 208,56 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 159 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 4,77 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 43,72 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 43,72€ psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 97 (im Anhang) dargestellt.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 335,16 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 160 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 4,63 Tage signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 72,39 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 72,39 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 239,43 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 161 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG im Vergleich zur KG einen um 1,22 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage.

Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 196,25 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 196,25 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

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

Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	587,79 €		2066	6.118,68 €		2066	5.530,89 €	
	KG	744,89 €		2066	6.226,92 €		2066	5.482,03 €	
	Diff (IG - KG)	-157,10 €	0,034		-108,24 €	0,679		48,86 €	0,857
KH-Tage	IG	1,03		2066	9,92		2066	8,89	
	KG	1,45		2066	18,54		2066	17,09	
	Diff (IG - KG)	-0,41	0,116		-8,61	0,000		-8,20	0,000
ICER		-5,96							

Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	488,44 €		1213	5.766,44 €		1213	5.278,00 €	
	KG	561,85 €		1185	5.631,29 €		1185	5.069,44 €	
	Diff (IG - KG)	-73,41 €	0,363		135,15 €	0,653		208,56 €	0,503
AU-Tage	IG	19,24		1213	64,78		1213	45,55	
	KG	17,32		1185	67,64		1185	50,32	
	Diff (IG - KG)	1,91	0,340		-2,86	0,453		-4,77	0,267
ICER		-43,72							

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

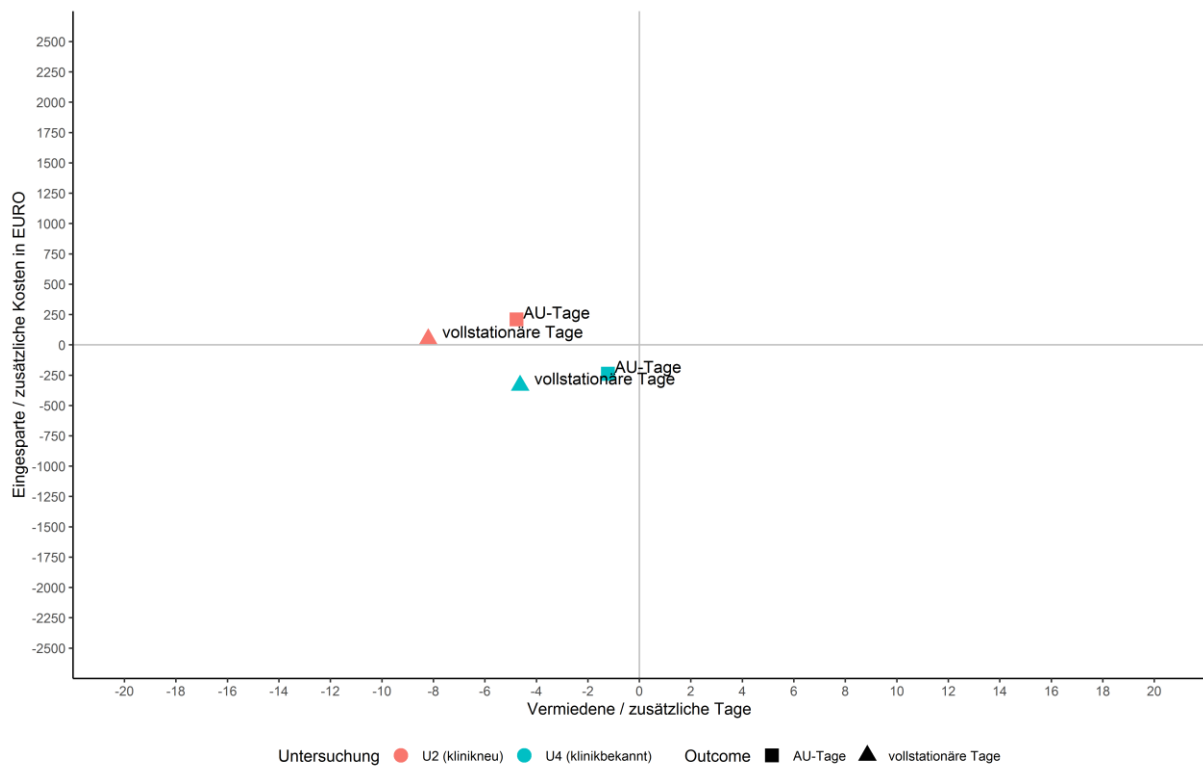
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	5.146,54 €		605	5.642,00 €		605	495,46 €	
	KG	5.112,06 €		605	5.942,69 €		605	830,62 €	
	Diff (IG - KG)	34,48 €	0,935		-300,69 €	0,505		-335,16 €	0,587
KH-Tage	IG	7,51		605	8,07		605	0,56	
	KG	11,40		605	16,59		605	5,19	
	Diff (IG - KG)	-3,89	0,008		-8,53	0,000		-4,63	0,032
ICER		72,39							

Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	4.518,67 €		308	5.447,81 €		308	929,14 €	
	KG	4.509,50 €		270	5.678,07 €		270	1.168,56 €	
	Diff (IG - KG)	9,17 €	0,987		-230,26 €	0,715		-239,43 €	0,778
AU-Tage	IG	29,65		308	31,00		308	1,35	
	KG	31,52		270	34,08		270	2,56	
	Diff (IG - KG)	-1,87	0,727		-3,08	0,573		-1,22	0,873
ICER		196,25							

Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tag, U2 und U4



Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollkliniken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbeobachtung). Hier 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. Lediglich der Aufnahmeort des Referenzfalls (PIA vs. Krankenhaus) war zwischen IG und KG verschieden (siehe Kapitel 6.1 und 8.1), da bereits hier teils Modellstrukturen wirkten.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit

² In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

³ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kapitel 8 bis 11 nach den gestellten Hypothesen (siehe Kapitel 4) diskutiert und am Ende im Fazit zusammengefasst.

Hypothese a) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

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

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose war in der IG bei den linikneuen Patienten zum Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten in Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Weiterhin war die Höhe des Anteils in der Modellklinik stets geringer als in der KG. Dies trifft auf alle untersuchten Zeitintervalle zu, inkl. Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum). Bei den linikbekannten Patienten verzeichneten die Patienten der IG stets geringere Anteile im Vergleich zur KG. Dennoch war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in beiden untersuchten Kohorten (U1 & U4) in der IG etwas geringer als in der KG. In U1, in der inferenzstatistisch gerechnet wurde, war dieser Unterschied jedoch nicht statistisch signifikant.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten der Modellklinik (teils wesentlich) stärker im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den Untersuchungen, bei denen inferenzstatistisch gerechnet wurde, war dieser stärkere Anstieg in der IG statistisch signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) (U1: 1. & 3. Jahr; U3: 1. & 2. Jahr). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in jedem untersuchten Zeitintervall in der Modellklinik höher als in der Regelversorgung, also auch bereits im Jahr vor Referenzfall. Daher ergaben die Vergleiche mit dem Jahr vor Referenzfall keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall geringer als in der KG. In U1 (Verlauf über vier Jahre) verlief der Anstieg der vollstationären Tage klinikneuer Patienten der IG im Jahr nach Referenzfall auf einem geringeren Niveau als bei Patienten der KG. Dieser Unterschied war auch bei Patienten, die im zweiten bis vierten Modelljahr eingeschlossen wurden (U2) sowie bei Patienten mit zweijähriger und dreijähriger Nachbeobachtung (U3, U4), ersichtlich. Der Modelleffekt einer

verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Dieser Unterschied nahm über die Zeit der Behandlung der Patienten ab (U1), blieb jedoch für das Jahr nach Referenzfall der Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren konstant (U2). Auch der Peak an vollstationären Tagen im Jahr nach Referenzfall war über die beobachteten drei ersten Modelljahre ersichtlich (U3). Für Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr (U4) war im ersten Jahr nach Referenzfall ein Peak ersichtlich, welcher in der IG geringer als in der KG ausfiel. Danach ging die Anzahl vollstationärer Tage im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall auf zwischen IG und KG vergleichbarem Niveau zurück. Die geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG war zudem im Gesamtschätzer über alle vier Jahre nach Referenzfall (U1) statistisch signifikant.

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 klinikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Obwohl der Ausgangswert bei den klinikbekannten Patienten im Jahr vor Referenzfall in der IG bereits unter dem der KG lag, war das weiter stärkere Absinken vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Weitere Jahre waren statistisch nicht signifikant, da stets mit dem Jahr vor Referenzfall verglichen wurde.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Hier schien die verringerte vollstationäre Verweildauer durch eine erhöhte teilstationäre Versorgung teilweise aufgefangen zu sein. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden zudem im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8). Die klinikbekannten Patienten der IG starteten, im Gegensatz zu den vollstationären Tagen, auf einem leicht höheren Niveau im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall. Auch hier waren mutmaßlich Auswirkungen des Vorläufervertrags, der zu einer Stärkung teilstationärer Behandlungsangebote geführt haben könnte, ersichtlich. Im weiteren Verlauf sank die Anzahl teilstationärer Tage sowohl in der IG als auch in der KG. Diese Abnahme war teilweise in der IG stärker als in der KG, besonders im dritten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Dadurch war hier ein hypothesenkonträrer Effekt zu beobachten. Ein

Mindestmaß an teilstationären Tagen war in beiden Gruppen erkennbar und pegelte sich in IG und KG bei einem teilstationären Tag ein (siehe viertes Jahr nach Referenzfall).

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass bei der PIA-Inanspruchnahme keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG bei den linikneuen Patienten ersichtlich waren. Vergleicht man dazu das erste Jahr nach Referenzfall mit dem Jahr davor für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr (U2) zeigte sich dort ein etwas stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr (U3) und zweijähriger Nachbeobachtung waren nur leicht höhere PIA-Inanspruchnahmen in der IG verglichen mit der KG für die ersten und zweiten Jahre nach Referenzfall erkennbar. Bei der Untersuchung von U4 (Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr) war die Inanspruchnahme in der PIA zwischen IG und KG sehr vergleichbar. Es kann vermutet werden, dass die PIA erst über die Zeit stärker beansprucht wurde (siehe U2). Die reduzierten vollstationären Behandlungstage klinikneuer Patienten in der IG waren im Modellvorhaben somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und im Verlauf teils durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Die linikbekannten Patienten zeigten jedoch in der IG stets höhere Anzahlen an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG (U1 & U4). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) im ersten und vierten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant. Somit waren klinikbekannte Patienten hier besonders am Anfang des Modellvorhabens bereits stärker im Vergleich zur KG in der PIA in Behandlung und konnten diese erhöhte Einbindung über die Zeit halten bzw. sogar weiter ausbauen.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, war im Modellvorhaben bei den linikneuen Patienten in allen untersuchten Zeitintervallen stets geringer als in der Regelversorgung. Auch war der Anstieg der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten vom Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) zum Jahr danach in der Modellklinik in allen Untersuchungen (U1 – U4) geringer als in der Regelversorgung. Dieser geringere Anstieg war in U1 und U3, in denen inferenzstatistisch gerechnet wurde, statistisch signifikant. Eine kontinuierlichere Betreuung in der Modellklinik, besonders im ersten Jahr bei den klinikneuen Patienten, könnte zu dieser etwas verringerten Inanspruchnahme von „Psych-Vertragsärzten“ geführt haben. Auch bei den linikbekannten Patienten waren geringere Inanspruchnahmen von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Dies trifft auf alle untersuchten Jahresintervalle in U1 und U4 zu. Da dieser Unterschied bereits im Präzeitraum (Jahr vor Referenzfall) bestand, waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. 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 Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH auf das Krankenhaus. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte

Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Die geringere Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses in der Modellklinik könnte auf einen erhöhten Einsatz teilstationärer Leistungen sowie der PIA (d.h. ambulante Strukturen innerhalb des Krankenhauses) zurückzuführen sein.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Dies kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte im Zuge des Modellvorhabens verringert bzw. die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte erhöht werden konnte. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigen sich differenzierte Effekte.

Hypothese b) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.“*

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat. Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Behandlungskontinuität für alle linikneuen Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar bzw. schwankte aufgrund teils geringer Fallzahl. Nur für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) waren leicht höhere Anteile von Behandlungskontinuität in der Modellklinik verglichen mit der Regelversorgung erkennbar. Bei den linikbekannten Patienten war jedoch der Anteil der Patienten mit Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG in (fast) jedem Zeitintervall größer als in der KG. Diese höhere

Behandlungskontinuität steigerte sich im patientenindividuellen Verlauf teilweise. So war die Behandlungskontinuität in U1 erst im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik statistisch signifikant größer im Vergleich zur Regelversorgung (7 Tage Nachbeobachtung).

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange klinikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren im Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant größer im Vergleich zur Regelversorgung und somit hypothesenkonträr. Dies ist, neben der Behandlungskontinuität, ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung. Während die Behandlungskontinuität klinikneuer Patienten zwischen IG und KG vergleichbar war, zeigten sich eine erhöhte Anzahl und Dauer von Kontaktabbrüchen in der Modellklinik verglichen mit der Regelversorgung. Während die Behandlungskontinuität den Übergang von einer stationären Behandlung aller Patienten in den ambulanten Bericht untersucht, betrachtet das Outcome Kontaktabbruch für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, ob nach einem stationären Aufenthalt ein ambulanter oder stationärer Kontakt stattgefunden hat. Auch in der Analyse des Kontaktabbruchs wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden.

Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass für klinikneue Patienten die Behandlungskontinuität in beiden Gruppen vergleichbar war, während eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben der klinikbekannten Patienten festgestellt werden konnte (hypothesenkonform). Auf der anderen Seite waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung (hypothesenkonträr).

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 bei den klinikneuen Patienten vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war, neben einem höheren Ausgangsniveau im Vergleich zu den klinikneuen Patienten, eine Verringerung der AU-Episoden über die Zeit ersichtlich. Dabei wies die Modellklinik stets eine leicht geringere Anzahl an AU-Episoden im Vergleich zur KG auf. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in der Modellklinik in allen untersuchten Kohorten geringer als in der Regelversorgung (U1 – U4). Bei Untersuchung 1 und 3, in der inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG geringer im Vergleich zur KG ausfiel. Die Patienten der IG wiesen zu jedem Zeitintervall geringere AU-Tage im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied vergrößerte sich sogar über die Zeit. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich (U1). Dies kann u.a. auf den bereits bestehenden Unterschied im Präzeitraum zurückzuführen sein.

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 von soziodemographischen Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken konnte sichergestellt werden, dass diese vergleichbare Erkrankungsschweren aufweisen. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. „Supported Employment“ oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war bei den Anteilen statistisch signifikant, bei der Dauer jedoch nicht. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer Erkrankten“ zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären

Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein 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 klinikneuen 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 zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten Bereich keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich 10 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach §64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen (wie hier) beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind. Im vorliegenden Modellvorhaben konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) war bei den linikneuen und den linikbekannten Patienten in der Modellklinik geringer. Das traf auf alle Kohorten zu (U1 bis U4) und war bei den klinikneuen Patienten in U1 und U3 statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war zwischen Modellklinik und Regelversorgung bei den linikneuen Patienten vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten (U1 & U4) war dieser Anteil in der Modellklinik höher, wobei dieser höhere Anteil in U1 zudem statistisch signifikant war. Bei der Betrachtung des Risikos der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) gab es zwischen IG und KG sowohl bei linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die absoluten Werte in der IG waren teilweise höher (U1, U2, U4 linikbekannt) und teilweise auch vergleichbar (U3, U4 linikneu). Bezüglich Erkrankungsprogression gab es demnach unterschiedliche Entwicklungen. Im Modellvorhaben entwickelten weniger Patienten in allen Kohorten eine schwere depressive Episode. Bei den klinikbekannten Patienten entwickelten jedoch mehr Patienten in der Modellklinik eine rezidivierende depressive Störung.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit von klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall verringert werden konnte. Im Modellvorhaben wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Vielmehr war der Anteil der Patienten mit Wiederaufnahme im Modellvorhaben geringer. Komorbiditäten

waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Das Risiko einer schweren depressiven Störung konnte im Modellvorhaben verringert werden, während bei den klinikbekannten Patienten jedoch in der Modellklinik sich das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung erhöhte.

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. In der IG war der Anteil an klinikneuen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen geringer als in der KG. Dies widerspricht der Empfehlung der Leitlinien, auf welchen die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen. Über die Gründe dieses Unterschieds kann an dieser Stelle mit den vorhandenen Daten keine Aussage getroffen werden. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering.

Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach §64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten

nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch 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.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) der Modellvorhaben nach §64b SGB V bzw. modellähnlicher Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach §64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 Tabelle 71 und Tabelle 72 ersichtlich, wurde bei den klinikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung in vergleichendem Maße als die Regelversorgung in Anspruch genommen. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht. Bei den klinikbekanntem Patienten wurde beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzbehandlung) die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit nicht nachgewiesen werden. Vielmehr wurde bei der Referenzbehandlung und im ersten Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung klinikbekanntem Patienten weniger stark eingesetzt. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer

leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home Treatment (CRHT)“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß §64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre, und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel. Die zum 01.01.2018 eingeführte stationsäquivalente Behandlung gemäß §115d SGB V (Stäb) berührt den Auswertezyklus des vorliegenden Berichts nicht und hat somit keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Bei den Outcomes der Depression, bei denen ausreichende Fallzahlen vorlagen, war der Anteil der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben sogar geringer als in der Regelversorgung. Dies widerspricht der Empfehlung. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann nicht nachgewiesen werden. Vielmehr wurde bei der Referenzbehandlung und im ersten Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung klinikbekannter Patienten weniger stark eingesetzt.

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.“

Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) zeigte sich bei den **vollstationären psychiatrischen Kosten** bei den klinikneuen Patienten ein geringerer Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Jahr in der IG relativ zur KG. Anschließend sanken die Kosten in der IG stärker ab als in der KG. Insgesamt entwickelte sich die IG im Vergleich Prä- zu Postzeitraum um 501,99 € signifikant günstiger als die KG. Bei den klinikbekannteren Patienten zeigte

sich ein zwischen IG und KG paralleler Kostenverlauf. Entsprechend ergab sich hier kein signifikant unterschiedlicher Verlauf der Kosten. D.h. die IG entwickelte sich nicht günstiger als die KG. Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Prä- zu Postzeitraum) um 661,73 € signifikant günstiger als die KG. Bei den nicht inferenzstatistisch analysierten U2 und U4 ergaben sich zu U1 und U3 vergleichbare Muster.

Zusammenfassend kann *Hypothese e)* für die klinikneuen Patienten nicht verworfen werden, während sie für die klinikbekannten Patienten verworfen werden kann.

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.**“*

Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelten sich die **gesamten psychiatrischen Kosten** sowohl bei linikneuen, als auch linikbekannten Patienten im Zeitverlauf nicht signifikant unterschiedlich zwischen IG und KG. D.h. im Vergleich von Präzeitraum zum Postzeitraum ergab sich für die IG keine zur KG signifikant unterschiedliche Entwicklung der Kosten. Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Auch bei den nicht inferenzstatistisch analysierten U2 und U4 zeigte sich hierzu deskriptiv kein abweichendes Bild.

Zusammenfassend kann *Hypothese f)* verworfen werden.

Hypothese g) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“*

Der Begriff der Leistungstransparenz wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr

Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich für das Modellklinikum konstatieren, dass Leistungstransparenz gegeben ist. Dem entgegen ließe sich jedoch, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Für das Modellvorhaben zeigte sich dabei bis einschließlich dem ersten Quartal 2016 lediglich die Dokumentation der vier PIA-Schlüssel gemäß PIA-Doku-Vereinbarung von 2013 und die Abrechnung mittels einer nicht differenzierten Quartalspauschale. Daran anschließend setzte sich die Leistungsdokumentation ebenso fort, die Vergütung änderte sich ab dem zweiten Quartal 2016 jedoch zu Tagespauschalen, wobei diese den PIA-Schlüsseln entsprachen und somit keinen Informationsgewinn darstellten. Es ist davon auszugehen (die Daten für diesen Zeitraum lagen für diesen Bericht nicht vor), dass sich die Leistungstransparenz im Modellvorhaben ab dem dritten Quartal 2018 durch die dann umzusetzenden, oben genannten Kriterien erfüllende Neufassung der PIA-Doku-Vereinbarung gegeben sein sollte.

Zusammenfassend kann für das Modellvorhaben im stationären Sektor von Leistungstransparenz gesprochen werden. Im Rahmen der PIA-Versorgung ging die Dokumentation in den ersten fünfzehn Modelljahren nicht über das Maß der Regelversorgung hinaus. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** stiegen in der IG der linikneuen Patienten von U1 vom Präzeitraum zum Postzeitraum um 63,84 € signifikant schwächer an als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten von U1 ergab sich ein identischer Kostenverlauf. Entsprechend ergaben sich hier keine signifikanten Unterschiede im Zeitverlauf zwischen IG und KG. Bei den linikneuen Patienten von U3 wiederum entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum zu Postzeitraum) durchschnittlich um 56,42 € günstiger als die KG. Bei den nicht inferenzstatistisch untersuchten U2 und U4 ergaben sich

gleiche Muster (für klinikneue bzw. klinikbekannte Patienten). Es kam also zu keiner Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich in der IG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass *Hypothese h)* verworfen werden kann.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] 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.“*

Bei den **Kosten der Psychopharmakaversorgung** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten von U1 kein signifikant unterschiedlicher Kostenanstieg zwischen IG und KG vom Prä- zum Postzeitraum. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein um 162,18 € signifikant stärkerer Rückgang der Kosten in der IG relativ zur KG vom Prä- zum Postzeitraum. Bei den klinikneuen Patienten von U3 ergab sich ein um 67,34 € signifikant schwächerer Anstieg der Kosten der IG relativ zur KG vom Prä- zum Postzeitraum. Bei den nicht inferenzstatistisch untersuchten U2 und U4 ergaben sich gleiche Muster (für klinikneue bzw. klinikbekannte Patienten).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass *Hypothese i)* für klinikneue Patienten verworfen werden kann, während sie für klinikbekannte Patienten nicht verworfen werden kann.

Hypothese j) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.“*

Bei den klinikneuen Patienten von U2 ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 5,96 €/d. D.h. es wurde für jeden vermiedenen Krankenhaustag 5,96 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Jedoch war der Kostenanstieg nicht signifikant voneinander unterschieden. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) wurde für jeden vermiedenen AU-Tag 43,72 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Weder der Anstieg der Kosten noch der AU-Tage unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen.

Bei den linikbekannt Patienten von U4 ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 72,39 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 72,39 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Jedoch war der Kostenanstieg nicht signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) wurde für jeden vermiedenen AU-Tag 196,25 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Weder der Anstieg der Kosten noch der AU-Tage unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass *Hypothese j)* verworfen werden kann.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich. Dennoch führte das Modellvorhaben zu einem erhöhten Anteil an Patienten mit schweren psychischen Störungen mit Kontaktabbruch als auch einer erhöhten Dauer des Kontaktabbruchs. Zudem konnte beobachtet werden, dass die Inanspruchnahme von Fachärzten im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung für klinikneue Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall geringer zunahm als in der Regelversorgung. Auf der anderen Seite konnte eine erhöhte Behandlungskontinuität klinikbekannter Patienten zum psychiatrischen Sektor (7 Tage Nachbeobachtung) in der Modellklinik festgestellt werden. Die aufsuchende Behandlung wurde bei klinikbekannten Patienten bei der Referenzbehandlung und im ersten Jahr nach Referenzfall weniger stark eingesetzt. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten hypothesenkonforme Ergebnisse. So konnten AU-Tage für klinikneue Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall vermieden werden. Auch sank der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme. Die Entwicklung der Erkrankungsprogression zeigte ein differenziertes Bild. Der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war im Modellvorhaben hypothesenkonträr geringer als in der Regelversorgung. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigten sich positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen, besonders in Bezug auf weniger vollstationäre und mehr teilstationäre Tage. Weiterhin konnte teilweise die Behandlungskontinuität gestärkt, die Anzahl an AU-Tage verringert sowie der Anteil an Wiederaufnahme gesenkt werden. Jedoch zeigen die Outcomes zum Kontaktabbruch von Patienten mit schweren psychischen Störungen hypothesenkonträre Effekte. Hinsichtlich der Kosten lässt sich festhalten, dass sich auf patientenindividueller Ebene keine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben zeigt. Niedrigere Kosten im vollstationären Bereich und in der PIA wurden durch höhere Kosten im tagesklinischen Bereich ausgeglichen.

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

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden

die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit mit dem ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Aufgrund der unterstellten Vollständigkeit der für die Analysen genutzten Daten, konnten einige Leistungsbereiche nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten, bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen, die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden und die Informationen zu Punktwerten oder Beträgen nicht in den Daten enthalten waren. Das Gleiche gilt für Selektivverträge. Auch hier waren die Daten der einzelnen Kassen zueinander inkonsistent und es fehlten die Informationen zur Vergütung; die selektivvertragliche Behandlung konnte zwar somit in den Daten identifiziert, jedoch nicht einem Versorgungsbereich (psychiatrische Behandlung vs. nicht psychiatrische Behandlung) zugeordnet und ebenfalls nicht in der Vergütungshöhe bestimmt werden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten, die u.a. vom Anteil der jeweils vorhandenen Selektivverträge in der entsprechenden Region abhängig ist. Auch Krankengeldzahlungen konnten aufgrund der Datenlage nicht berücksichtigt werden.

Außerdem wirken sich im Krankenhaussektor die Preiseffekte und die fehlende Berücksichtigung der Budgetausgleiche auf die Kostenschätzung aus.

Bei den Preiseffekten tritt der Wirkmechanismus der Kosten als Produkt von Menge und Preis zutage: Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Budgetausgleiche aus dem Zeitraum vor Modellbeginn, die wie hier im ersten Modelljahr über die Zahlung von Pflegesätzen mit Ausgleichen erfolgen, verzerren dabei den Blick auf die durch die Modellbehandlung angefallenen Kosten. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten. Hier sind Outcomes wie bspw. Lebensqualität, Symptomschwere oder Krankheitslast geeignete Effektgrößen, die für diese Evaluation jedoch nicht zur Verfügung standen. Im Projekt PsychCare finden diese aber Berücksichtigung.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierten Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u.a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser

Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (41).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen – grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (42). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Hackl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), *PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern*. 2010.
3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *International journal of integrated care*. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
7. 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 J, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;9(785).
34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. *Psychiatr Prax*. 2014;41(5):266-73.
35. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5(15):146.

37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. *Psychother Psych Med.* 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen.* 2020;DOI <https://doi.org/10.1055/a-1036-6364>.
40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research.* 2012;47(2):746-55.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen.* 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.066	2.066
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	83,6 %	84,8 %
• Zwei Diagnosen	14,2 %	13,6 %
• Drei Diagnosen	1,9 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	31	32
2. F10 & F43	26	27
3. F32 & F41	17	21

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

Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.727	1.751	2.066	2.066
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,3 %	2,4 %	2,2 %	2,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,7 %	4,4 %	4,5 %	4,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,3 %	17,4 %	19,0 %	18,8 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) • F 30-39 (Affektive Störungen) • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	6,0 %	5,8 %	6,1 %	5,8 %
	31,1 %	31,2 %	36,0 %	36,1 %
	20,6 %	20,8 %	23,1 %	22,8 %
	1,9 %	1,8 %	3,7 %	3,7 %
	11,0 %	11,3 %	14,7 %	14,6 %
	0,5 %	0,6 %	1,3 %	1,2 %
	1,3 %	1,4 %	2,3 %	2,2 %
	1,1 %	0,9 %	1,7 %	1,6 %
	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
	0,3 %	0,2 %	0,9 %	0,7 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	49,1 49 (33 - 62)	49,5 48 (34 - 63)	48,4 48 (33 - 60)	49,1 48 (33 - 62)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	56,6 % 43,4 %	56,4 % 43,6 %	58,0 % 42,0 %	56,9 % 43,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	63,7 % 36,3 %	54,7 % 45,3 %	62,5 % 37,5 %	56,1 % 43,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,1 % 9,2 % 10,8 % 3,1 % 13,4 % 62,4 %	0,7 % 7,7 % 11,4 % 5,0 % 10,3 % 64,9 %	1,2 % 9,3 % 10,2 % 3,3 % 13,1 % 62,9 %	0,9 % 7,7 % 10,9 % 4,8 % 10,8 % 64,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,9 % 19,5 % 0,6 % 0,2 % 0,9 % 0,1 % 9,4 % 62,4 %	5,2 % 19,8 % 0,9 % 0,1 % 1,9 % 0,1 % 7,1 % 64,9 %	7,1 % 18,8 % 0,8 % 0,2 % 0,9 % 0,0 % 9,2 % 62,9 %	5,3 % 19,4 % 0,8 % 0,1 % 1,9 % 0,0 % 7,6 % 64,9 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	12,0 % 74,3 % 13,7 %	11,0 % 75,0 % 14,0 %	11,5 % 74,0 % 14,5 %	10,6 % 75,1 % 14,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² 	22,4 %	23,5 %	23,1 %	25,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	14,0 %	14,8 %	14,6 %	15,3 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	58,9 %	56,7 %	58,7 %	57,4 %
	4,5 %	5,8 %	4,9 %	5,8 %
	31,8 %	32,8 %	31,6 %	32,2 %
	4,8 %	4,7 %	4,8 %	4,7 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.541	1.541
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	85,8 %	86,9 %
• Zwei Diagnosen	12,1 %	11,6 %
• Drei Diagnosen	1,8 %	1,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	18	20
2. F10 & F43	18	17
3. IG: F32 & F41 / KG: F41 & F45	11	11

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

Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.322	1.339	1.541	1.541
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,4 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,1 %	4,6 %	4,7 %	4,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,8 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	18,1 %	18,0 %	19,4 %	18,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,7 %	6,5 %	6,6 %	6,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,4 %	31,8 %	35,2 %	35,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	21,0 %	21,2 %	23,4 %	23,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,0 %	1,9 %	3,9 %	4,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	8,7 %	9,1 %	12,7 %	12,7 %

<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) 	0,5 %	0,5 %	1,1 %	0,9 %
Alter ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	49,6 49 (34 - 61)	49,5 48 (34 - 63)	48,8 49 (33 - 60)	49,1 48 (33 - 62)
Geschlecht (%) <ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	57,0 % 43,0 %	56,8 % 43,2 %	58,1 % 41,9 %	57,4 % 42,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%) <ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	67,2 % 32,8 %	56,2 % 43,8 %	65,7 % 34,3 %	57,1 % 42,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%) <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,4 % 9,1 % 10,3 % 3,3 % 13,5 % 62,4 %	0,7 % 7,5 % 11,4 % 4,7 % 11,0 % 64,7 %	1,4 % 9,3 % 10,0 % 3,4 % 13,2 % 62,7 %	0,9 % 7,7 % 10,9 % 4,3 % 11,0 % 65,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%) <ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	7,2 % 19,4 % 0,5 % 0,3 % 1,0 % 0,1 % 9,2 % 62,4 %	5,6 % 19,3 % 0,8 % 0,0 % 1,8 % 0,1 % 7,7 % 64,7 %	7,4 % 18,9 % 0,8 % 0,3 % 0,9 % 0,1 % 8,9 % 62,7 %	5,6 % 19,0 % 0,7 % 0,0 % 1,6 % 0,1 % 7,9 % 65,1 %
Pflegestufe (%) <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	12,7 % 73,7 % 13,6 %	11,2 % 73,8 % 15,0 %	12,2 % 73,2 % 14,6 %	11,2 % 73,7 % 15,2 %
Schwere psychische Störungen (%) <ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	22,2 % 14,5 % 63,3 %	23,6 % 14,8 % 61,6 %	23,7 % 14,9 % 61,5 %	25,4 % 15,3 % 59,3 %
Versicherungsstatus (%) <ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	58,2 %	56,5 %	58,3 %	57,4 %

• Familienversicherter	4,3 %	5,1 %	4,6 %	4,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,0 %	34,3 %	32,6 %	33,8 %
• Fehlende Angabe	4,5 %	4,2 %	4,5 %	3,9 %

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

Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	984	984
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	87,3 %	88,3 %
• Zwei Diagnosen	11,2 %	10,3 %
• Drei Diagnosen	1,4 %	1,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	13	10
2. F32 & F43	8	9
3. IG: F32 & F45 / KG: F41 & F45	5	8

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)	595	588
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	88,7 %	88,9 %
• Zwei Diagnosen	10,4 %	10,0 %
• Drei Diagnosen	0,5 %	0,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	4	4
2. F20 & F70	3	3
3. IG: F32 & F43 / KG: F41 & F43	3	3

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

Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	859	869	984	984
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,3 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,4 %	2,6 %	2,3 %	2,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,4 %	4,5 %	5,1 %	4,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,8 %	18,1 %	19,3 %	18,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,3 %	6,0 %	6,2 %	6,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	30,7 %	31,3 %	33,1 %	33,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	21,8 %	21,7 %	24,1 %	23,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,7 %	1,8 %	3,5 %	3,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,9 %	10,2 %	13,2 %	13,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,5 %	0,3 %	1,2 %	1,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,5 %	1,5 %	2,4 %	1,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,0 %	0,9 %	1,5 %	1,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,7	49,7	49,0	49,4
• Median	49	48	49	48
• (Interquartilsabstand)	(35 - 62)	(34 - 63)	(34 - 60)	(33 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	58,3 %	57,4 %	59,3 %	58,3 %
• Männer	41,7 %	42,6 %	40,7 %	41,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	70,4 %	59,3 %	69,9 %	59,1 %
• PIA	29,6 %	40,7 %	30,1 %	40,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,3 %	0,7 %	1,4 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	9,0 %	6,9 %	9,2 %	6,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,1 %	11,5 %	9,6 %	11,3 %
• Abitur/Fachabitur	3,6 %	4,7 %	3,8 %	4,5 %
• Abschluss unbekannt	13,3 %	10,5 %	12,9 %	10,5 %

• Fehlende Angabe	62,7 %	65,7 %	63,1 %	66,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,5 %	5,4 %	7,8 %	5,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,2 %	19,0 %	17,7 %	19,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	0,9 %	1,1 %	0,8 %
• Bachelor	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,6 %	1,8 %	0,5 %	1,6 %
• Promotion	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	9,8 %	7,0 %	9,2 %	6,9 %
• Fehlende Angabe	62,7 %	65,7 %	63,1 %	66,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	12,1 %	11,7 %	12,0 %	11,7 %
• Nein	75,0 %	72,7 %	74,0 %	72,5 %
• Fehlende Angabe	12,9 %	15,5 %	14,0 %	15,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	21,9 %	23,8 %	23,6 %	25,2 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	13,7 %	13,5 %	14,2 %	14,0 %
• Weder A noch B	64,4 %	62,7 %	62,2 %	60,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,4 %	55,0 %	58,3 %	55,9 %
• Familienversicherter	3,8 %	5,1 %	4,1 %	4,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,4 %	35,6 %	33,2 %	35,2 %
• Fehlende Angabe	4,3 %	4,4 %	4,4 %	4,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	528	523	595	588
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • 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) • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) • F 30-39 (Affektive Störungen) • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,8 %	0,8 %	1,0 %	0,7 %
	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
	1,5 %	1,5 %	1,3 %	1,4 %
	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %
	14,2 %	14,5 %	15,3 %	15,3 %
	30,7 %	30,8 %	29,7 %	30,3 %
	30,3 %	30,8 %	32,4 %	33,0 %
	8,9 %	9,2 %	11,4 %	11,6 %
	0,9 %	0,6 %	1,7 %	2,0 %
	7,6 %	7,3 %	10,1 %	9,7 %
	0,4 %	0,6 %	0,8 %	1,0 %
	1,5 %	1,9 %	2,9 %	3,1 %
	1,7 %	1,5 %	3,0 %	3,1 %
	0,8 %	0,2 %	0,7 %	0,2 %
	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	49,5	49,5	49,1	49,1
	50	49	50	49
	(40 - 58)	(37 - 60)	(39 - 58)	(37 - 60)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	55,7 %	57,9 %	55,8 %	58,0 %
	44,3 %	42,1 %	44,2 %	42,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	26,9 %	30,2 %	27,1 %	29,8 %
	73,1 %	69,8 %	72,9 %	70,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,8 %	0,6 %	0,7 %	0,9 %
	11,7 %	3,3 %	12,3 %	3,2 %
	6,3 %	5,7 %	5,9 %	5,6 %
	3,6 %	2,9 %	3,4 %	3,9 %
	6,6 %	7,6 %	6,4 %	8,0 %
	71,0 %	79,9 %	71,4 %	78,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	8,7 %	2,9 %	8,9 %	3,2 %
	15,0 %	9,8 %	14,5 %	10,4 %
	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,3 %
	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
	0,9 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	4,2 %	6,1 %	4,0 %	6,5 %
	71,0 %	79,9 %	71,4 %	78,4 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	11,2 %	14,0 %	11,4 %	13,8 %
• Nein	75,0 %	71,7 %	73,6 %	71,9 %
• Fehlende Angabe	13,8 %	14,3 %	15,0 %	14,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	34,5 %	37,3 %	34,8 %	36,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	39,6 %	39,2 %	40,5 %	40,5 %
• Weder A noch B	25,9 %	23,5 %	24,7 %	23,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	50,8 %	44,6 %	51,6 %	45,4 %
• Familienversicherter	4,7 %	5,5 %	4,7 %	5,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	41,9 %	45,3 %	41,2 %	45,2 %
• Fehlende Angabe	2,7 %	4,6 %	2,5 %	4,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	427	427	407	393	385	428	428	407	396	386
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	0,8	11,9	2,3	1,3	1,5	1,3	20,0	3,8	3,5	3,9
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 50 Jahre)	0,7 (n=209)	9,8 (n=209)	2,6 (n=208)	1,5 (n=207)	1,5 (n=206)	1,0 (n=209)	18,4 (n=209)	4,0 (n=209)	3,2 (n=207)	3,8 (n=207)
Älter (IG/KG: ≥ 50 Jahre)	1,0 (n=218)	13,9 (n=218)	2,0 (n=199)	1,0 (n=186)	1,5 (n=179)	1,5 (n=219)	21,5 (n=219)	3,6 (n=198)	3,8 (n=189)	4,0 (n=179)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	10,1 (n<10)	1,4 (n<10)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n=10)	11,3 (n=10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,2 (n=23)	12,8 (n=23)	0,0 (n=19)	0,0 (n=15)	0,0 (n=14)	0,0 (n=21)	13,6 (n=21)	2,1 (n=15)	0,0 (n=11)	1,8 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	34,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,2 (n=76)	19,4 (n=76)	2,7 (n=70)	1,7 (n=66)	2,4 (n=65)	1,2 (n=78)	17,5 (n=78)	3,2 (n=77)	5,8 (n=72)	5,5 (n=71)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 (n=26)	41,8 (n=26)	1,3 (n=26)	0,5 (n=24)	2,5 (n=23)	0,0 (n=25)	55,5 (n=25)	17,8 (n=23)	5,8 (n=23)	13,3 (n=23)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,8 (n=139)	9,5 (n=139)	3,4 (n=135)	1,6 (n=133)	2,2 (n=130)	1,5 (n=146)	23,6 (n=146)	3,0 (n=139)	3,1 (n=138)	3,9 (n=135)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,4 (n=94)	5,8 (n=94)	0,3 (n=91)	0,7 (n=90)	0,1 (n=89)	0,0 (n=89)	7,8 (n=89)	0,7 (n=89)	0,5 (n=89)	0,9 (n=89)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,2 (n<10)	12,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,9 (n=44)	4,0 (n=44)	1,0 (n=44)	1,7 (n=44)	1,3 (n=44)	3,7 (n=43)	22,7 (n=43)	7,3 (n=43)	8,3 (n=42)	4,4 (n=41)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	5,3 (n<10)	26,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	24,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 (n<10)	14,8 (n<10)	24,3 (n<10)	5,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	5,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (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)	6,0 (n<10)	24,0 (n<10)	16,5 (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)	486	486	480	470	464	482	482	470	461	451
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	8,1	7,9	5,0	4,4	3,8	12,5	17,4	12,7	9,4	9,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 50 Jahre; KG: < 49 Jahre)	7,7 (n=229)	8,5 (n=229)	6,4 (n=228)	5,3 (n=226)	4,6 (n=226)	14,4 (n=234)	16,8 (n=234)	14,3 (n=232)	8,2 (n=230)	9,0 (n=229)
Älter (IG: ≥ 50 Jahre; KG: ≥ 49 Jahre)	8,5 (n=257)	7,4 (n=257)	3,7 (n=252)	3,5 (n=244)	3,0 (n=238)	10,6 (n=248)	18,0 (n=248)	11,2 (n=238)	10,6 (n=231)	9,9 (n=222)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,0 (n<10)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,6 (n<10)	3,7 (n<10)	0,0 (n<10)	1,2 (n<10)	0,0 (n<10)	3,6 (n<10)	15,0 (n<10)	1,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,5 (n<10)	27,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,1 (n=64)	16,4 (n=64)	5,8 (n=62)	6,6 (n=58)	3,7 (n=58)	13,4 (n=66)	28,9 (n=66)	15,5 (n=62)	21,5 (n=60)	20,5 (n=59)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,3 (n=159)	8,4 (n=159)	6,8 (n=158)	4,8 (n=156)	6,9 (n=150)	13,7 (n=159)	23,6 (n=159)	20,0 (n=156)	10,7 (n=152)	12,5 (n=148)
F 30-39 (Affektive Störungen)	5,1 (n=149)	6,3 (n=149)	2,9 (n=148)	3,7 (n=146)	1,2 (n=146)	12,4 (n=150)	11,4 (n=150)	8,7 (n=148)	6,0 (n=148)	4,7 (n=145)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,8 (n=42)	2,7 (n=42)	5,1 (n=42)	2,9 (n=42)	0,0 (n=42)	12,9 (n=40)	9,4 (n=40)	6,3 (n=39)	6,8 (n=39)	7,2 (n=39)
F 45 (Somatoforme Störungen)	7,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	2,4 (n=34)	1,7 (n=34)	1,8 (n=34)	0,1 (n=34)	5,3 (n=34)	8,2 (n=33)	4,8 (n=33)	2,1 (n=33)	2,7 (n=33)	3,2 (n=33)
F 50 (Essstörungen)	3,0 (n<10)	40,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	157,0 (n<10)	125,0 (n<10)	131,0 (n<10)	93,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	13,3 (n<10)	18,6 (n<10)	33,3 (n<10)	24,6 (n<10)	17,9 (n<10)	20,0 (n=10)	18,7 (n=10)	14,5 (n=10)	4,7 (n=10)	5,8 (n=10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,5 (n<10)	2,0 (n<10)	3,5 (n<10)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	52,0 (n<10)	13,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	244	244	244	243	243	222	222	220	220	220
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	18,0	55,4	11,5	10,0	8,2	14,1	67,7	15,8	12,7	14,7
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 43 Jahre; KG: < 40 Jahre)	16,2 (n=117)	43,6 (n=117)	7,2 (n=117)	9,5 (n=117)	6,6 (n=117)	9,5 (n=111)	63,6 (n=111)	19,0 (n=111)	13,3 (n=111)	14,9 (n=111)
Älter (IG: ≥ 43 Jahre; KG: ≥ 40 Jahre)	19,7 (n=127)	66,2 (n=127)	15,5 (n=127)	10,5 (n=126)	9,7 (n=126)	18,7 (n=111)	71,8 (n=111)	12,6 (n=109)	12,1 (n=109)	14,4 (n=109)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	16,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	—	—	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,2 (n=50)	34,8 (n=50)	7,9 (n=50)	3,9 (n=50)	7,8 (n=50)	10,0 (n=42)	41,6 (n=42)	5,7 (n=42)	7,8 (n=42)	4,8 (n=42)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 (n=14)	63,9 (n=14)	4,5 (n=14)	0,0 (n=14)	4,1 (n=14)	1,8 (n=14)	75,6 (n=14)	32,3 (n=14)	15,1 (n=14)	21,7 (n=14)
F 30-39 (Affektive Störungen)	20,6 (n=78)	63,8 (n=78)	14,1 (n=78)	16,8 (n=77)	15,7 (n=77)	21,8 (n=69)	114,9 (n=69)	22,9 (n=68)	18,8 (n=68)	16,9 (n=68)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	23,8 (n=59)	61,9 (n=59)	15,1 (n=59)	9,0 (n=59)	2,8 (n=59)	14,1 (n=64)	37,9 (n=64)	14,1 (n=64)	8,2 (n=64)	13,5 (n=64)
F 45 (Somatoforme Störungen)	15,3 (n<10)	14,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	8,3 (n<10)	71,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	23,1 (n=33)	63,9 (n=33)	10,9 (n=33)	11,8 (n=33)	5,3 (n=33)	8,8 (n=24)	62,1 (n=24)	12,5 (n=24)	18,9 (n=24)	29,3 (n=24)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	48,0 (n<10)	55,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	35,3 (n<10)	9,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	5,0 (n<10)	30,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	238	238	237	237	236	213	213	212	212	211
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	30,3	30,1	13,6	11,6	8,9	34,6	36,7	20,1	19,9	19,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 44 Jahre; KG: < 42 Jahre)	30,4 (n=113)	30,5 (n=113)	17,1 (n=113)	12,8 (n=113)	12,0 (n=113)	28,4 (n=106)	29,2 (n=106)	19,6 (n=106)	19,1 (n=106)	12,2 (n=106)
Älter (IG: ≥ 44 Jahre; KG: ≥ 42 Jahre)	30,2 (n=125)	29,8 (n=125)	10,5 (n=124)	10,6 (n=124)	6,1 (n=123)	40,8 (n=107)	44,2 (n=107)	20,7 (n=106)	20,8 (n=106)	26,8 (n=105)
• 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)	22,9 (n=37)	29,6 (n=37)	12,9 (n=36)	22,0 (n=36)	6,1 (n=36)	31,6 (n=42)	49,5 (n=42)	25,0 (n=42)	30,2 (n=42)	31,8 (n=41)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	19,5 (n=76)	19,3 (n=76)	11,6 (n=76)	7,7 (n=76)	8,3 (n=75)	27,1 (n=55)	30,2 (n=55)	22,9 (n=55)	15,9 (n=55)	14,0 (n=55)
F 30-39 (Affektive Störungen)	45,5 (n=59)	42,7 (n=59)	16,0 (n=59)	14,1 (n=59)	8,9 (n=59)	30,2 (n=59)	31,2 (n=59)	20,5 (n=59)	16,2 (n=59)	18,7 (n=59)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	35,7 (n=30)	33,7 (n=30)	21,2 (n=30)	11,0 (n=30)	14,8 (n=30)	52,1 (n=27)	30,7 (n=27)	7,7 (n=26)	20,1 (n=26)	17,7 (n=26)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	112,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	48,9 (n=19)	23,8 (n=19)	6,7 (n=19)	3,0 (n=19)	7,4 (n=19)	69,4 (n=18)	66,1 (n=18)	14,0 (n=18)	17,7 (n=18)	15,3 (n=18)
F 50 (Essstörungen)	18,0 (n<10)	105,5 (n<10)	2,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	25,5 (n<10)	46,8 (n<10)	29,7 (n<10)	17,7 (n<10)	24,7 (n<10)	10,3 (n<10)	35,0 (n<10)	48,8 (n<10)	46,8 (n<10)	32,5 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	3,2 (n<10)	0,0 (n<10)	11,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	54,0 (n<10)	13,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

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

14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,44* 0,24...0,83	32,44** 3,51...300,10	-9,06*** -12,22...-5,90	12,78*** 10,68...14,88
DID Jahr 2	0,74 0,36...1,49	5,70 0,56...57,82	-1,27 -4,43...1,89	0,30 -1,80...2,40
DID Jahr 3	0,82 0,40...1,71	10,85* 1,01...116,06	-2,56 -5,72...0,60	1,29 -0,81...3,39
DID Jahr 4	0,98 0,47...2,04	2,21 0,19...25,89	-1,70 -4,86...1,46	0,24 -1,86...2,34
DID Jahr 1-4	—	—	-3,65** -6,26...-1,03	3,65*** 1,86...5,45
Gruppe	0,67 0,39...1,15	0,22 0,03...1,99	-0,94 -3,18...1,31	-0,55 -2,04...0,94
Jahr 1	56,20*** 35,75...88,35	19,58*** 7,01...54,67	19,52*** 17,28...21,76	4,92*** 3,43...6,41
Jahr 2	2,01** 1,26...3,20	3,37* 1,08...10,47	2,35* 0,11...4,59	0,65 -0,84...2,14
Jahr 3	1,48 0,91...2,40	1,77 0,51...6,12	2,45* 0,21...4,69	-0,04 -1,53...1,45
Jahr 4	1,32 0,81...2,17	2,29 0,70...7,55	2,11 -0,13...4,35	0,05 -1,44...1,54
Indexgruppe 6 (F10)	2,43*** 1,88...3,15	0,23*** 0,14...0,39	-0,48 -2,00...1,05	-2,41*** -3,43...-1,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,76* 0,60...0,97	2,06*** 1,50...2,84	-0,03 -1,26...1,21	1,33** 0,51...2,15
Indexgruppe 9 (F43)	0,58*** 0,44...0,76	1,20 0,85...1,70	-2,88*** -4,22...-1,53	-0,02 -0,91...0,87
Psy A ¹	1,61*** 1,27...2,03	1,39* 1,03...1,89	1,88** 0,66...3,10	1,19** 0,38...2,00
Psy B ²	1,17 0,86...1,60	0,86 0,56...1,32	1,92* 0,19...3,64	-0,74 -1,89...0,41
Alter	1,03 0,83...1,28	0,51*** 0,38...0,69	-1,09 -2,23...0,05	-1,35*** -2,11...-0,59
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,72...1,08	1,30 0,98...1,74	0,04 -1,04...1,12	-0,11 -0,83...0,61

Komorbidität ³	1,02 0,98...1,07	0,99 0,93...1,06	-0,04 -0,28...0,20	-0,11 -0,27...0,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,33 0,99...1,80	0,26*** 0,13...0,50	1,04 -0,70...2,78	-1,62** -2,78...-0,46
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,83...1,24	1,53** 1,16...2,01	0,12 -0,92...1,16	0,91* 0,22...1,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,13*** 0,10...0,18	0,42*** 0,31...0,57	-5,62*** -6,77...-4,46	-1,25** -2,02...-0,48

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 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,92 0,61...1,39	1,28 0,75...2,19	-5,27* -9,47...-1,08	-0,76 -2,72...1,21
DID Jahr 2	0,82 0,52...1,29	1,75 0,79...3,87	-3,01 -7,20...1,18	-1,31 -3,28...0,66
DID Jahr 3	0,68 0,43...1,09	0,76 0,37...1,59	-0,18 -4,37...4,02	-1,98* -3,94...-0,01
DID Jahr 4	0,89 0,55...1,44	1,11 0,49...2,50	-0,86 -5,06...3,33	-1,90 -3,87...0,07
DID Jahr 1-4	—	—	-2,33 -5,66...1,00	-1,49 -3,05...0,08
Gruppe	0,71* 0,53...0,96	1,51* 1,07...2,13	-3,45* -6,42...-0,48	2,03** 0,64...3,43
Jahr 1	1,38* 1,04...1,83	0,53** 0,36...0,80	5,02** 2,04...8,00	-2,42** -3,82...-1,02
Jahr 2	0,57*** 0,42...0,77	0,12*** 0,06...0,23	-0,29 -3,27...2,69	-5,02*** -6,42...-3,63
Jahr 3	0,53*** 0,39...0,72	0,20*** 0,12...0,34	-3,28* -6,26...-0,31	-4,36*** -5,76...-2,96
Jahr 4	0,39*** 0,28...0,53	0,13*** 0,07...0,25	-3,48* -6,45...-0,50	-4,38*** -5,78...-2,99
Indexgruppe 6 (F10)	3,88*** 3,05...4,94	0,24*** 0,15...0,38	2,36 -0,10...4,81	-3,36*** -4,51...-2,20
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,05*** 1,65...2,55	0,56*** 0,41...0,77	6,13*** 4,21...8,05	-1,81*** -2,71...-0,90
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,78...1,19	0,95 0,73...1,24	-0,75 -2,55...1,04	0,08 -0,77...0,92
Psy A ¹	1,24 1,00...1,54	1,69** 1,23...2,32	1,90 0,00...3,79	1,55** 0,66...2,44
Psy B ²	1,27** 1,07...1,51	0,97 0,76...1,24	2,22** 0,66...3,79	0,08 -0,65...0,82
Alter	0,76** 0,65...0,89	0,79* 0,63...1,00	-1,17 -2,60...0,25	-0,39 -1,06...0,27
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,91...1,24	1,25 0,99...1,59	0,85 -0,55...2,25	0,90** 0,25...1,56
Komorbidität ³	1,03 1,00...1,07	0,98 0,93...1,04	0,02 -0,32...0,36	-0,11 -0,27...0,05

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,25* 1,00...1,56	0,57** 0,38...0,86	2,03 -0,03...4,10	-1,00* -1,98...-0,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,24*** 1,91...2,63	3,98*** 3,03...5,23	7,91*** 6,49...9,34	2,81*** 2,14...3,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,27*** 0,23...0,32	0,51*** 0,40...0,66	-9,51*** -11,27...-7,75	-1,47** -2,29...-0,64

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	0,36 -1,05...1,78	-1,25** -2,18...-0,32	0,50 -1,72...2,73
DID Jahr 2	-0,23 -1,65...1,18	-0,39 -1,32...0,54	-0,62 -2,84...1,60
DID Jahr 3	-0,50 -1,91...0,92	-0,57 -1,50...0,36	0,10 -2,12...2,33
DID Jahr 4	-0,15 -1,57...1,26	-0,37 -1,30...0,56	0,21 -2,01...2,44
Gruppe	0,12 -0,88...1,13	0,09 -0,57...0,75	1,63* 0,05...3,21
Jahr 1	3,36*** 2,35...4,36	1,68*** 1,02...2,34	3,35*** 1,78...4,92
Jahr 2	2,47*** 1,47...3,47	0,83* 0,17...1,49	1,79* 0,22...3,36
Jahr 3	1,76** 0,76...2,76	0,59 -0,07...1,25	0,69 -0,88...2,27
Jahr 4	1,60** 0,60...2,60	0,27 -0,39...0,93	-0,70 -2,27...0,88
Indexgruppe 6 (F10)	-1,25*** -1,94...-0,57	-1,23*** -1,68...-0,78	-3,06*** -4,14...-1,99
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,10 -0,65...0,46	-0,34 -0,71...0,02	-0,70 -1,57...0,17
Indexgruppe 9 (F43)	-1,23*** -1,83...-0,63	-0,23 -0,63...0,16	-1,41** -2,36...-0,47
Psy A ¹	1,00*** 0,45...1,54	0,83*** 0,47...1,19	1,86*** 1,01...2,72
Psy B ²	0,23 -0,54...1,00	1,06*** 0,56...1,57	3,96*** 2,75...5,18
Alter	-0,48 -0,98...0,03	0,02 -0,32...0,35	2,32*** 1,53...3,12
Geschlecht (m vs. w)	0,33 -0,15...0,81	0,42* 0,10...0,74	1,25** 0,49...2,01
Komorbidität ³	-0,09 -0,19...0,02	-0,05 -0,12...0,02	1,43*** 1,26...1,59

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,98* -1,75...-0,20	-0,09 -0,60...0,43	11,36*** 10,14...12,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,34 -0,13...0,81	0,16 -0,15...0,46	-0,78* -1,52...-0,05
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,79** 0,27...1,30	-0,15 -0,49...0,19	-0,24 -1,05...0,58

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	2,76* 0,58...4,95	0,37 -0,90...1,63	0,00 -2,61...2,62
DID Jahr 2	1,00 -1,18...3,18	0,33 -0,93...1,60	1,93 -0,68...4,54
DID Jahr 3	1,07 -1,11...3,26	0,59 -0,67...1,86	1,29 -1,32...3,90
DID Jahr 4	2,83* 0,64...5,01	0,60 -0,67...1,87	2,46 -0,15...5,07
Gruppe	-0,14 -1,69...1,40	-0,68 -1,57...0,22	1,31 -0,54...3,15
Jahr 1	6,98*** 5,43...8,53	-0,17 -1,07...0,73	0,50 -1,36...2,35
Jahr 2	6,21*** 4,66...7,76	0,49 -0,41...1,39	-1,18 -3,03...0,68
Jahr 3	5,19*** 3,64...6,74	0,43 -0,47...1,33	-0,94 -2,79...0,92
Jahr 4	5,49*** 3,94...7,03	0,17 -0,73...1,07	-1,84 -3,69...0,02
Indexgruppe 6 (F10)	-1,52* -2,80...-0,24	0,29 -0,45...1,03	1,63* 0,10...3,17
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,77*** 1,76...3,77	-0,31 -0,89...0,28	-2,09** -3,29...-0,89
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,86 -1,79...0,08	0,65* 0,11...1,20	-0,76 -1,88...0,36
Psy A ¹	0,47 -0,52...1,45	0,69* 0,12...1,26	0,70 -0,48...1,88
Psy B ²	0,72 -0,09...1,53	0,57* 0,10...1,04	3,72*** 2,74...4,69
Alter	1,04** 0,30...1,79	0,01 -0,43...0,44	1,25** 0,36...2,14
Geschlecht (m vs. w)	-0,51 -1,24...0,21	0,17 -0,25...0,59	1,40** 0,53...2,27
Komorbidität ³	-0,06 -0,24...0,12	0,00 -0,11...0,10	2,31*** 2,10...2,52

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 -0,05...2,10	-0,29 -0,91...0,34	5,34*** 4,05...6,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,24 -0,50...0,98	0,07 -0,36...0,50	0,47 -0,42...1,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,41*** 2,49...4,33	-1,04*** -1,57...-0,51	-0,22 -1,31...0,88

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,02 0,70...1,48	1,09 0,79...1,49	1,01 0,74...1,37
Indexgruppe 6 (F10)	0,29*** 0,15...0,57	0,20*** 0,12...0,35	0,24*** 0,15...0,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,60...1,46	1,09 0,75...1,58	1,17 0,81...1,70
Indexgruppe 9 (F43)	1,03 0,63...1,68	0,89 0,58...1,35	0,87 0,58...1,31
Psy A ¹	1,69* 1,08...2,65	1,10 0,75...1,60	1,28 0,89...1,85
Psy B ²	1,50 0,89...2,53	2,10** 1,29...3,43	1,41 0,85...2,31
Alter	0,78 0,51...1,19	0,84 0,59...1,19	0,65* 0,46...0,92
Geschlecht (m vs. w)	1,26 0,84...1,89	1,04 0,75...1,46	1,28 0,92...1,77
Komorbidität ³	1,00 0,91...1,09	0,98 0,90...1,05	1,01 0,94...1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,50...1,76	0,59 0,33...1,04	0,73 0,43...1,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,68...1,49	1,17 0,85...1,63	1,01 0,73...1,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,47 0,88...2,46	1,51 0,98...2,34	1,49 0,95...2,32

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,53 0,19...1,51	0,64 0,24...1,73	0,39 0,13...1,20
Indexgruppe 6 (F10)	0,05** 0,01...0,45	0,03** 0,00...0,23	0,03*** 0,01...0,20
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,07 0,63...6,84	1,97 0,63...6,18	3,38 0,89...12,75
Indexgruppe 9 (F43)	3,23 0,86...12,11	2,30 0,59...9,03	3,53 0,68...18,30
Psy A ¹	0,18** 0,05...0,62	0,26* 0,08...0,84	0,15** 0,04...0,63
Psy B ²	2,43 0,61...9,70	2,56 0,70...9,38	3,09 0,67...14,19
Alter	1,55 0,52...4,60	1,39 0,48...4,04	1,48 0,42...5,22
Geschlecht (m vs. w)	2,14 0,68...6,76	1,73 0,58...5,22	1,57 0,45...5,54
Komorbidität ³	0,96 0,79...1,17	0,88 0,71...1,08	0,81 0,65...1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,56 0,37...6,54	1,09 0,28...4,21	3,96 0,88...17,93
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27 0,44...3,66	1,99 0,69...5,68	2,06 0,61...6,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,22...3,45	1,68 0,46...6,14	2,48 0,56...11,02

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,43 0,12...1,48	0,46 0,15...1,40	0,60 0,19...1,89
Indexgruppe 6 (F10)	0,07* 0,01...0,74	0,17* 0,03...0,87	0,09** 0,02...0,48
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,72 0,16...3,35	1,84 0,50...6,76	1,34 0,36...5,04
Indexgruppe 9 (F43)	1,90 0,39...9,24	3,70 0,75...18,20	1,33 0,26...6,77
Psy A ¹	2,25 0,43...11,88	0,66 0,17...2,60	0,59 0,14...2,43
Psy B ²	1,46 0,35...6,15	2,74 0,68...11,01	4,77* 1,01...22,49
Alter	1,26 0,34...4,67	1,13 0,32...3,96	1,16 0,31...4,39
Geschlecht (m vs. w)	1,98 0,41...9,64	2,82 0,82...9,68	2,42 0,70...8,34
Komorbidität ³	1,11 0,81...1,54	1,05 0,77...1,44	1,05 0,73...1,53
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,07...12,24	2,34 0,36...15,48	4,60 0,55...38,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,31...4,00	0,91 0,30...2,79	1,17 0,37...3,75
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,25...5,46	1,08 0,27...4,29	1,98 0,49...8,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,92 0,62...5,98	1,82 0,65...5,09	1,21 0,42...3,50
Indexgruppe 6 (F10)	0,80 0,20...3,15	0,22* 0,06...0,85	0,31 0,08...1,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,33 0,64...8,53	0,99 0,29...3,40	2,00 0,54...7,46
Indexgruppe 9 (F43)	4,45* 1,06...18,76	2,88 0,63...13,10	1,84 0,36...9,52
Psy A ¹	1,37 0,38...4,94	1,59 0,48...5,25	1,24 0,36...4,30
Psy B ²	2,20 0,47...10,34	2,01 0,46...8,83	1,73 0,36...8,22
Alter	0,29 0,07...1,17	0,43 0,13...1,39	0,22* 0,07...0,76
Geschlecht (m vs. w)	2,13 0,66...6,85	1,70 0,58...4,94	1,68 0,56...4,99
Komorbidität ³	0,90 0,66...1,23	0,93 0,71...1,22	0,96 0,73...1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,37 0,23...25,06	2,09 0,28...15,56	0,85 0,06...12,52
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,53 0,17...1,66	0,40 0,14...1,18	0,70 0,23...2,10
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,32 0,06...1,67	1,29 0,37...4,48	1,22 0,35...4,24

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 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,25 0,81...1,92	1,29 0,87...1,92	0,99 0,64...1,51
Indexgruppe 6 (F10)	0,32** 0,15...0,66	0,30*** 0,16...0,57	0,39** 0,20...0,75
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,15 0,64...2,05	1,82* 1,03...3,20	1,78 0,95...3,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83 0,44...1,58	1,20 0,67...2,15	1,45 0,77...2,72
Psy A ¹	1,91 0,94...3,88	1,35 0,74...2,45	1,56 0,85...2,87
Psy B ²	0,75 0,46...1,22	0,85 0,54...1,35	0,88 0,53...1,46
Alter	1,03 0,65...1,64	0,78 0,51...1,20	1,08 0,68...1,72
Geschlecht (m vs. w)	1,58* 1,00...2,48	1,50 0,99...2,26	1,46 0,94...2,27
Komorbidität ³	0,90 0,80...1,00	0,95 0,86...1,05	0,97 0,87...1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,53...1,90	0,83 0,46...1,53	0,66 0,34...1,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,68...1,72	1,60* 1,04...2,47	1,50 0,95...2,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,32*** 1,47...3,68	2,71*** 1,77...4,16	4,51*** 2,79...7,28

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 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,33 0,76...2,36	1,46 0,83...2,56	1,29 0,69...2,43
Indexgruppe 6 (F10)	0,16*** 0,06...0,44	0,23** 0,09...0,58	0,26* 0,09...0,73
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,52 0,24...1,13	0,64 0,28...1,46	0,81 0,30...2,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,48 0,20...1,14	0,35* 0,14...0,84	0,66 0,25...1,79
Psy A ¹	1,32 0,46...3,81	1,91 0,71...5,13	1,01 0,38...2,71
Psy B ²	1,50 0,77...2,93	1,61 0,83...3,13	1,75 0,82...3,73
Alter	1,03 0,56...1,87	1,88* 1,02...3,47	1,35 0,69...2,67
Geschlecht (m vs. w)	0,72 0,39...1,32	0,59 0,32...1,09	0,81 0,42...1,59
Komorbidität ³	0,94 0,80...1,10	0,94 0,81...1,10	0,96 0,82...1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,50...2,73	0,68 0,28...1,62	0,56 0,22...1,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,53 0,83...2,83	1,67 0,91...3,05	1,37 0,71...2,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,48 0,77...2,84	2,52** 1,34...4,72	3,63*** 1,86...7,11

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,23** 1,23...4,05	1,35 0,76...2,42	1,06 0,53...2,13
Indexgruppe 6 (F10)	0,28* 0,10...0,82	0,13*** 0,05...0,34	0,16** 0,06...0,48
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,69 0,31...1,55	2,08 0,93...4,64	2,68* 1,02...6,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,74 0,32...1,71	1,29 0,57...2,92	1,89 0,74...4,84
Psy A ¹	1,39 0,50...3,83	1,76 0,71...4,35	0,71 0,26...1,96
Psy B ²	1,16 0,58...2,31	0,68 0,35...1,32	1,35 0,61...2,98
Alter	0,35** 0,18...0,69	0,72 0,39...1,31	0,53 0,25...1,10
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,61...2,20	1,36 0,75...2,49	1,19 0,58...2,43
Komorbidität ³	1,03 0,89...1,19	1,03 0,89...1,19	1,15 0,96...1,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,42 0,55...3,68	0,77 0,32...1,87	0,31* 0,11...0,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,70 0,37...1,31	1,90* 1,04...3,48	1,93 0,96...3,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,88 0,89...3,98	1,12 0,59...2,12	1,45 0,68...3,11

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,72** 1,39...5,33	1,39 0,74...2,62	1,02 0,47...2,22
Indexgruppe 6 (F10)	0,10** 0,03...0,38	0,06*** 0,02...0,17	0,08*** 0,02...0,29
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,23 0,95...5,22	1,66 0,70...3,94	3,24* 1,10...9,55
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,24 0,46...3,37	1,04 0,43...2,55	1,19 0,42...3,43
Psy A ¹	2,12 0,40...11,16	1,62 0,55...4,75	2,39 0,65...8,84
Psy B ²	3,21** 1,51...6,85	2,98** 1,49...5,96	2,17 0,92...5,17
Alter	0,93 0,47...1,85	0,80 0,41...1,54	0,76 0,33...1,74
Geschlecht (m vs. w)	0,55 0,26...1,20	0,51 0,23...1,12	0,57 0,22...1,47
Komorbidität ³	0,85 0,70...1,02	0,99 0,84...1,17	1,20 0,96...1,51
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,28...4,93	1,84 0,40...8,53	3,13 0,28...34,45
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,74 0,84...3,61	1,71 0,86...3,38	1,38 0,60...3,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,46...2,35	0,78 0,36...1,73	1,03 0,40...2,67

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1)

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,01 -0,19...0,21	-12,73* -25,28...-0,19
DID Jahr 2	-0,11 -0,31...0,09	-6,34 -18,88...6,21
DID Jahr 3	-0,03 -0,23...0,16	-7,79 -20,33...4,75
DID Jahr 4	-0,06 -0,25...0,14	-9,39 -21,93...3,16
DID Jahr 1-4	—	-9,06 -19,66...1,54
Gruppe	-0,10 -0,24...0,04	0,47 -8,46...9,39
Jahr 1	0,70*** 0,56...0,84	52,33*** 43,28...61,38
Jahr 2	-0,11 -0,25...0,04	0,09 -8,96...9,14
Jahr 3	-0,20** -0,34...-0,05	-1,82 -10,87...7,23
Jahr 4	-0,21** -0,35...-0,07	-1,92 -10,97...7,13
Indexgruppe 6 (F10)	0,30*** 0,21...0,40	-3,80 -9,92...2,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,09* 0,01...0,17	11,37*** 6,29...16,44
Indexgruppe 9 (F43)	-0,08 -0,16...0,01	-1,21 -6,39...3,97
Psy A ¹	0,12** 0,05...0,20	4,48 -0,34...9,30
Psy B ²	0,14* 0,03...0,26	3,84 -3,53...11,21
Alter	0,04 -0,03...0,11	3,64 -0,70...7,97
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,09...0,04	1,36 -2,92...5,64
Komorbidität ³	0,01 -0,01...0,03	-0,53 -1,86...0,80

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,26** -0,44...-0,09	-21,11*** -32,26...-9,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,16*** -0,24...-0,09	-8,83*** -13,41...-4,25

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,22 -0,55...0,12	-2,53 -15,21...10,14
DID Jahr 2	-0,03 -0,36...0,31	-3,64 -16,32...9,03
DID Jahr 3	-0,33 -0,67...0,00	-5,44 -18,12...7,23
DID Jahr 4	-0,22 -0,55...0,12	-7,10 -19,78...5,57
DID Jahr 1-4	—	-4,68 -14,78...5,42
Gruppe	-0,09 -0,33...0,15	-2,01 -10,99...6,97
Jahr 1	0,27* 0,02...0,51	1,16 -8,06...10,38
Jahr 2	-0,16 -0,40...0,09	-14,69** -23,91...-5,47
Jahr 3	0,01 -0,23...0,26	-14,87** -24,09...-5,65
Jahr 4	-0,18 -0,42...0,07	-15,83** -25,06...-6,61
Indexgruppe 6 (F10)	0,87*** 0,68...1,06	-10,07** -17,32...-2,81
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,05 -0,11...0,20	-4,34 -10,14...1,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,10 -0,24...0,04	-1,57 -6,86...3,73
Psy A ¹	0,03 -0,11...0,17	6,54* 1,30...11,78
Psy B ²	0,23*** 0,10...0,36	-3,22 -8,12...1,68
Alter	-0,03 -0,14...0,08	4,06 -0,19...8,30
Geschlecht (m vs. w)	-0,04 -0,15...0,07	-1,45 -5,65...2,75
Komorbidität ³	0,04* 0,01...0,07	1,21 0,00...2,43

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,25* -0,49...-0,02	-4,35 -13,25...4,55
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,36*** -0,51...-0,21	-13,88*** -19,42...-8,33

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,21 -0,62...0,21
DID Jahr 2	-0,11 -0,52...0,31
DID Jahr 3	-0,14 -0,55...0,27
DID Jahr 4	-0,02 -0,43...0,40
Gruppe	0,25 -0,05...0,54
Jahr 1	0,91*** 0,62...1,20
Jahr 2	0,23 -0,06...0,53
Jahr 3	0,12 -0,17...0,42
Jahr 4	0,07 -0,23...0,36
Indexgruppe 6 (F10)	0,31** 0,11...0,51
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,11 -0,05...0,27
Indexgruppe 9 (F43)	-0,03 -0,21...0,14
Psy A ¹	0,51*** 0,36...0,67
Psy B ²	0,70*** 0,48...0,93
Alter	1,31*** 1,17...1,45
Geschlecht (m vs. w)	0,07 -0,07...0,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,74*** 1,52...1,97
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,32*** 0,19...0,45

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,12 -0,27...0,03
------------------------------	-----------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,08 -0,44...0,29
DID Jahr 2	0,11 -0,25...0,48
DID Jahr 3	-0,08 -0,45...0,28
DID Jahr 4	0,05 -0,31...0,42
Gruppe	-0,13 -0,38...0,13
Jahr 1	0,24 -0,02...0,50
Jahr 2	0,01 -0,25...0,27
Jahr 3	0,27* 0,01...0,53
Jahr 4	0,17 -0,09...0,43
Indexgruppe 6 (F10)	1,30*** 1,09...1,51
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,05 -0,12...0,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,58*** 0,42...0,73
Psy A ¹	0,40*** 0,24...0,56
Psy B ²	0,43*** 0,29...0,56
Alter	0,87*** 0,75...0,99
Geschlecht (m vs. w)	0,36*** 0,24...0,48
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,20*** 1,02...1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,45*** 0,33...0,57

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,26** -0,41...-0,10
------------------------------	--------------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,84 0,58...1,23
Psy A ¹	0,65 0,39...1,06
Psy B ²	0,57 0,25...1,30
Alter	11,08*** 4,79...25,66
Geschlecht (m vs. w)	0,62* 0,42...0,91
Komorbidität ³	1,21*** 1,13...1,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,81 0,51...1,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,78 0,52...1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45** 0,26...0,78

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,78 0,49...1,24
Psy A ¹	0,62 0,33...1,15
Psy B ²	1,32 0,76...2,31
Alter	4,30*** 2,11...8,79
Geschlecht (m vs. w)	0,61* 0,39...0,98
Komorbidität ³	1,26*** 1,15...1,39
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,27 0,73...2,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,59* 0,36...0,97
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,51** 0,32...0,81

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,50** 0,31...0,81	0,86 0,51...1,47	0,99 0,75...1,31
Psy A ¹	0,86 0,50...1,48	1,11 0,60...2,07	1,04 0,75...1,46
Psy B ²	1,04 0,48...2,27	1,66 0,78...3,55	1,12 0,70...1,78
Alter	0,97 0,59...1,59	0,76 0,42...1,39	0,89 0,66...1,20
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,50...1,31	1,26 0,70...2,26	0,55*** 0,42...0,73
Komorbidität ³	1,01 0,91...1,12	1,06 0,94...1,19	0,87*** 0,80...0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,71 0,22...2,36	1,34 0,54...3,29	1,07 0,67...1,72
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,06 0,67...1,68	0,94 0,55...1,60	1,06 0,81...1,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,63 0,39...1,02	0,96 0,55...1,67	0,44*** 0,32...0,61

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,84 0,40...1,79	2,19** 1,22...3,93	1,18 0,81...1,72
Psy A ¹	1,43 0,56...3,69	1,93 0,88...4,22	1,35 0,77...2,36
Psy B ²	1,63 0,66...4,02	1,31 0,70...2,45	1,20 0,80...1,81
Alter	1,39 0,61...3,17	1,16 0,61...2,18	0,85 0,57...1,25
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,38...1,85	0,80 0,45...1,42	0,98 0,66...1,44
Komorbidität ³	0,81 0,64...1,03	0,98 0,85...1,13	0,93 0,84...1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,07 0,42...10,26	2,11 0,89...5,02	1,03 0,59...1,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21 0,52...2,79	0,99 0,54...1,82	0,84 0,57...1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,56 0,23...1,32	0,67 0,36...1,25	0,87 0,51...1,49

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

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

Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,12** 0,04...0,19	36,70** 14,96...58,43	0,10** 0,04...0,16	34,64** 13,56...55,72
Psy B ²	-0,11** -0,19...-0,03	-34,64** -57,36...-11,92	-0,09** -0,15...-0,03	-31,62** -53,65...-9,59
Alter	0,02 -0,06...0,10	7,73 -16,04...31,50	0,02 -0,04...0,09	8,43 -14,61...31,48
Geschlecht (m vs. w)	-0,12** -0,19...-0,04	-32,79** -55,82...-9,75	-0,08* -0,15...-0,02	-28,22* -50,56...-5,88
Komorbidität ³	0,03** 0,01...0,05	7,03** 1,85...12,21	0,02* 0,00...0,03	5,38* 0,35...10,40
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,14* 0,01...0,28	55,76** 16,86...94,67	0,17** 0,06...0,28	60,06** 22,34...97,79

Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,80* 0,65...0,98	-5,92 -24,23...12,39
Psy A ¹	1,20 0,93...1,55	-23,91* -46,16...-1,67
Psy B ²	1,24 0,90...1,71	-9,32 -36,58...17,94
Alter	0,67** 0,54...0,85	4,65 -15,10...24,40
Geschlecht (m vs. w)	0,81* 0,66...0,99	3,10 -15,16...21,36
Komorbidität ³	1,05* 1,00...1,10	-1,32 -5,86...3,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,77...1,45	0,45 -27,50...28,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,95 0,77...1,17	-9,75 -28,16...8,66
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,67...1,32	20,81 -8,91...50,54

Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	1,55 0,84...2,84	0,78* 0,62...0,98	0,70 0,46...1,06	1,43 0,57...3,57	2,85 0,63...12,88	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	1,98 0,40...9,92	1,54*** 1,21...1,96	0,82 0,53...1,29	1,01 0,39...2,64	0,93 0,23...3,83	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,63 0,33...1,20	1,27* 1,00...1,61	1,73* 1,09...2,73	0,71 0,29...1,74	0,43 0,11...1,70	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	0,89 0,79...1,01	1,12*** 1,05...1,18	0,90 0,80...1,01	1,32 1,00...1,74	1,18 0,79...1,76	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,65 0,35...1,23	1,94* 1,17...3,21	0,15 0,02...1,15	16942459,38 0,00...INF	13345930,97 0,00...INF	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	1,55 0,82...2,94	1,16 0,92...1,46	1,45 0,95...2,20	1,23 0,42...3,65	2,16 0,36...13,03	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	2,31** 1,27...4,19	0,86 0,68...1,08	0,82 0,54...1,25	0,41 0,16...1,08	0,23 0,03...1,60	kf

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

Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,52*** 0,36...0,75	84,21*** 11,08...640,03	-8,68*** -10,52...-6,84	10,95*** 9,49...12,40
DID Jahr 2	0,97 0,65...1,45	14,29* 1,82...112,19	-0,82 -2,67...1,02	0,33 -1,13...1,78
Gruppe	0,59** 0,44...0,81	0,06** 0,01...0,42	-1,04 -2,34...0,27	-0,46 -1,49...0,56
Jahr 1	51,94*** 40,03...67,40	20,68*** 12,33...34,70	17,94*** 16,64...19,24	6,15*** 5,12...7,17
Jahr 2	1,67*** 1,28...2,17	3,42*** 1,93...6,04	1,88** 0,57...3,18	0,84 -0,19...1,87
Indexgruppe 6 (F10)	2,53*** 2,11...3,04	0,21*** 0,15...0,28	-0,99 -2,11...0,14	-3,31*** -4,20...-2,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,63*** 0,53...0,74	2,31*** 1,91...2,80	0,18 -0,73...1,09	3,00*** 2,28...3,72
Indexgruppe 9 (F43)	0,64*** 0,53...0,77	1,12 0,90...1,38	-2,61*** -3,62...-1,59	-0,28 -1,08...0,52
Psy A ¹	1,37*** 1,16...1,61	1,49*** 1,23...1,80	2,30*** 1,37...3,23	1,36*** 0,63...2,10
Psy B ²	1,01 0,82...1,25	0,91 0,71...1,17	0,36 -0,88...1,61	-0,71 -1,69...0,27
Alter	0,97 0,83...1,12	0,64*** 0,54...0,77	-1,20** -2,05...-0,34	-1,28*** -1,96...-0,61
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,82...1,09	1,18 0,99...1,41	0,01 -0,79...0,81	0,44 -0,19...1,07
Komorbidität ³	1,06*** 1,03...1,09	0,97 0,93...1,01	0,11 -0,07...0,30	-0,18* -0,33...-0,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,44** 1,17...1,79	0,17*** 0,11...0,26	1,03 -0,27...2,33	-3,11*** -4,13...-2,09
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,99 0,87...1,14	1,77*** 1,49...2,09	0,14 -0,64...0,92	1,68*** 1,07...2,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,08*** 0,07...0,10	0,38*** 0,32...0,46	-6,98*** -7,80...-6,16	-2,01*** -2,66...-1,37

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	0,62 -0,11...1,34	-1,01** -1,60...-0,43	0,46 -1,06...1,98
DID Jahr 2	0,24 -0,49...0,97	-0,39 -0,97...0,20	0,63 -0,90...2,15
Gruppe	0,15 -0,37...0,66	-0,07 -0,49...0,34	0,45 -0,63...1,53
Jahr 1	3,13*** 2,62...3,65	1,58*** 1,16...1,99	2,99*** 1,91...4,07
Jahr 2	1,84*** 1,32...2,35	0,93*** 0,52...1,34	0,23 -0,85...1,30
Indexgruppe 6 (F10)	-1,19*** -1,63...-0,75	-1,23*** -1,59...-0,88	-1,55** -2,48...-0,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,09 -0,27...0,45	0,32* 0,03...0,61	-0,95* -1,71...-0,20
Indexgruppe 9 (F43)	-1,07*** -1,47...-0,67	-0,32 -0,64...0,01	-2,18*** -3,02...-1,34
Psy A ¹	0,77*** 0,40...1,14	0,93*** 0,63...1,22	1,69*** 0,92...2,46
Psy B ²	0,37 -0,12...0,86	1,40*** 1,00...1,79	6,16*** 5,13...7,19
Alter	-0,05 -0,39...0,28	-0,14 -0,41...0,13	1,38*** 0,68...2,08
Geschlecht (m vs. w)	0,54** 0,22...0,85	0,57*** 0,31...0,82	0,94** 0,28...1,60
Komorbidität ³	-0,08* -0,15...-0,01	-0,08** -0,14...-0,02	1,89*** 1,74...2,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	-1,22*** -1,73...-0,71	-0,69** -1,10...-0,28	9,77*** 8,70...10,84
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,20 -0,11...0,51	0,43** 0,18...0,68	-0,17 -0,81...0,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,99*** 0,67...1,31	-0,37** -0,63...-0,11	-0,84* -1,52...-0,16

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,01 0,82...1,24	0,98 0,81...1,17	0,87 0,73...1,04
Indexgruppe 6 (F10)	0,32*** 0,22...0,45	0,23*** 0,17...0,31	0,24*** 0,18...0,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,26 0,99...1,60	1,24* 1,01...1,53	1,41** 1,14...1,74
Indexgruppe 9 (F43)	0,90 0,68...1,20	0,73* 0,57...0,94	0,82 0,64...1,05
Psy A ¹	1,54** 1,20...1,97	1,40** 1,13...1,74	1,49*** 1,20...1,85
Psy B ²	1,40* 1,04...1,88	1,51** 1,15...1,99	1,48** 1,12...1,96
Alter	0,81 0,64...1,01	0,82 0,67...1,00	0,79* 0,64...0,96
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,93...1,45	1,12 0,92...1,35	1,30** 1,07...1,57
Komorbidität ³	0,95 0,91...1,01	0,97 0,93...1,01	0,97 0,93...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,60* 0,40...0,91	0,42*** 0,29...0,60	0,57** 0,41...0,79
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15 0,93...1,42	1,13 0,94...1,36	1,12 0,93...1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,35* 1,04...1,76	1,88*** 1,49...2,38	1,91*** 1,50...2,45

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 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,04 0,62...1,74	1,12 0,70...1,81	0,99 0,60...1,63
Indexgruppe 6 (F10)	0,16*** 0,07...0,35	0,12*** 0,06...0,24	0,14*** 0,07...0,28
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19 0,67...2,14	0,90 0,51...1,57	1,17 0,64...2,13
Indexgruppe 9 (F43)	1,02 0,50...2,11	1,02 0,51...2,06	1,04 0,49...2,23
Psy A ¹	0,87 0,46...1,63	1,09 0,61...1,93	0,99 0,54...1,82
Psy B ²	1,06 0,53...2,11	0,80 0,42...1,52	1,19 0,59...2,38
Alter	1,08 0,63...1,86	0,93 0,56...1,55	1,24 0,72...2,13
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,64...1,89	0,94 0,57...1,57	0,72 0,42...1,25
Komorbidität ³	0,97 0,85...1,09	0,97 0,86...1,09	0,94 0,83...1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,91 0,38...2,19	0,49 0,21...1,14	1,03 0,46...2,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,85 0,50...1,44	1,08 0,67...1,75	0,99 0,59...1,64
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,45...1,50	2,13** 1,24...3,68	2,55** 1,39...4,67

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,07 -0,05...0,18	-9,13* -17,27...-0,99
DID Jahr 2	-0,05 -0,17...0,06	-4,24 -12,38...3,90
Gruppe	-0,12** -0,20...-0,04	-2,00 -7,78...3,77
Jahr 1	0,59*** 0,51...0,67	52,68*** 46,90...58,45
Jahr 2	-0,14** -0,22...-0,06	0,15 -5,62...5,93
Indexgruppe 6 (F10)	0,15*** 0,08...0,22	-11,16*** -16,16...-6,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,04 -0,02...0,10	12,46*** 8,24...16,67
Indexgruppe 9 (F43)	-0,12*** -0,18...-0,05	-8,64*** -13,02...-4,26
Psy A ¹	0,06 0,00...0,11	7,39*** 3,31...11,47
Psy B ²	0,18*** 0,10...0,27	-3,92 -9,85...2,01
Alter	-0,01 -0,06...0,04	8,31*** 4,80...11,82
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,06...0,04	3,15 -0,35...6,65
Komorbidität ³	0,00 -0,02...0,01	-0,52 -1,60...0,55
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,23** -0,40...-0,07	-24,16*** -35,61...-12,72
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,29*** -0,34...-0,24	-12,28*** -15,87...-8,69

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,13 -0,34...0,09
DID Jahr 2	-0,07 -0,29...0,14
Gruppe	0,04 -0,11...0,20
Jahr 1	0,77*** 0,61...0,92
Jahr 2	0,16* 0,01...0,31
Indexgruppe 6 (F10)	0,32*** 0,19...0,45
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,11* 0,00...0,22
Indexgruppe 9 (F43)	-0,07 -0,19...0,05
Psy A ¹	0,44*** 0,33...0,54
Psy B ²	0,58*** 0,44...0,72
Alter	1,37*** 1,27...1,46
Geschlecht (m vs. w)	0,06 -0,03...0,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,58*** 1,43...1,73
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,51*** 0,43...0,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,27*** -0,36...-0,17

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	0,84 0,63...1,10
Psy A ¹	0,43*** 0,28...0,64
Psy B ²	1,04 0,61...1,78
Alter	11,08*** 5,95...20,65
Geschlecht (m vs. w)	0,82 0,62...1,08
Komorbidität ³	1,25*** 1,19...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,57** 0,39...0,83
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,80 0,60...1,08
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,48*** 0,34...0,69

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,57*** 0,42...0,78	0,93 0,66...1,32	1,05 0,88...1,26
Psy A ¹	1,15 0,83...1,60	1,10 0,74...1,66	0,73* 0,58...0,93
Psy B ²	0,53* 0,30...0,93	1,58 0,96...2,60	0,79 0,56...1,10
Alter	0,99 0,71...1,37	0,83 0,56...1,23	1,21 0,99...1,48
Geschlecht (m vs. w)	1,15 0,83...1,58	1,29 0,88...1,89	0,73** 0,61...0,88
Komorbidität ³	1,08* 1,01...1,16	1,06 0,98...1,14	0,93* 0,88...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,83 0,43...1,61	1,07 0,58...1,99	1,25 0,88...1,78
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,77...1,42	1,25 0,87...1,80	0,95 0,79...1,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,79 0,58...1,08	0,97 0,68...1,39	0,57*** 0,46...0,70

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	477	482	454	433	430	457	470	441	423	411
durchschnittliche Kosten	2.660,13 €	3.149,52 €	2.541,50 €	2.647,43 €	2.372,78 €	2.597,93 €	2.571,06 €	2.456,49 €	2.862,91 €	2.890,34 €
Standardabweichung	5.153,65 €	7.901,60 €	4.863,82 €	7.490,00 €	4.981,76 €	5.475,09 €	5.294,52 €	5.350,72 €	18.451,71 €	10.278,44 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	332,16 €	271,48 €	279,98 €	277,48 €	245,95 €	224,35 €	280,97 €	241,86 €	250,15 €	208,79 €
Median	826,98 €	702,88 €	717,16 €	730,36 €	774,21 €	658,85 €	773,91 €	741,40 €	617,43 €	567,10 €
75%-Perzentil	2.540,14 €	2.539,68 €	2.423,12 €	2.165,32 €	2.178,89 €	2.269,74 €	2.531,28 €	2.354,02 €	1.972,21 €	1.917,73 €
Maximum	46.348,19 €	105.220,15 €	49.802,42 €	118.698,28 €	46.673,45 €	42.984,58 €	51.847,62 €	50.932,46 €	374.305,28 €	141.206,83 €

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	540	543	530	516	513	525	520	505	496	483
durchschnittliche Kosten	2.288,69 €	2.039,15 €	2.303,62 €	3.348,53 €	3.105,30 €	2.295,16 €	2.339,00 €	2.240,37 €	3.140,21 €	3.078,30 €
Standardabweichung	10.782,12 €	5.331,02 €	8.213,40 €	12.920,22 €	10.587,88 €	6.735,69 €	5.057,82 €	5.518,91 €	8.438,22 €	7.654,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	289,50 €	275,57 €	257,20 €	273,94 €	274,90 €	242,73 €	273,09 €	237,73 €	266,85 €	267,68 €
Median	640,92 €	630,36 €	639,23 €	742,18 €	803,63 €	613,51 €	632,22 €	614,02 €	864,88 €	868,68 €
75%-Perzentil	1.631,41 €	1.549,83 €	1.866,54 €	2.183,53 €	2.373,47 €	1.800,05 €	1.868,07 €	1.973,13 €	2.534,61 €	2.820,35 €
Maximum	228.333,04 €	78.450,48 €	148.246,94 €	232.360,77 €	189.021,07 €	118.757,33 €	42.726,54 €	79.365,42 €	132.240,65 €	100.351,47 €

Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	148	139	107	87	97	134	130	109	84	86
durchschnittliche Kosten	1.428,13 €	1.979,21 €	1.202,87 €	1.231,22 €	1.124,29 €	1.495,24 €	1.426,62 €	1.200,62 €	1.567,19 €	1.747,34 €
Standardabweichung	3.798,70 €	7.142,02 €	3.222,93 €	6.237,11 €	3.611,59 €	4.518,25 €	4.380,66 €	3.960,72 €	16.830,54 €	9.323,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.030,75 €	762,18 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	695,49 €	709,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	36.814,40 €	103.777,62 €	23.552,60 €	112.391,83 €	40.943,63 €	36.522,83 €	50.206,78 €	42.328,82 €	350.075,08 €	140.414,67 €

Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	125	112	105	116	114	116	118	124	122	129
durchschnittliche Kosten	1.108,92 €	830,85 €	891,38 €	1.503,03 €	1.368,52 €	1.301,26 €	1.309,66 €	1.304,53 €	1.775,18 €	1.740,91 €
Standardabweichung	6.820,85 €	2.980,93 €	4.038,65 €	6.744,85 €	5.656,58 €	6.035,99 €	4.196,85 €	5.069,24 €	7.183,49 €	6.527,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	746,44 €
Maximum	151.191,08 €	33.728,92 €	77.951,12 €	126.396,89 €	105.681,33 €	115.796,81 €	42.413,82 €	78.647,38 €	127.126,37 €	98.601,39 €

Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	17,67 €	24,56 €	18,63 €	11,28 €	78,69 €	7,40 €	0,00 €	10,85 €	2,74 €	3,78 €
Standardabweichung	163,32 €	326,48 €	349,87 €	141,59 €	1.212,40 €	116,89 €	0,00 €	134,89 €	41,57 €	57,74 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.155,70 €	6.565,51 €	7.505,91 €	2.301,19 €	25.173,57 €	2.128,23 €	0,00 €	1.933,73 €	720,65 €	1.046,14 €

Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	18,36 €	32,86 €	8,76 €	16,22 €	7,77 €	15,75 €	3,19 €	6,12 €	20,78 €	14,89 €
Standardabweichung	164,54 €	598,26 €	84,46 €	155,93 €	95,78 €	176,05 €	69,07 €	95,71 €	231,54 €	173,53 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.160,19 €	13.795,00 €	1.200,00 €	2.238,10 €	1.770,27 €	2.718,44 €	1.597,71 €	1.599,76 €	3.075,45 €	3.001,28 €

Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	47	47	42	38	29	30	47	38	28	24
durchschnittliche Kosten	26,97 €	40,65 €	37,78 €	40,17 €	21,32 €	25,75 €	43,92 €	47,15 €	15,58 €	29,16 €
Standardabweichung	123,70 €	192,29 €	199,35 €	254,48 €	131,71 €	199,20 €	223,91 €	477,36 €	80,61 €	187,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.777,45 €	2.141,50 €	2.713,34 €	4.441,85 €	1.798,95 €	3.511,69 €	2.767,12 €	9.949,74 €	827,45 €	2.096,21 €

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	44	47	47	47	49	36	35	33	39	34
durchschnittliche Kosten	39,33 €	41,71 €	26,65 €	30,06 €	31,95 €	18,18 €	14,56 €	26,02 €	25,59 €	31,37 €
Standardabweichung	370,82 €	332,43 €	119,79 €	129,79 €	141,66 €	94,38 €	98,38 €	223,25 €	135,53 €	218,23 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	7.606,80 €	6.190,29 €	1.232,20 €	1.292,19 €	1.907,52 €	1.295,15 €	1.823,98 €	3.916,65 €	2.048,54 €	3.974,66 €

Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	474	479	452	433	426	453	466	438	420	403
durchschnittliche Kosten	458,00 €	434,25 €	460,32 €	473,00 €	410,00 €	485,44 €	463,51 €	496,15 €	504,13 €	409,33 €
Standardabweichung	387,28 €	371,39 €	437,50 €	444,49 €	368,95 €	454,32 €	428,09 €	474,86 €	849,40 €	524,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	204,08 €	169,44 €	180,50 €	184,89 €	154,63 €	177,36 €	163,57 €	157,78 €	177,83 €	135,18 €
Median	369,86 €	339,22 €	323,05 €	338,31 €	307,65 €	345,89 €	328,41 €	356,21 €	341,76 €	290,70 €
75%-Perzentil	584,20 €	578,71 €	605,95 €	649,94 €	556,20 €	651,41 €	629,05 €	664,31 €	632,81 €	513,88 €
Maximum	2.674,65 €	2.280,68 €	3.258,35 €	3.647,17 €	2.263,37 €	2.735,15 €	2.579,08 €	2.779,83 €	15.559,43 €	7.528,30 €

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	539	542	529	516	511	519	517	502	494	480
durchschnittliche Kosten	424,46 €	403,64 €	422,60 €	466,75 €	444,21 €	517,44 €	477,87 €	434,24 €	478,32 €	501,29 €
Standardabweichung	332,43 €	333,11 €	365,38 €	576,34 €	397,48 €	1.564,02 €	911,45 €	460,74 €	500,30 €	616,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	222,21 €	189,69 €	165,09 €	176,14 €	165,63 €	177,72 €	177,65 €	147,04 €	138,16 €	152,69 €
Median	335,07 €	305,39 €	311,32 €	313,07 €	331,78 €	330,62 €	323,39 €	320,89 €	343,86 €	339,69 €
75%-Perzentil	539,01 €	529,99 €	569,47 €	611,91 €	599,01 €	591,60 €	569,11 €	600,02 €	663,02 €	625,61 €
Maximum	3.112,60 €	2.489,12 €	2.039,94 €	9.488,58 €	3.094,15 €	32.939,00 €	18.275,17 €	5.168,82 €	5.174,44 €	6.348,45 €

Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	442	482	482	459	446	435
N mit Fall	422	415	396	379	384	382	399	369	365	367
durchschnittliche Kosten	648,64 €	589,01 €	724,70 €	786,47 €	678,00 €	515,00 €	542,11 €	606,30 €	677,13 €	643,35 €
Standardabweichung	2.282,60 €	2.073,78 €	2.743,21 €	2.859,43 €	1.903,49 €	2.081,25 €	1.942,89 €	2.759,57 €	3.220,79 €	2.417,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	31,30 €	26,24 €	27,50 €	32,91 €	44,84 €	14,09 €	24,70 €	16,03 €	25,76 €	19,16 €
Median	116,09 €	114,45 €	133,59 €	143,18 €	153,72 €	90,79 €	108,54 €	106,56 €	103,59 €	97,68 €
75%-Perzentil	398,63 €	452,58 €	470,09 €	539,03 €	557,75 €	335,72 €	424,84 €	398,23 €	405,97 €	404,04 €
Maximum	27.253,27 €	33.387,48 €	34.265,91 €	35.132,71 €	27.170,58 €	37.131,20 €	36.535,02 €	43.452,90 €	55.358,56 €	30.442,57 €

Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	454	460	444	449	439	416	432	418	429	427
durchschnittliche Kosten	649,57 €	659,25 €	883,70 €	1.229,96 €	1.163,02 €	389,42 €	448,86 €	399,21 €	752,66 €	704,30 €
Standardabweichung	4.618,49 €	3.761,98 €	6.785,13 €	10.739,41 €	8.640,35 €	1.088,18 €	1.484,48 €	956,81 €	3.287,08 €	2.066,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,05 €	26,58 €	25,62 €	33,10 €	35,86 €	12,92 €	15,75 €	16,51 €	29,31 €	41,40 €
Median	114,85 €	123,01 €	119,39 €	147,70 €	164,33 €	81,33 €	96,10 €	99,88 €	147,51 €	163,79 €
75%-Perzentil	322,33 €	397,40 €	448,33 €	494,06 €	588,75 €	311,56 €	307,88 €	367,91 €	507,48 €	560,74 €
Maximum	78.961,95 €	75.586,57 €	146.472,79 €	230.009,47 €	187.626,04 €	15.444,39 €	25.480,48 €	14.421,52 €	63.895,97 €	30.269,39 €

Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	486	486	465	450	432	482	482	459	446	423
N mit Fall	120	120	105	118	76	99	112	93	97	58
durchschnittliche Kosten	80,71 €	81,84 €	97,21 €	105,30 €	61,89 €	69,10 €	94,90 €	95,41 €	96,14 €	47,63 €
Standardabweichung	367,29 €	333,15 €	402,85 €	382,50 €	243,22 €	247,50 €	349,63 €	381,83 €	404,68 €	177,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	58,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.563,00 €	6.207,02 €	6.191,60 €	5.189,40 €	3.666,90 €	2.936,50 €	3.732,86 €	3.895,86 €	6.496,72 €	1.862,23 €

Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	546	546	540	530	524	538	538	526	517	507
N mit Fall	108	118	102	127	122	92	102	80	86	96
durchschnittliche Kosten	48,06 €	70,82 €	70,53 €	102,52 €	89,84 €	53,10 €	84,85 €	70,24 €	87,68 €	85,55 €
Standardabweichung	135,38 €	286,28 €	336,20 €	464,02 €	339,89 €	181,94 €	353,05 €	339,87 €	333,15 €	424,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.022,50 €	5.180,38 €	5.855,82 €	8.005,57 €	3.566,66 €	1.630,63 €	4.503,00 €	3.880,39 €	2.960,18 €	6.182,72 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	2.017	2.022	2.001	2.015
durchschnittliche Kosten	2.787,74 €	3.121,31 €	3.003,44 €	3.035,82 €
Standardabweichung	6.243,26 €	9.455,22 €	8.291,96 €	9.607,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	291,88 €	271,51 €	270,89 €	261,34 €
Median	810,04 €	697,99 €	753,89 €	742,55 €
75%-Perzentil	2.540,46 €	2.389,90 €	2.621,05 €	2.458,74 €
Maximum	115.245,25 €	236.583,09 €	208.224,48 €	261.240,51 €

Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	627	557	591	530
durchschnittliche Kosten	1.525,57 €	1.842,04 €	1.799,24 €	1.762,93 €
Standardabweichung	4.981,25 €	8.293,08 €	7.553,32 €	8.801,07 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	898,99 €	741,74 €	820,62 €	696,92 €
Maximum	108.142,64 €	230.197,39 €	206.442,01 €	261.202,95 €

Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	34	23	13	10
durchschnittliche Kosten	25,49 €	20,86 €	11,63 €	13,24 €
Standardabweichung	220,62 €	260,26 €	184,44 €	235,68 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.040,18 €	6.565,51 €	6.155,41 €	5.913,77 €

Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	180	174	151	155
durchschnittliche Kosten	31,86 €	43,04 €	29,51 €	31,62 €
Standardabweichung	189,48 €	299,23 €	219,15 €	218,41 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.527,30 €	6.560,71 €	4.937,20 €	4.615,05 €

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	2.004	2.013	1.988	1.996
durchschnittliche Kosten	457,86 €	434,47 €	532,11 €	496,17 €
Standardabweichung	412,18 €	403,48 €	656,55 €	532,43 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	182,26 €	165,03 €	183,82 €	158,16 €
Median	359,18 €	336,43 €	375,85 €	350,82 €
75%-Perzentil	612,04 €	584,75 €	710,41 €	655,68 €
Maximum	4.876,81 €	5.510,64 €	15.423,65 €	7.203,19 €

Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	1.765	1.740	1.702	1.715
durchschnittliche Kosten	666,81 €	708,40 €	531,87 €	632,55 €
Standardabweichung	2.657,41 €	3.251,47 €	1.967,07 €	2.573,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	27,74 €	24,89 €	19,79 €	21,66 €
Median	116,64 €	118,88 €	96,13 €	105,51 €
75%-Perzentil	391,82 €	435,52 €	381,08 €	418,57 €
Maximum	64.309,54 €	71.922,84 €	37.131,20 €	46.822,89 €

Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.066	2.066	2.066	2.066
N mit Fall	465	414	482	447
durchschnittliche Kosten	80,14 €	72,50 €	99,08 €	99,31 €
Standardabweichung	304,19 €	273,47 €	370,26 €	416,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.563,00 €	6.207,02 €	5.274,40 €	8.644,36 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	1.502	1.517	1.436	1.490	1.506	1.425
durchschnittliche Kosten	2.706,28 €	3.037,19 €	2.733,83 €	2.846,41 €	2.801,25 €	2.490,08 €
Standardabweichung	6.212,92 €	8.149,26 €	7.824,10 €	7.126,40 €	6.574,33 €	5.829,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	293,18 €	289,97 €	264,34 €	248,71 €	261,03 €	229,58 €
Median	803,95 €	702,42 €	696,55 €	702,07 €	742,58 €	677,32 €
75%-Perzentil	2.525,94 €	2.365,68 €	2.188,78 €	2.430,83 €	2.537,81 €	2.122,18 €
Maximum	115.245,25 €	105.220,15 €	207.772,50 €	164.079,04 €	119.306,92 €	59.232,34 €

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	461	409	334	428	402	323
durchschnittliche Kosten	1.493,67 €	1.825,54 €	1.408,73 €	1.662,54 €	1.523,18 €	1.247,60 €
Standardabweichung	5.063,04 €	7.197,49 €	6.595,39 €	6.218,05 €	5.443,71 €	4.467,73 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	875,62 €	720,50 €	0,00 €	750,84 €	709,73 €	0,00 €
Maximum	108.142,64 €	103.777,62 €	203.515,15 €	157.418,28 €	117.553,36 €	56.640,88 €

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	25	19	15	<10	<10	10
durchschnittliche Kosten	24,43 €	24,03 €	39,58 €	7,05 €	9,90 €	10,03 €
Standardabweichung	209,61 €	288,17 €	850,69 €	109,57 €	204,75 €	141,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.040,18 €	6.565,51 €	31.223,32 €	2.389,33 €	5.896,16 €	3.028,38 €

Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	129	127	120	105	114	111
durchschnittliche Kosten	31,17 €	42,05 €	43,32 €	25,84 €	32,22 €	29,66 €
Standardabweichung	195,74 €	288,46 €	287,30 €	193,10 €	220,63 €	286,45 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.527,30 €	6.560,71 €	4.729,08 €	4.152,99 €	4.615,05 €	9.949,74 €

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	1.491	1.511	1.429	1.482	1.492	1.414
durchschnittliche Kosten	449,97 €	437,42 €	444,70 €	519,80 €	499,95 €	479,55 €
Standardabweichung	387,81 €	391,49 €	419,85 €	684,58 €	521,99 €	495,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	183,61 €	170,48 €	159,43 €	178,10 €	161,72 €	151,45 €
Median	353,79 €	339,81 €	323,05 €	364,34 €	349,55 €	343,05 €
75%-Perzentil	601,95 €	586,75 €	602,08 €	682,67 €	657,44 €	656,01 €
Maximum	3.754,16 €	5.510,64 €	3.258,35 €	15.423,65 €	4.908,47 €	5.854,46 €

Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	1.317	1.295	1.239	1.257	1.284	1.220
durchschnittliche Kosten	630,75 €	628,77 €	703,56 €	540,29 €	626,35 €	631,51 €
Standardabweichung	2.534,61 €	2.559,96 €	2.577,57 €	2.073,07 €	2.528,65 €	2.584,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,51 €	24,09 €	24,14 €	16,30 €	20,08 €	20,20 €
Median	112,02 €	113,18 €	119,58 €	92,93 €	103,76 €	107,80 €
75%-Perzentil	399,23 €	452,28 €	467,60 €	361,21 €	407,28 €	387,36 €
Maximum	64.309,54 €	66.782,64 €	46.937,33 €	37.131,20 €	39.547,10 €	43.452,90 €

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.541	1.541	1.479	1.541	1.541	1.477
N mit Fall	351	345	300	339	363	296
durchschnittliche Kosten	76,31 €	79,38 €	93,93 €	90,90 €	109,66 €	91,73 €
Standardabweichung	301,47 €	293,15 €	495,70 €	357,39 €	445,62 €	427,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.563,00 €	6.207,02 €	13.575,36 €	5.274,40 €	8.644,36 €	6.807,50 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	958	971	925	883	943	960	907	874
durchschnittliche Kosten	2.725,25 €	3.068,52 €	2.696,27 €	2.630,84 €	2.831,99 €	2.686,88 €	2.479,07 €	2.511,84 €
Standardabweichung	6.366,05 €	8.000,29 €	5.686,73 €	6.794,35 €	7.572,48 €	6.513,12 €	5.671,34 €	13.339,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	291,16 €	293,22 €	281,70 €	245,99 €	258,16 €	267,10 €	239,26 €	236,73 €
Median	813,66 €	741,50 €	725,02 €	675,25 €	680,34 €	748,61 €	752,32 €	599,45 €
75%-Perzentil	2.526,42 €	2.566,26 €	2.318,61 €	2.251,62 €	2.532,93 €	2.670,38 €	2.247,60 €	2.031,18 €
Maximum	115.245,25 €	105.220,15 €	63.982,23 €	118.698,28 €	164.079,04 €	119.306,92 €	59.232,34 €	374.305,28 €

Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	588	590	576	557	574	570	553	541
durchschnittliche Kosten	2.270,15 €	2.065,30 €	2.280,70 €	3.216,01 €	2.313,21 €	2.324,72 €	2.239,48 €	3.139,62 €
Standardabweichung	10.410,76 €	5.576,55 €	7.955,02 €	12.426,90 €	6.536,27 €	5.028,65 €	5.347,03 €	8.294,33 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	287,95 €	258,60 €	248,46 €	261,69 €	254,14 €	274,15 €	242,67 €	234,71 €
Median	666,37 €	621,61 €	640,25 €	738,11 €	643,79 €	663,97 €	630,21 €	838,09 €
75%-Perzentil	1.623,88 €	1.547,06 €	1.877,21 €	2.170,25 €	1.918,11 €	1.873,29 €	2.050,47 €	2.566,72 €
Maximum	228.333,04 €	78.450,48 €	148.246,94 €	232.360,77 €	118.757,33 €	42.726,54 €	79.365,42 €	132.240,65 €

Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	294	281	220	187	283	266	217	186
durchschnittliche Kosten	1.502,59 €	1.887,59 €	1.315,32 €	1.380,57 €	1.660,96 €	1.486,57 €	1.212,11 €	1.352,05 €
Standardabweichung	5.058,35 €	7.238,66 €	3.899,13 €	5.768,08 €	6.704,30 €	5.536,11 €	4.103,80 €	12.068,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	853,48 €	775,80 €	0,00 €	0,00 €	817,74 €	739,22 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	108.142,64 €	103.777,62 €	53.711,85 €	112.391,83 €	157.418,28 €	117.553,36 €	52.131,86 €	350.075,08 €

Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	144	122	116	126	132	129	138	134
durchschnittliche Kosten	1.114,49 €	875,02 €	897,41 €	1.455,19 €	1.281,50 €	1.264,52 €	1.290,85 €	1.814,83 €
Standardabweichung	6.587,57 €	3.262,00 €	3.936,45 €	6.508,33 €	5.806,98 €	4.120,94 €	4.898,14 €	7.115,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	151.191,08 €	37.650,85 €	77.951,12 €	126.396,89 €	115.796,81 €	42.413,82 €	78.647,38 €	127.126,37 €

Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	19	10	10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	26,71 €	16,96 €	22,55 €	7,82 €	6,53 €	7,65 €	14,24 €	4,24 €
Standardabweichung	215,25 €	242,45 €	300,78 €	106,62 €	100,47 €	195,01 €	174,20 €	92,37 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.040,18 €	6.565,51 €	7.505,91 €	2.301,19 €	2.128,23 €	5.896,16 €	3.028,38 €	2.652,05 €

Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	16,85 €	30,16 €	8,05 €	14,92 €	14,41 €	2,92 €	7,23 €	19,04 €
Standardabweichung	157,69 €	573,13 €	80,96 €	149,63 €	168,44 €	66,07 €	99,47 €	221,74 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.160,19 €	13.795,00 €	1.200,00 €	2.238,10 €	2.718,44 €	1.597,71 €	1.599,76 €	3.075,45 €

Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	81	86	81	81	68	80	68	58
durchschnittliche Kosten	27,86 €	46,61 €	41,14 €	42,33 €	26,30 €	32,39 €	33,08 €	17,73 €
Standardabweichung	184,68 €	328,89 €	251,03 €	303,08 €	191,17 €	182,53 €	344,02 €	94,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.527,30 €	6.560,71 €	3.385,12 €	6.389,19 €	3.511,69 €	2.767,12 €	9.949,74 €	1.490,47 €

Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	47	50	50	48	41	40	35	42
durchschnittliche Kosten	37,34 €	39,14 €	25,86 €	28,32 €	17,73 €	14,52 €	24,71 €	24,24 €
Standardabweichung	355,81 €	318,86 €	116,59 €	125,64 €	91,39 €	95,24 €	214,23 €	130,33 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	7.606,80 €	6.190,29 €	1.232,20 €	1.292,19 €	1.295,15 €	1.823,98 €	3.916,65 €	2.048,54 €

Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	951	966	921	881	937	951	903	865
durchschnittliche Kosten	451,95 €	440,17 €	463,55 €	436,17 €	517,22 €	486,96 €	498,92 €	469,99 €
Standardabweichung	389,22 €	368,41 €	425,52 €	418,90 €	709,15 €	498,63 €	507,73 €	686,90 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	181,69 €	169,61 €	173,58 €	156,19 €	179,39 €	161,89 €	162,16 €	138,60 €
Median	350,85 €	342,70 €	334,41 €	313,40 €	355,52 €	341,00 €	359,29 €	320,81 €
75%-Perzentil	597,52 €	597,89 €	626,19 €	589,11 €	677,97 €	642,65 €	691,48 €	616,58 €
Maximum	2.674,65 €	2.280,68 €	3.258,35 €	3.647,17 €	15.423,65 €	4.658,74 €	5.854,46 €	15.559,43 €

Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	587	589	575	554	568	567	549	538
durchschnittliche Kosten	418,96 €	395,18 €	415,59 €	453,77 €	518,41 €	472,90 €	436,33 €	468,52 €
Standardabweichung	330,13 €	330,82 €	359,51 €	562,61 €	1.500,05 €	875,42 €	453,91 €	490,71 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	213,28 €	186,37 €	159,93 €	172,80 €	185,85 €	182,02 €	150,48 €	133,95 €
Median	328,47 €	296,61 €	307,61 €	305,02 €	340,37 €	336,74 €	327,41 €	340,51 €
75%-Perzentil	538,25 €	514,97 €	563,99 €	595,75 €	601,70 €	568,77 €	602,92 €	642,41 €
Maximum	3.112,60 €	2.489,12 €	2.039,94 €	9.488,58 €	32.939,00 €	18.275,17 €	5.168,82 €	5.174,44 €

Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	836	824	796	775	793	815	770	744
durchschnittliche Kosten	632,25 €	591,32 €	730,44 €	673,07 €	537,75 €	570,33 €	618,28 €	590,91 €
Standardabweichung	2.810,42 €	2.057,68 €	2.842,11 €	2.254,00 €	2.212,71 €	2.256,77 €	2.712,79 €	2.612,63 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,06 €	25,20 €	25,93 €	25,55 €	15,55 €	22,04 €	18,86 €	18,33 €
Median	112,97 €	112,97 €	123,73 €	122,70 €	91,07 €	102,70 €	106,16 €	103,69 €
75%-Perzentil	379,31 €	445,30 €	454,39 €	530,76 €	348,27 €	409,51 €	389,01 €	374,55 €
Maximum	64.309,54 €	33.387,48 €	46.937,33 €	35.132,71 €	37.131,20 €	36.535,02 €	43.452,90 €	55.358,56 €

Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	493	498	483	481	458	469	460	469
durchschnittliche Kosten	635,78 €	654,43 €	863,75 €	1.166,41 €	427,97 €	483,18 €	411,99 €	729,00 €
Standardabweichung	4.452,41 €	3.649,67 €	6.519,56 €	10.306,17 €	1.352,12 €	1.724,18 €	979,09 €	3.156,12 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,03 €	24,95 €	25,36 €	31,64 €	13,43 €	15,62 €	17,04 €	28,70 €
Median	108,87 €	120,30 €	116,69 €	143,08 €	84,59 €	97,51 €	101,55 €	139,34 €
75%-Perzentil	320,40 €	398,64 €	452,61 €	493,45 €	335,47 €	341,59 €	374,97 €	507,63 €
Maximum	78.961,95 €	75.586,57 €	146.472,79 €	230.009,47 €	20.942,10 €	25.480,48 €	14.421,52 €	63.895,97 €

Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	984	984	945	919	984	984	942	914
N mit Fall	238	227	224	192	211	219	201	169
durchschnittliche Kosten	83,88 €	85,87 €	123,27 €	90,87 €	83,22 €	102,98 €	102,46 €	76,93 €
Standardabweichung	330,06 €	316,95 €	605,51 €	372,44 €	315,26 €	398,04 €	442,00 €	388,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.563,00 €	6.207,02 €	13.575,36 €	5.280,98 €	4.044,49 €	4.951,86 €	6.807,50 €	7.085,90 €

Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	595	595	588	576	588	588	576	564
N mit Fall	116	125	116	134	106	118	90	97
durchschnittliche Kosten	46,73 €	71,37 €	70,04 €	97,39 €	53,19 €	86,68 €	68,37 €	83,98 €
Standardabweichung	132,53 €	285,00 €	324,56 €	447,15 €	176,58 €	349,10 €	327,12 €	321,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.022,50 €	5.180,38 €	5.855,82 €	8.005,57 €	1.630,63 €	4.503,00 €	3.880,39 €	2.960,18 €

14.4.5 Zusatztabelle Patientenmix

Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	44	400	0,000	36	333	0,000	46	425	0,000	34	409	0,001	34	396	0,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	38	357	0,000	42	336	0,000	44	379	0,000	65	288	0,000	45	238	0,000
vs+PIA	80	3.765	0,000	78	3.513	0,000	74	3.299	0,000	97	3.219	0,000	79	3.123	0,000
vs+HT															
TK+PIA	193	1.138	0,000	173	998	0,000	154	1.167	0,000	126	1.453	0,000	92	1.440	0,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	314	10.985	0,000	296	9.760	0,000	317	9.016	0,000	235	8.738	0,000	211	7.216	0,000
TK	140	820	0,000	137	769	0,000	174	775	0,000	178	826	0,000	131	656	0,000
PIA	546	16.980	0,000	576	18.649	0,000	679	18.771	0,000	786	19.196	0,001	797	19.789	0,036
HT															
Gesamtergebnis	1.355	34.445	0,000	1.338	34.358	0,000	1.488	33.832	0,000	1.521	34.129	0,000	1.389	32.858	0,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

14.4.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)

