

Zwischenbericht

LWL-Universitätsklinikum Bochum

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 19.08.2020

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹,
Christopher **Schrey**, M.Sc.², Prof. Dr. Stefanie **March**, M.A.^{3 5}, Dipl-Phys. Martin
Seifert¹, Denise **Kubat**, B.A.³, Dr. rer. nat. Olaf **Schoffer**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

⁵ Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

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..... 19

2. Hintergrund 29

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes..... 29

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten 29

5. Methoden 29

6. Aufbereitung der Sekundärdaten..... 30

6.1 Patientenmatching 32

7. Darstellung Modellvorhaben LWL-Universitätsklinikum Bochum 35

8. Ergebnisse: Effektivität 36

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe 37

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter 46

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer 48

8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen..... 64

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik..... 79

8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem 107

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping 109

8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten..... 116

8.2.7 Wiederaufnahmeraten..... 127

8.2.8 Komorbidität 131

8.2.9 Mortalität 135

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung..... 140

8.2.11 Leitlinienadhärenz 150

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung 158

9.1 Patientenmix 158

9.2 Leistungserbringung 163

10. Ergebnisse: Kosten..... 170

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten 170

10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen..... 175

10.3 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen 178

10.4 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen
181

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 185	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	188
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	191
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	194
11.	Ergebnisse: Effizienz	197
12.	Diskussion	199
12.1	Hauptergebnisse	199
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich).....	205
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	208
13.	Literatur	210
14.	Anhang.....	211
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	211
14.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	240
14.3	Ergebnisse Modellierung.....	260
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 307	
14.5	Ergebnisse Kosten	308
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ...	312
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	315
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	321
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	326
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 327	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 328	

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 eins, 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 KG stärkere Zunahme als in IG
- 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 eins, 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 eins, 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 KG stärkere Abnahme als in IG

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 dem 1. Jahr ableiten, kumuliert über beide Gruppen.

ICER (inkrementeller Kosteneffektivitätsquotient) drückt die Kosten- und Effektivitätsunterschiede zweier zu vergleichender 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.

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 worden ist (entweder Interventionsklinik oder Kontrollklinik).

Loglineare Multi-level-Modelle oder auch Mehrebenenmodelle bezeichnet eine Gruppe statistischer Verfahren zur Analyse hierarchisch strukturierter bzw. gruppierter Daten. Loglinear bezieht sich auf eine im Modell stattfindende logarithmische Transformation des Erwartungswertes. Durch diese Transformation wird das an sich additive Regressionsmodell zu einem Modell, in dem Zusammenhänge multiplikativ abgebildet werden.

Nullinflation beschreibt ein empirisches Phänomen, in dem Beobachtungswerte mit dem Wert "0" weit häufiger ausgeprägt sind, als dies durch die üblicherweise verwendete Poissonverteilung vorhergesagt werden würde.

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.

Peak beschreibt ein spitzes Maximum im Verlauf einer Kurve.

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. Für die ersten Zwischenberichte entspricht dieser Zeitraum einem Jahr.

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.

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.

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

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.

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.

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .	52
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	60
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	68
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	76
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	92
Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	103
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	107
Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	108
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	112
Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	114
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	119
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	125
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	127
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	129
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	132
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	134
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	136
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	138
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	143
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	148
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	150
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	156
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	159
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	160
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	162
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	171
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	172

Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	175
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	176
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	177
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	178
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	180
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	181
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	182
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	183
Abbildung 38: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Abbildung 39: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	186
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	187
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	189
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	190
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	192
Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	193
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	194

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	195
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	196
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	198
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	240
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	244
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	247
Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	250
Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	252
Abbildung 56: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	253
Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	254
Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	255
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität.....	256
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	257
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	258
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	326

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	33
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken	33
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	34
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle	37
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle	40
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	49
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	59
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	65
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	75
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	80
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	99
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	107
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	108
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	110
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	114
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	117
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	124
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	127
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	128
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	131
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	133
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	135
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	138
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	141
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	147
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	151
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	152
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	153
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	155
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	158
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	159
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	161
Tabelle 33: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	164
Tabelle 34: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	165

Tabelle 35: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 165

Tabelle 36: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 166

Tabelle 37: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 167

Tabelle 38: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 168

Tabelle 39: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 168

Tabelle 40: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 169

Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 170

Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 171

Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 172

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 173

Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 175

Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 176

Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 177

Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 178

Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 179

Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 180

Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 181

Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 182

Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 183

Tabelle 54: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Tabelle 55: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	186
Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	187
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	189
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	190
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	192
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	193
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	194
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	195
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	196
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	197
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr	197
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	211
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	213
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	215
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	223
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	229
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	230
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	232
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	234
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	236
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	237
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	238
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	261

Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	263
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	265
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr.....	267
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	270
Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	272
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	274
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	276
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	278
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	280
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	282
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	283
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	284
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	285
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	286
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	287
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	288
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	289
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	290
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr.....	291
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	293
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	294
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	295
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	298
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	299
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	300
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	301
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	302

Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	304
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr	306
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	307
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	312
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	312
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	312
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	313
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	313
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	313

Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	314
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	322
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	322
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	322

Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	324
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	324
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	324
Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	326
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	327
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	327
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	327
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	327
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	328
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	328

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-effektiveren Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V des LWL-Universitätsklinikums Bochum. Das Klinikum startete zum 01.12.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten des LWL-Universitätsklinikums Bochum mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach § 64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu drei Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet (bzw. bis zu zwei Jahre bei dem Zielkriterium Wiederaufnahmerate). Längere Beobachtungszeiten sind für den später folgenden Abschlussbericht vorgesehen.

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): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84), sowie Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für das LWL-Universitätsklinikum Bochum 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 zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt. Dabei 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. 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 zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

Primäre Outcomes der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Outcomes wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder Krankenhausshopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitverlauf verglichen. Die Analyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung der Patienten

mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

Für die Langzeitbetrachtung wurden getrennt für die Kohorte der klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr deskriptive Auswertungen in Zeitscheiben vorgenommen bis einschließlich zum Ende des dritten Modelljahres. Die Kennwerte hinsichtlich des jeweiligen Outcomes wurden für die Modell- und Kontrollpatienten gegenübergestellt. Die dabei entstandenen Zeitreihen mit aggregierten Kenngrößen des Outcome-Verlaufs vom Prä-Jahr bis einschließlich zum dritten Modelljahr wurden grafisch als Liniendiagramme abgebildet. Eine Signifikanzaussage wurde aus diesen Bereichen nicht abgeleitet.

Für die Difference-in-Difference-Modellierung 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 loglineare Multi-Level-Modelle für alle Outcomes berechnet, mit deren Hilfe Behandlungseffekte zwischen den Gruppen im Zeitverlauf analysiert wurden. Die graphische Darstellung der Ergebnisse dieser Analysen erfolgte über sogenannte Interaktionsgrafiken, in denen deskriptiv die Veränderungen hinsichtlich des Zielkriteriums zwischen den Gruppen über den Zeitverlauf dargestellt sind. 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 Outcomes – 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

Die Studienpopulation für das LWL-Universitätsklinikum Bochum für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.529 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Daher waren das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 48 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Das Niveau des Peaks im ersten Jahr nach Referenzfall war dabei in der IG um 9,0 vollstationäre Tage geringer und war ansonsten zwischen IG und KG vergleichbar. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG niedriger als in der KG (Seite 49 ff.). Auch bei den linikbekanntnen Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen und einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG. Die Dauer teilstationärer Aufenthalte war in der IG zunächst etwas geringer, glich sich jedoch über den patientenindividuellen Zeitverlauf an und war ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar. Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnose verzeichnete bei den linikneuen Patienten einen ähnlichen Verlauf wie der der vollstationären Tage mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Dieser Peak war, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, in der IG geringer als in der KG. Bei den linikbekanntnen Patienten waren diese Anteile in der IG stets geringer als in der KG und dies bereits ab dem Jahr vor Referenzfall. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen in der IG eine statistisch signifikant geringere Steigerung vollstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG. Auch die Zunahme teilstationärer Tage im ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (Seite 59 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der Teilgruppe der erwerbstätigen Patienten in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieb bei den linikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Dabei war jedoch der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG um ca. 10,4 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG. Auf der anderen Seite waren die AU-Tage im Jahr vor Referenzfall sowie im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Bei den linikbekanntnen Patienten wies die IG stets leicht geringere Anzahlen

an *AU-Episoden* im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied bestand bereits vor Referenzfall. Die Verläufe waren parallel. Bei den *AU-Tagen* ist bereits im Präzeitraum ein großer Unterschied an *AU-Tagen* zwischen IG und KG ersichtlich. Im Laufe der patientenindividuellen Zeit sanken jedoch die *AU-Tage* in der IG stärker als in der KG, so dass im dritten Jahr nach Referenzfall die *AU-Tage* unter denen der KG fielen (Seite 117 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Verlauf der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen sehr vergleichbar, jedoch wies die IG einen statistisch signifikant geringeren Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG auf. Die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG (Seite 124 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigte sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 64 ff.) linikneuer Patienten in allen Jahren stets eine höhere *PIA*-Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Auch war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Die Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war in der IG stets größer als in der KG. Auch hier war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (Seite 65 ff.). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich nur ein kleiner Peak in der *PIA*-Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall. Der Verlauf war zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* linikbekannter Patienten war der Verlauf zwischen IG und KG vergleichbar. Hier wies die IG jedoch stets eine leicht höhere Inanspruchnahme im Vergleich zur KG auf (Seite 65 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der *PIA*-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG. Auch die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant stärker als in der KG (Seite 75 ff.).

Bei dem Outcome *Behandlungskontinuität* (Seite 79 ff.) zeigte sich bei den linikneuen Patienten für alle Patienten ab Referenzfall in der IG eine größere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG. Dies trifft für alle Untersuchungszeiträume (7, 30 und 90 Tage) zu. Bei den linikbekannten Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG meist etwas größer als in der KG. Nur im dritten Jahr nach Referenzfall bei 7 Tagen Nachbeobachtung und im zweiten Jahr nach Referenzfall waren IG und KG vergleichbar. Im ersten Jahr nach Referenzfall bei 7 Tagen Nachbeobachtung wies die IG geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG auf. Bei den restlichen Untersuchungen war die Behandlungskontinuität in der IG größer als in der KG. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich keine statistisch signifikant verschiedene Veränderung der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG vs. KG und im Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dies traf auf alle drei Nachbeobachtungszeiträume (7, 30 oder 90 Tage) zu. Zu beachten ist jedoch, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Präzeitraum sehr gering waren.

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 127 ff.) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und

einer erneuten vollstationären Behandlung war jedoch in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG.

Bezüglich des Outcomes *Progressionsrate* (Seite 140 ff.) entwickelten linikneue Patienten der IG in jedem Jahr zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) im Vergleich zur KG. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war dieser geringere Anteil statistisch signifikant für das erste patientenindividuelle Jahr. Die Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (Progression B) und einer Suchterkrankung (Progression C) waren im Wesentlichen zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten entwickelten Patienten der IG zu etwas geringeren Anteilen eine schwere depressive Episode (Progression A) als Patienten der KG, besonders im ersten und dritten patientenindividuellen Jahr. Die Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (Progression B) und die einer Suchterkrankung (Progression C) war zwischen IG und KG vergleichbar.

Das *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 109 ff.) stieg in der IG bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr weniger an als bei den Patienten der KG.

Die Parameter *Komorbidität* (Seite 131 ff.), *Mortalität* (Seite 135 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 150 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

Kosten

Während sich im Prä-Zeitraum bei den linikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten patientenindividuellen Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 2.147,25 € je Patient signifikant niedriger. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die stark unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 1.717,41 € günstiger als die KG, wobei in der IG weniger Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 313 von 810; KG: 468 von 778). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient ebenfalls um 622,43 € signifikant günstiger, wobei auch hier weniger Patienten der IG einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 128; KG: 169). Im ersten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG um 40,70 € signifikant höher als in der KG. Dies lässt sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: Im ersten Jahr hatten in der IG 736 Patienten einen PIA-Kontakt, in der KG hingegen nur 511.

Die IG der linikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten günstiger als die KG. Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 807,03 € geringer. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die niedrigeren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 574,44 € je Patient günstiger als die KG, wobei in der IG 177 von 700 Patienten einen vollstationären Aufenthalt

hatten, während dies auf 216 von 698 Patienten der KG zutrif. Bzgl. durchschnittlicher teilstationärer Versorgungskosten war die IG im Prä-Zeitraum signifikant günstiger als die KG. Vom ersten bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich jedoch keine signifikanten Kostenunterschiede mehr. Die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung waren im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG um 163,12 € signifikant günstiger als in der KG – obwohl in der IG mehr Patienten einen PIA-Aufenthalt hatten (IG: 658; KG: 600).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 2.708,08 € signifikant günstigeren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich günstigeren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.920,25 € signifikant günstiger als die KG. Auch die Entwicklung der teilstationären Kosten verlief für die IG um 781,10 € günstiger. Die PIA-Kosten entwickelten sich in der IG aufgrund der höheren Patientenzahlen um 41,38 € stärker.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen und der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr nicht signifikant voneinander. In allen Gruppen waren vergleichbare Verläufe und vergleichbare Kostenhöhen erkennbar. Auch bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung in der IG ähnlich wie in der KG, so dass es keine signifikanten Kostenunterschiede gab.

Kosten-Effektivität

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 2.708,98 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 9,22 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosten-effektivitätsverhältnis von 293,82 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag werden 293,82 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 3.371,74 € je Patient signifikant günstiger. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 16,73 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 201,54 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag werden 201,54 € psychiatrische Versorgungskosten eingespart.

Diskussion

Dieser Zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation des LWL-Universitätsklinikums Bochum in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der IG mit Patienten aus 10 Kontrollkliniken (KG). Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten

Outcomes zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über drei Modelljahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit 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.

In diesem Bericht lassen sich drei Hauptkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Es gibt Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können. (2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer teilweise. (3) Es gibt mutmaßlich Modelleffekte durch vorher bestehende modellähnliche Vorverträge.

Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war der Referenzfall, der mehrheitlich bei klinikneuen Patienten eine Erstbehandlung darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken. Weiterhin ist ersichtlich, dass im Modellvorhaben am LWL-Universitätsklinikum Bochum nicht vermehrt teilstationär behandelt wurde, denn auch hier war der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG niedriger als in der KG. Mutmaßlich weist das bereits im Präzeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage klinikbekannter Patienten darauf hin, dass der Vor-Vertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach § 64b SGB V auf eine geringere voll- und teilstationäre Behandlungsdauer wirkte.

Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und die Länge der AU-Dauer hat. Auf der anderen Seite waren die AU-Tage im Jahr vor Referenzfall sowie im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Dies war bei den vollstationären Behandlungstagen nicht zu beobachten. Dort waren die vollstationären Behandlungstage in den restlichen Jahren zwischen IG und KG vergleichbar. Das unterschiedliche Ausgangsniveau der AU-Tage bei den klinikbekannten Patienten im Jahr vor Referenzfall weist auf Effekte des Vorläufervertrages hin. Dennoch muss zu diesem Parameter einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeitsmarkt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise beeinflusst werden können.

Eine Tendenz hin zu einer erhöhten Ambulantisierung in Hinblick auf eine vermehrte PIA-Inanspruchnahme und Inanspruchnahme von Vertragsärzten ist zu erkennen. Einschränkend bleibt zu erwähnen,

dass mit Hilfe der vorliegenden GKV – Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

Die weiteren sekundären Outcomeparameter weisen darauf hin, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG teils verbessert wurde (Behandlungskontinuität und Erkrankungsprogression) und teils vergleichbar blieb (weitere sekundäre Outcomeparameter) und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen und AU-Tagen keine Verringerung der Behandlungsqualität ersichtlich ist. Lediglich die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war in der IG geringer als in der KG.

Einschränkend ist anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad, die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery waren mit den verfügbaren Daten nicht untersuchbar. Daher wurde das ergänzende Projekt PsychCare gestartet, um mit weiteren Datenquellen, besonders Primärerhebung mittels Fragebogen und Befragungen, ein umfassenderes Bild zu erlangen.

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten für die linikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren deutlich niedriger als in der KG, was wiederum auf niedrigere voll- und teilstationäre Kosten zurückzuführen war. Entsprechend können die Hypothesen der geringeren voll- und teilstationären Kosten bestätigt werden. Ebenso kann die Hypothese der insgesamt geringeren Kosten bestätigt werden.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten linikbekannter Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren niedriger als in der KG. Dies war ebenfalls auf die geringeren durchschnittlichen Kosten der vollstationären Behandlung zurückzuführen. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt und damit die Gesamtkosten sinken, bestätigt werden.

Gleichermaßen entwickelten sich die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr in der IG ebenfalls deutlich günstiger als in der KG, was ebenfalls auf die deutlich geringeren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen war. Auch hier kann die Hypothese der geringeren vollstationären Kosten, durch welche auch die Gesamtkosten sinken, bestätigt werden.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl an Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts 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-ebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte

Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellklinik und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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 Innovationsausschuss des G-BA (Innovationsfonds) geförderte Projekt PsychCare (Beginn 1.7.2017) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Tage als auch Arbeitsunfähigkeitstage in diesem Modellprojekt vermieden wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Sollten vergleichbare Ergebnisse in der Evaluation der weiteren 17 Modellprojekte erzielt werden, dann wäre die Weiterführung der Modellvorhaben zu empfehlen.

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. Weitere Details sind bei Neumann et al. (1) veröffentlicht.

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

Das Kapitel Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

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. Weitere Ausführungen finden sich bei March et al. (2).

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum August bis Dezember 2019. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte Dezember 2019.

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

- BARMER GEK (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- Techniker Krankenkasse.

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

- actimonda krankenkasse
- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- BARMER GEK (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- Bertelsmann BKK
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK DürkoppAdler
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Melitta Plus
- BKK VDN
- BKK Verkehrsbau Union GmbH (BKK VBU) (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- BKK 24 (Fusion mit der BKK advita zum 01.10.2017)
- Continentale BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- HEK
- hkk
- IKK classic
- KKH
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- Novitas BKK
- Pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)

- R+V BKK
- SBK
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

Durch die Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER zum 01.01.2017 konnten nicht alle für EVA64 relevanten Daten der Deutschen BKK übernommen werden; Leistungsdaten eines nennenswerten Anteils von Versicherten der ehemaligen Deutschen BKK sind unvollständig. Da das Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Verzerrung nicht quantifizierbar war, wurden die ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK zu Gunsten einer höheren Datenqualität bei den Analysen vollständig ausgeschlossen. Aufgrund eines hohen Anteils fehlender Diagnosen bei stationären und PIA-Behandlungsfällen bei der DAK und der daher unsicheren Zuordnung zu Behandlungen konnten Patienten der DAK in diese Analyse nicht eingeschlossen werden.

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 3.830 Versicherte ein, wobei für 3.684 Versicherte (96 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die KG wurde aus einer Grundpopulation von 39.441 Patienten gezogen.

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

Jeweils für sich betrachtet ergab sich für die einzelnen Kohorten und Subgruppen kein Unterschied hinsichtlich des mittleren Alters sowie der Geschlechtszusammensetzung (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Fälle im Prä-Zeitraum. Unter den klinikbekannten Patienten der ersten Kohorte hatte die IG signifikant weniger PIA-Fälle im Prä-Zeitraum.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	6.156	58.465	3.830 (62%)	39.441 (67%)	3.684 (60% ; 96%)	3.684 (6% ; 9%)
	Kohorte 1	2.252	24.546	1.592 (71%)	18.048 (74%)	1.546 (69% ; 97%)	1.546 (6% ; 9%)
	Kohorte 2	1.287	12.259	912 (71%)	8.844 (72%)	876 (68% ; 96%)	876 (7% ; 10%)
	Kohorte 3	1.416	11.266	1.033 (73%)	7.994 (71%)	983 (69% ; 95%)	983 (9% ; 12%)
	Kohorte 4	1.201	10.394	293 (24%)	4.555 (44%)	279 (23% ; 95%)	279 (9% ; 12%)
Klinikneu	Gesamt	4.876	42.482	2.959 (61%)	27.616 (65%)	2.832 (58% ; 96%)	2.832 (7% ; 10%)
	Kohorte 1	1.236	11.148	865 (70%)	7.847 (70%)	825 (67% ; 95%)	825 (7% ; 11%)
	Kohorte 2	1.173	10.910	830 (71%)	7.863 (72%)	799 (68% ; 96%)	799 (7% ; 10%)
	Kohorte 3	1.351	10.612	983 (73%)	7.577 (71%)	940 (70% ; 96%)	940 (9% ; 12%)
	Kohorte 4	1.116	9.812	281 (25%)	4.329 (44%)	268 (24% ; 95%)	268 (3% ; 6%)
Klinikbekannt	Gesamt	1.280	15.983	871 (68%)	11.825 (74%)	852 (67% ; 98%)	852 (5% ; 7%)
	Kohorte 1	1.016	13.398	727 (72%)	10.201 (76%)	721 (71% ; 99%)	721 (5% ; 7%)

(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	22,3	395
2	23,6	1094
3	26,5	682
4	28,4	675
5	28,6	669
6	29,1	17
7	29,4	35
8	30,1	29
9	30,2	32
10	30,3	56

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	3.684	3.684		1.546	1.546		876	876		983	983		IG	KG
	ambulante														
	ambulante														
mittleres Alter	gesamt	43,2	44,2	0,113	43,8	44,0	1,000	42,0	43,8	0,154	42,9	44,4	0,488	1,000	1,000
	ambulante	42,6	43,8	0,040	42,3	42,6	1,000	41,9	43,7	0,140	42,9	44,3	0,444		
	ambulante	45,3	45,6	0,717	45,6	45,6	1,000	43,2	45,0	1,000	43,1	45,6	1,000		
Anteil Frauen	gesamt	60,3%	62,1%	0,546	59,1%	60,7%	1,000	62,1%	65,5%	0,597	60,7%	62,4%	1,000	1,000	1,000
	ambulante	61,6%	63,1%	0,477	61,6%	61,3%	1,000	62,8%	67,3%	0,199	61,2%	62,1%	1,000		
	ambulante	55,9%	58,7%	0,716	56,2%	59,9%	0,661	54,5%	46,8%	1,000	51,2%	67,4%	1,000		
Anteil ambulante Patienten	gesamt	23,1%	23,1%	1,000	46,6%	46,6%	1,000	8,8%	8,8%	1,000	4,4%	4,4%	1,000	<0,001	<0,001
	ambulante	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA		
	ambulante	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	86,7%	59,9%	0,000	86,5%	65,4%	0,000	84,4%	57,3%	0,000	88,6%	55,3%	0,000	1,000	1,000
	ambulante	86,9%	55,9%	0,000	85,2%	54,7%	0,000	86,2%	58,3%	0,000	88,5%	55,4%	0,000		
	ambulante	86,0%	73,4%	0,000	88,1%	77,7%	0,000	64,9%	46,8%	0,314	90,7%	53,5%	0,003		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	11,9%	36,2%	0,000	11,8%	30,7%	0,000	13,6%	38,7%	0,000	10,7%	41,1%	0,000	1,000	1,000
	ambulante	12,3%	40,7%	0,000	13,7%	41,8%	0,000	12,5%	38,4%	0,000	11,0%	41,4%	0,000		
	ambulante	10,8%	21,1%	0,000	9,7%	17,9%	0,000	24,7%	41,6%	0,319	4,7%	34,9%	0,009		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	1,4%	3,9%	0,000	1,6%	3,9%	0,001	2,1%	4,0%	0,154	0,7%	3,6%	0,000	1,000	1,000
	ambulante	0,8%	3,4%	0,000	1,1%	3,5%	0,011	1,3%	3,3%	0,057	0,5%	3,2%	0,000		
	ambulante	3,2%	5,5%	0,144	2,2%	4,4%	0,166	10,4%	11,7%	1,000	4,7%	11,6%	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	NA	NA
	ambulante	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA		
	ambulante	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	10,7%	9,8%	0,936	15,3%	15,0%	1,000	8,7%	5,5%	0,083	6,8%	6,7%	1,000	1,000	1,000
	ambulante	7,7%	5,5%	0,007	8,7%	6,3%	0,376	9,0%	4,6%	0,004	6,5%	6,1%	1,000		
	ambulante	20,8%	24,2%	0,417	22,9%	25,0%	1,000	5,2%	14,3%	0,618	14,0%	20,9%	1,000		
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	3,1%	2,7%	1,000	5,0%	5,0%	1,000	1,7%	1,0%	0,912	1,9%	1,2%	1,000	1,000	1,000
	ambulante	1,9%	1,0%	0,011	2,2%	1,0%	0,376	1,9%	1,0%	0,415	1,9%	1,1%	0,537		
	ambulante	6,9%	8,6%	0,716	8,2%	9,7%	1,000	0,0%	1,3%	1,000	0,0%	4,7%	1,000		
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	27,3%	21,9%	0,000	46,9%	40,2%	0,001	15,1%	9,1%	0,001	11,9%	9,4%	0,488	1,000	0,608
	ambulante	10,3%	5,7%	0,000	13,0%	6,2%	0,000	10,9%	5,9%	0,003	8,3%	6,1%	0,444		
	ambulante	83,5%	75,6%	0,001	85,7%	79,1%	0,008	58,4%	42,9%	0,534	90,7%	81,4%	1,000		
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	60,5%	59,8%	1,000	61,5%	58,9%	0,911	61,4%	61,4%	1,000	58,7%	59,6%	1,000	1,000	1,000
	ambulante	60,7%	61,2%	0,723	63,2%	63,3%	1,000	61,6%	61,3%	0,959	58,7%	59,9%	1,000		
	ambulante	59,5%	54,9%	0,314	59,6%	54,0%	0,167	59,7%	62,3%	1,000	58,1%	53,5%	1,000		

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

7. Darstellung Modellvorhaben LWL-Universitätsklinikum Bochum

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

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

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

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

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

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

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

Im stationären Bereich erfolgte bis zum 20.11.2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Ab dem 01.12.2014 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

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

8. Ergebnisse: Effektivität

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Effektivität des Modells laut Feinkonzept vom Dezember 2015 dargestellt. Dabei werden die Patienten der Modellklinik den Patienten der Kontrollkliniken gegenübergestellt. Die Interventionsgruppe (Modellvertrag) wird mit IG und die Kontrollgruppe (Routineversorgung) wird mit KG abgekürzt.

Für die Kohorte des ersten sowie des dritten Vertragsjahres wurden nur Patienten betrachtet, die innerhalb dieses Jahres in die Modellklinik bzw. die Kontrollklinik eingeschlossen wurden und einen mindestens einjährigen Nachbeobachtungszeitraum aufwiesen. Patienten, die im Nachbeobachtungszeitraum verstarben, wurden auch dann eingeschlossen, wenn sie nicht ein Jahr nachbeobachtet werden konnten. Das bedeutet, diese Patienten hatten einen ersten Kontakt im Krankenhaus oder in der PIA. Für die Gesamtbetrachtung aller klinikneuen Patienten über drei Jahre gehen zusätzlich auch die Patienten mit einem einjährigen Nachbeobachtungszeitraum ein, die im zweiten Vertragsjahr in die Studie eingeschlossen wurden. Dabei gilt auch hier analog, dass innerhalb diesen Jahres verstorbene Patienten ebenfalls in die Betrachtung mit eingehen.

Für die Kohorte der Längsschnittbetrachtung wurde die Beobachtungszeit der Patienten des ersten Vertragsjahres (siehe oben) erweitert auf drei Jahre nach Einschluss in die Studie. Patienten, die im Nachbeobachtungszeitraum verstarben, wurden auch dann eingeschlossen.

Das Patientenkollektiv, welches innerhalb der Vertragsperspektive betrachtet wurde, setzt sich zusammen aus denjenigen Patienten, welche im dritten Vertragsjahr mindestens einen stationären oder ambulanten Kontakt innerhalb der Modell- oder Kontrollklinik aufwiesen, unabhängig davon, in welchem Jahr sie in die Studie eingeschlossen wurden.

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.

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschusses in die Evaluation.

Über 65 % der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

- Depressive Episode (F32)
- Rezidivierende depressive Störungen (F33)
- Andere Angststörungen (F41)
- Zwangsstörungen (F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Aomatoforme Störungen (F45)
- Eststörungen (F50) und
- Hyperkinetische Störungen (F90) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	825	825
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	67,9 %	69,6 %
• Zwei Diagnosen	27,8 %	27,2 %

• Drei Diagnosen	4,1 %	2,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	28	27
2. F33 & F45	22	20
3. IG: F33 & F50 / KG: F32 & F50	19	19

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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	721	721
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	65,7 %	68,2 %
• Zwei Diagnosen	28,7 %	26,5 %
• Drei Diagnosen	5,1 %	5,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F42 / KG: F33 & F90	19	16
2. IG: F33 & F90 / KG: F33 & F41	18	16
3. IG: F33 & F41 / KG: F10 & F33	15	14

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

Alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	983	983
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,4 %	70,5 %
• Zwei Diagnosen	24,5 %	24,1 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	4,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F50 / KG: F32 & F50	24	21
2. F33 & F43	23	20
3. IG: F33 & F45 / KG: F32 & F41	16	17

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

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

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

Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	560	574	825	825
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,4 %	0,3 %	0,7 %	0,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,5 %	2,6 %	2,1 %	2,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	6,1 %	6,4 %	9,0 %	9,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,5 %	5,4 %	4,7 %	4,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,6 %	49,7 %	59,8 %	59,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,7 %	18,3 %	21,5 %	20,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,3 %	2,6 %	7,9 %	7,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,4 %	6,1 %	11,8 %	11,4 %
• F 50 (Essstörungen)	3,4 %	3,0 %	7,9 %	7,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,7 %	2,4 %	5,1 %	4,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	1,0 %	1,7 %	1,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,1 %	2,1 %	2,7 %	2,8 %
Alter ¹				
• Mittelwert	42,9	43,4	42,3	42,6
• Median	42	42	42	42
• (Interquartilsabstand)	(29 - 54)	(29 - 55)	(29 - 53)	(28 - 54)
Geschlecht (%)				
• Frauen	59,3 %	59,6 %	61,6 %	61,5 %
• Männer	40,7 %	40,4 %	38,4 %	38,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	14,6 %	42,2 %	14,8 %	45,3 %
• PIA	85,4 %	57,8 %	85,2 %	54,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,2 %	1,4 %	0,1 %	1,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,6 %	9,6 %	4,7 %	8,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,4 %	10,1 %	9,9 %	9,9 %
• Abitur/Fachabitur	21,3 %	9,9 %	21,6 %	9,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	12,3 %	11,5 %	11,8 %	11,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)	51,3 %	57,5 %	51,9 %	58,7 %
<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 	8,4 %	6,6 %	8,7 %	7,0 %
	20,9 %	21,6 %	21,1 %	20,1 %
	1,4 %	1,4 %	1,3 %	1,1 %
	0,7 %	0,9 %	0,7 %	0,7 %
	8,9 %	3,1 %	8,5 %	3,2 %
	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
	8,2 %	8,7 %	7,5 %	9,1 %
	51,3 %	57,5 %	51,9 %	58,7 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	3,9 %	4,4 %	3,4 %	4,5 %
	96,1 %	80,3 %	96,6 %	80,8 %
	0,0 %	15,3 %	0,0 %	14,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	24,5 %	30,8 %	26,4 %	33,6 %
	24,1 %	20,2 %	26,9 %	21,6 %
	51,4 %	49,0 %	46,7 %	44,8 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	68,4 %	65,0 %	69,3 %	63,6 %
	10,9 %	9,1 %	9,6 %	10,4 %
	15,9 %	21,6 %	16,7 %	21,8 %
	4,8 %	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 Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	474	492	721	721
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,4 %	3,9 %	3,5 %	2,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	3,4 %	4,3 %	8,6 %	9,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	21,3 %	20,9 %	18,4 %	18,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	42,2 %	41,9 %	55,3 %	54,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,6 %	4,9 %	7,9 %	8,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	2,4 %	2,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,2 %	4,7 %	14,0 %	11,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,6 %	2,5 %	3,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	4,2 %	4,1 %	7,8 %	8,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 %	0,4 %	2,8 %	2,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	14,6 %	13,4 %	14,7 %	14,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	46,0	46,3	45,6	45,6
• Median	46	45	46	45
• (Interquartilsabstand)	(31 - 57)	(33 - 56)	(31 - 56)	(32 - 55)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,1 %	57,7 %	56,2 %	59,9 %
• Männer	44,9 %	42,3 %	43,8 %	40,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	10,8 %	21,7 %	11,9 %	22,3 %
• PIA	89,2 %	78,3 %	88,1 %	77,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,2 %	0,8 %	0,1 %	0,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,2 %	5,7 %	3,6 %	5,4 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	7,8 %	5,1 %	8,2 %	5,0 %
• Abitur/Fachabitur	15,2 %	7,3 %	14,0 %	7,8 %
• Abschluss unbekannt	9,9 %	11,4 %	9,4 %	11,4 %
• Fehlende Angabe	63,7 %	69,7 %	64,6 %	69,6 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,6 %	3,5 %	3,9 %	4,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	14,3 %	15,4 %	16,2 %	14,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	0,4 %	1,1 %	0,4 %
• Bachelor	1,7 %	0,6 %	1,5 %	0,6 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	6,8 %	2,6 %	5,7 %	2,5 %
• Promotion	0,4 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	7,4 %	7,7 %	6,7 %	8,0 %
• Fehlende Angabe	63,7 %	69,7 %	64,6 %	69,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	7,2 %	5,5 %	7,5 %	5,4 %
• Nein	92,8 %	77,0 %	92,5 %	77,7 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	17,5 %	0,0 %	16,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	25,9 %	28,5 %	27,3 %	27,0 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	46,2 %	48,2 %	50,1 %	54,2 %
• Weder A noch B	27,8 %	23,4 %	22,6 %	18,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	60,8 %	56,1 %	63,1 %	56,0 %
• Familienversicherter	7,0 %	6,9 %	6,2 %	6,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	27,8 %	33,1 %	27,5 %	34,1 %
• Fehlende Angabe	4,4 %	3,9 %	3,2 %	3,3 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	682	693	983	983
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,0 %	1,2 %	0,7 %	0,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,1 %	4,5 %	3,3 %	3,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	4,1 %	4,8 %	7,3 %	7,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,9 %	6,6 %	4,7 %	5,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,0 %	49,4 %	59,3 %	58,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,6 %	11,8 %	15,9 %	16,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,6 %	1,6 %	6,5 %	6,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,2 %	6,8 %	14,0 %	13,2 %
• F 50 (Essstörungen)	4,7 %	4,0 %	9,5 %	8,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,5 %	3,0 %	5,4 %	4,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,6 %	1,4 %	2,5 %	3,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,9 %	0,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	4,3 %	4,5 %	5,8 %	6,5 %
Alter ¹				
• Mittelwert	43,9	45,8	42,9	44,4
• Median	43	45	42	44
• (Interquartilsabstand)	(28 - 56)	(29 - 57)	(28 - 55)	(29 - 55)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,2 %	60,3 %	60,8 %	62,4 %
• Männer	43,8 %	39,7 %	39,2 %	37,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	10,9 %	40,7 %	11,4 %	44,7 %
• PIA	89,1 %	59,3 %	88,6 %	55,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	0,9 %	0,7 %	1,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,7 %	8,1 %	5,7 %	7,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	9,2 %	10,4 %	10,3 %	9,6 %
• Abitur/Fachabitur	21,1 %	9,5 %	19,7 %	10,5 %
• Abschluss unbekannt	15,1 %	12,7 %	13,3 %	12,8 %
• Fehlende Angabe	49,1 %	58,4 %	50,3 %	58,2 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,1 %	6,2 %	8,9 %	7,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,8 %	21,8 %	22,6 %	21,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,9 %	0,7 %	1,3 %	0,8 %
• Bachelor	2,2 %	0,7 %	1,8 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	7,3 %	3,0 %	6,4 %	2,8 %
• Promotion	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	10,0 %	9,1 %	8,3 %	9,1 %
• Fehlende Angabe	49,1 %	58,4 %	50,3 %	58,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,9 %	9,1 %	7,2 %	8,4 %
• Nein	93,1 %	76,5 %	92,8 %	77,5 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	14,4 %	0,0 %	14,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	25,7 %	29,9 %	29,4 %	33,9 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	21,8 %	21,5 %	22,1 %	21,8 %
• Weder A noch B	52,5 %	48,6 %	48,5 %	44,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	68,5 %	63,9 %	67,9 %	65,2 %
• Familienversicherter	9,2 %	9,4 %	9,9 %	9,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	19,6 %	25,7 %	19,3 %	24,1 %
• Fehlende Angabe	2,6 %	1,0 %	3,0 %	0,9 %

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

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

Die Ergebnisse werden jeweils für Patienten dargestellt, die innerhalb des ersten Jahres oder dritten Jahres nach Modellbeginn in die Evaluation aufgenommen wurden und für die mindestens eine Nachbeobachtungszeit von einem Jahr vorliegt. Für die beiden primären Outcomes werden darüber hinaus auch die Patienten mit Referenzfall im zweiten Modelljahr in eine Gesamtanalyse aufgenommen. Im Folgenden werden die einzelnen Outcomeparameter dargestellt.

In der Analyse wurden nur Fälle, die für den gesamten Nachbeobachtungszeitraum (in der DiD-Analyse ab Einschluss ein Jahr, in der Längsschnittbetrachtung drei Jahre) versichert waren, berücksichtigt. Dies bedeutet, dass Fälle mit Wechsel der Versicherung im Untersuchungszeitraum zunächst ausgeschlossen wurden (ausgenommen von Personen, die im Untersuchungszeitraum versterben). Weiterhin wurden Personen ausgeschlossen, die nicht mindestens ein Beobachtungsjahr im Präzeitraum nachweisen konnten.

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

Der Post-Zeitraum umfasst die patientenindividuelle Zeit ab Einschluss in die Evaluation nach Beginn des Modellvorhabens, während der Präzeitraum die patientenindividuelle Zeit bis zu zwei Jahre vor Einschluss in die Evaluation beschreibt. Da in diesem Bericht der Post-Zeitraum das erste Modelljahr beschreibt, wird im Folgenden „prä“ (Präzeitraum) und „1. Jahr“ (erstes Jahr des Patienten im Modellvorhaben) dargestellt. In der Längsschnittdarstellung werden darüber hinaus patientenindividuell der Präzeitraum, sowie in Jahresscheiben das erste bis zum dritten Jahr dargestellt.

Die Fallzahlen für Patienten, die in mehr als zwei weiteren psychiatrischen Kliniken als der Referenzklinik behandelt wurden (per protocol - Ansatz), waren sehr gering (siehe Parameter Hopping). In Regressionsanalysen, die im Zuge der Erstellung erster Zweiter Zwischenberichte erstellt wurden, wurde zusätzlich ein Parameter aufgenommen, welcher diese Patienten gesondert betrachtet. Generell ließ sich dabei feststellen, dass sich diese Subkohorte teilweise verschieden im Inanspruchnahmeverhalten zu den Patienten laut Intention-to-treat verhält (z.B. längere Behandlungsdauer und erhöhte AU-Dauer). Jedoch ist aufgrund der geringen Fallzahl kein relevanter Einfluss auf die Schätzung der übrigen Koeffizienten zu erwarten.

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

- In der jeweils ersten Tabelle bzw. Tabellen sind die deskriptiven Ergebnisse mit den Fallzahlen für die Outcomeparameter der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr von IG und KG über die Zeit (prä, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr) dargestellt.
- Daraufhin folgt die Darstellung von Zeitreihendiagrammen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr sowie von Interaktionsdiagrammen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit visualisieren (prä, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr bzw. prä- vs. 1. Jahr). 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 40 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.
- Eine Darstellung der Modellrechnungen für die Outcomeparameter erfolgt im Anhang.
- Für die Outcomeparameter Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten erfolgt zusätzlich im Anhang eine Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive).

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

Primärer (B) und sekundärer (A, C-F) Outcomeparameter: 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.

Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	810	810	798	790	778	778	766	755
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	11,4 %	35,2 %	13,5 %	11,5 %	10,4 %	42,9 %	17,6 %	16,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,2 %	1,6 %	1,3 %	0,8 %	0,9 %	2,8 %	2,5 %	1,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,4 %	11,6 %	8,1 %	7,2 %	12,1 %	13,1 %	11,0 %	11,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	4,1	16,4	5,2	4,6	3,4	24,6	6,1	5,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,0	5,7	1,3	0,7	0,4	10,6	1,7	1,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	5,1	22,1	6,6	5,3	3,8	35,2	7,8	6,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,7	0,1	0,2	0,1	0,8	0,7	0,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,6	0,1	0,2	0,1	0,7	0,6	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,4	1,0	1,0	1,5	1,8	1,3	1,5

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

⁴ Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	700	700	685	675	698	698	683	676
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	26,1 %	21,9 %	16,5 %	14,2 %	30,2 %	23,5 %	16,1 %	16,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,0 %	2,6 %	1,9 %	1,2 %	2,9 %	2,4 %	1,9 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,3 %	10,3 %	11,4 %	12,0 %	12,9 %	12,3 %	10,5 %	12,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	8,8	11,3	5,8	5,6	10,4	14,4	6,3	6,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,9	3,4	1,5	0,8	4,4	4,5	1,2	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	10,7	14,8	7,3	6,5	14,8	18,9	7,5	7,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,9	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,7	0,4	0,3	0,3	0,4	0,6	0,7	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,4	1,4	2,0	1,2	1,8	1,6	1,7

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

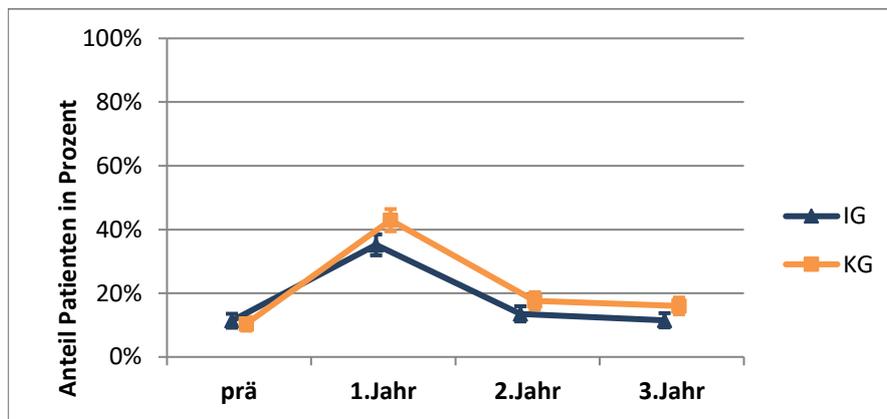
Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

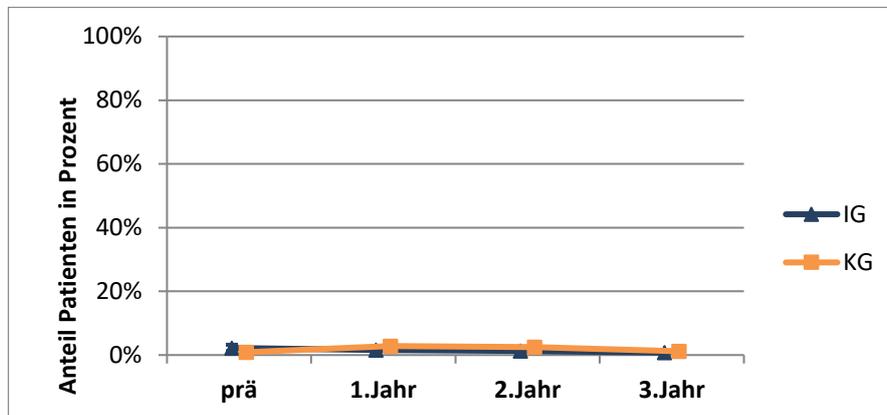
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

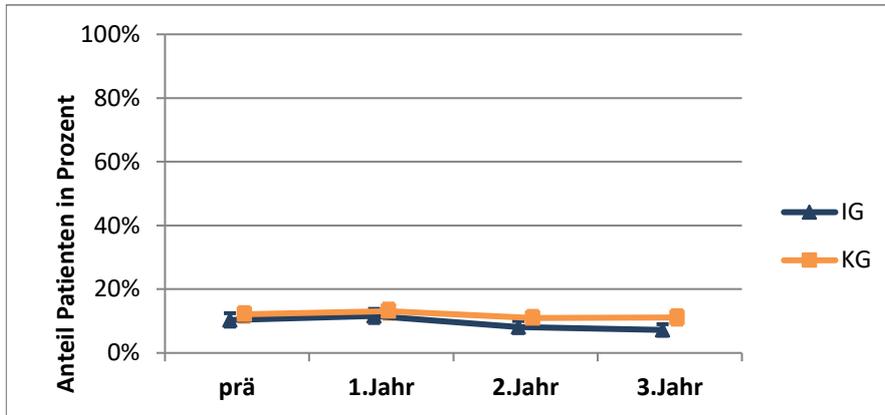
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

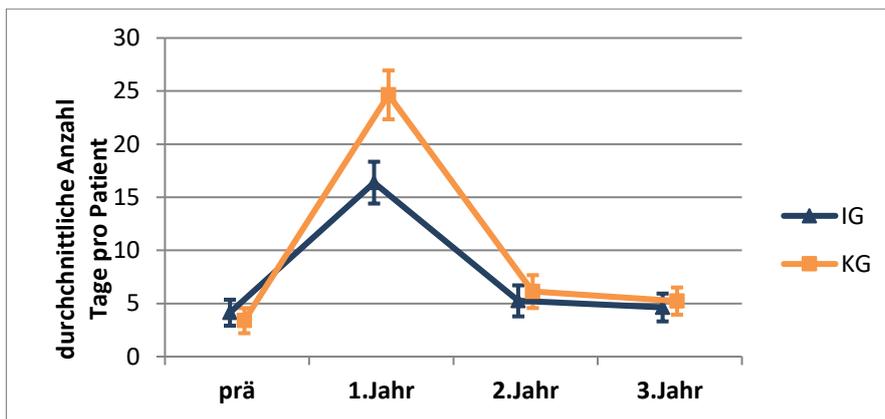


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

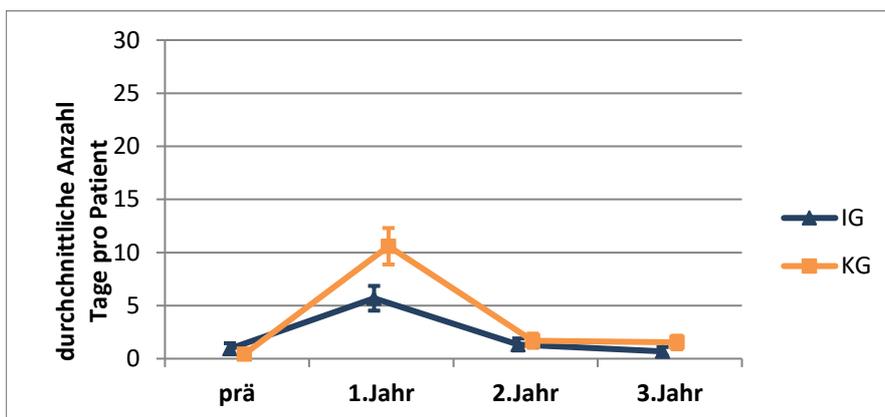


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

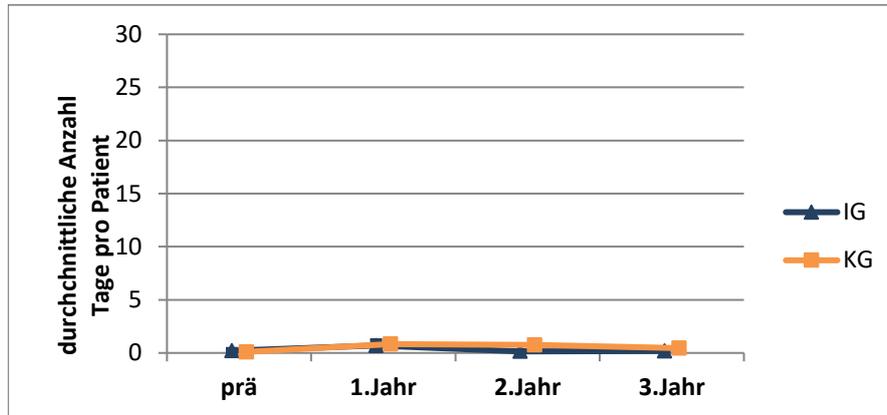
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



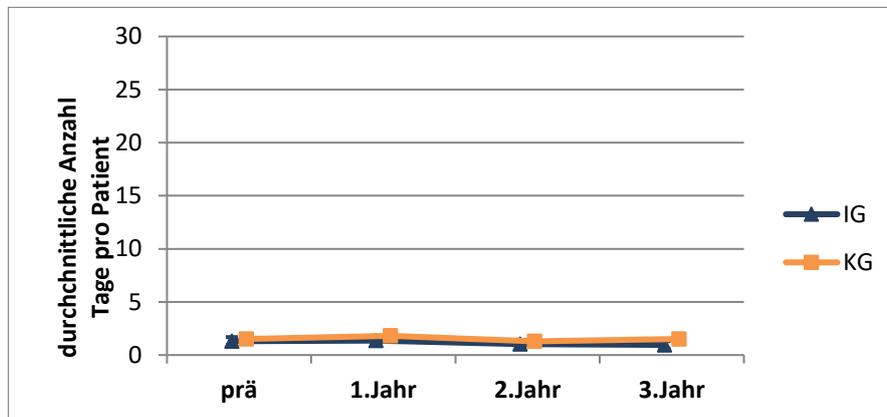
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



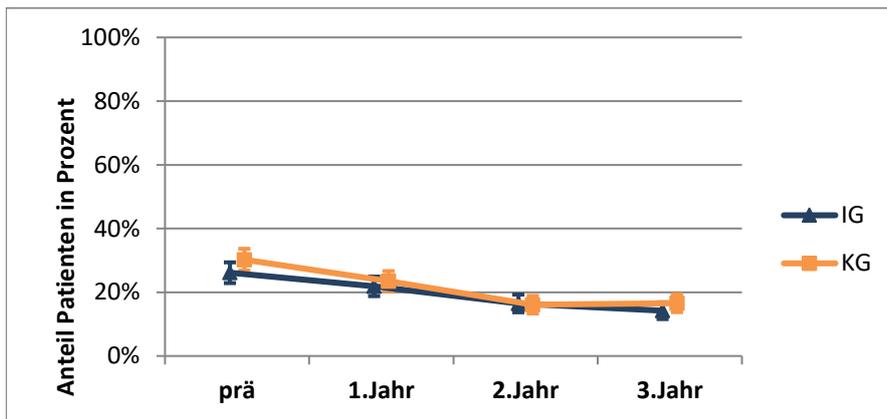
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

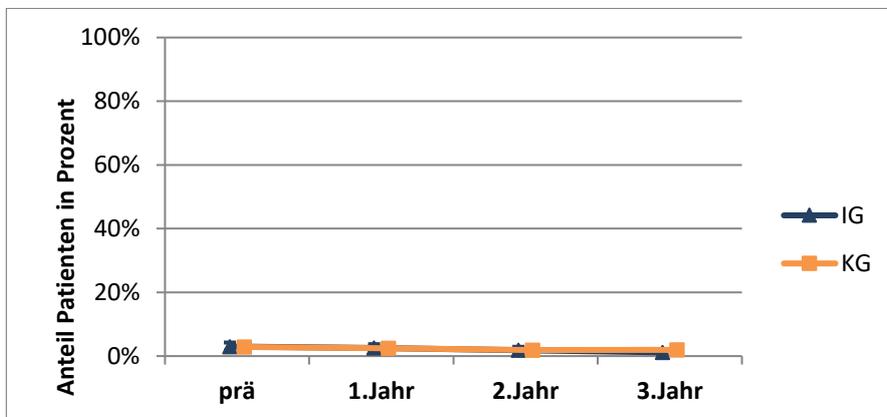
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

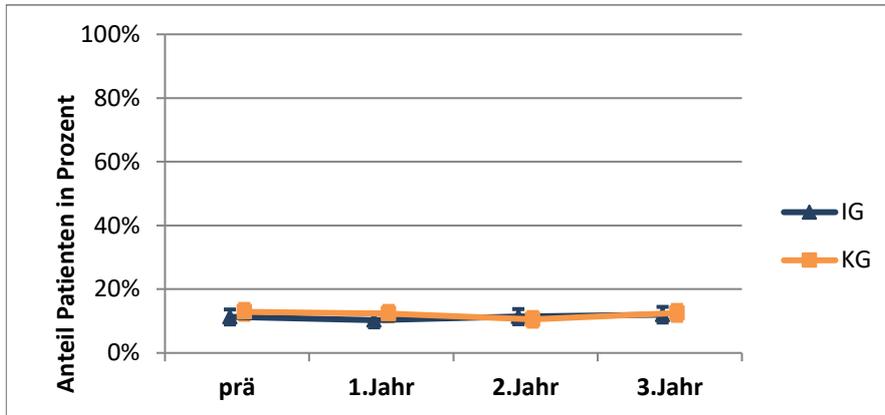
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

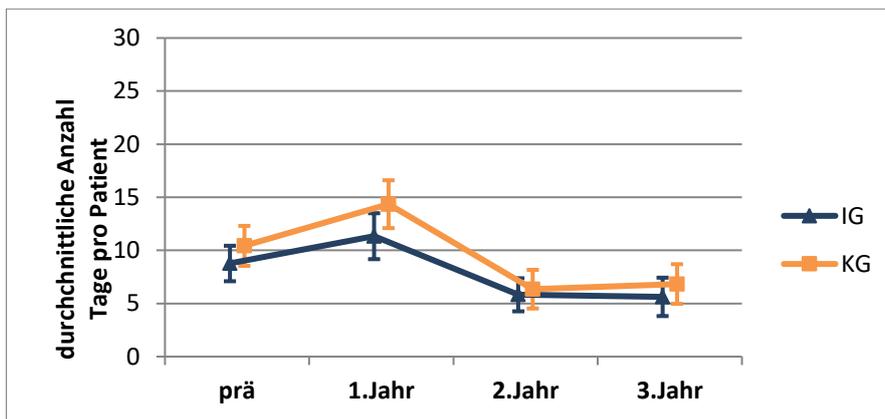


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

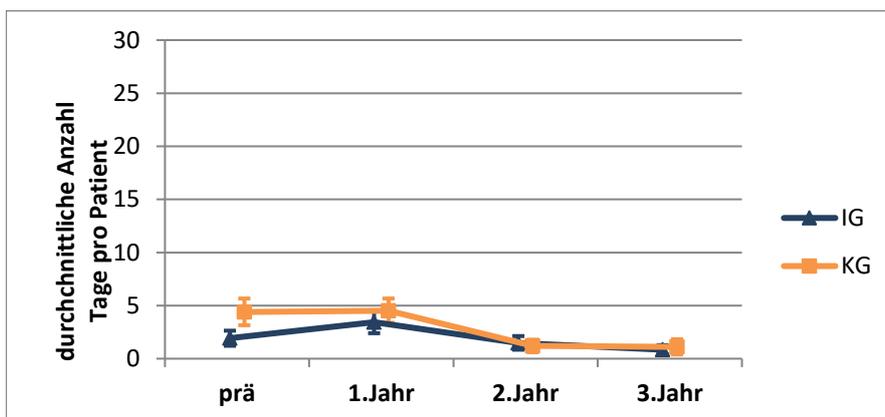


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

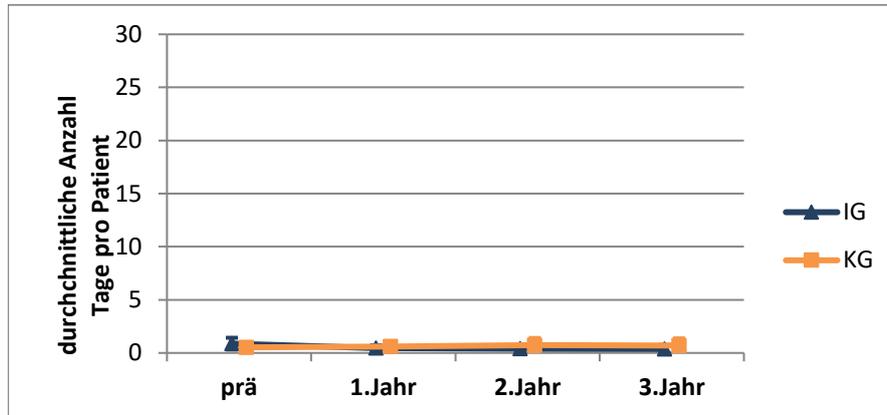
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



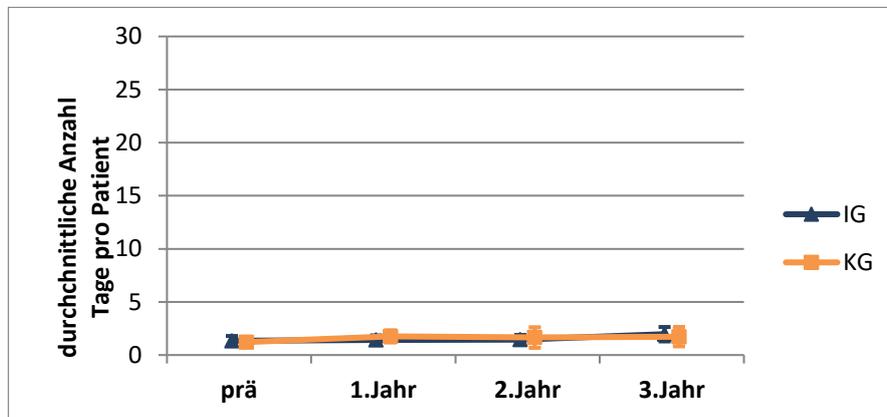
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet (n_{linikneu} : IG = 810, KG = 778; $n_{\text{linikbekannt}}$: IG = 700, KG = 698).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 4,1; KG: 3,4 vollstationäre Tage), Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (IG: 16,4; KG: 24,6 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall (IG: 5,2 und 4,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 6,1 und 5,2 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau des Peaks im ersten Jahr nach Referenzfall war dabei in der IG um 9,0 vollstationäre Tage geringer und war ansonsten zwischen IG und KG vergleichbar. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG niedriger als in der KG (IG: 5,7 teilstationäre Tage; KG: 10,6 teilstationäre Tage).

Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen und einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG (prä: -1,7; 1. Jahr: -3,0; 2. Jahr: -0,5; 3. Jahr: -1,2 vollstationäre Tage). Die Dauer teilstationärer Aufenthalte war in der IG zunächst etwas geringer, glich sich jedoch über den patientenindividuellen Zeitverlauf an und war ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar (prä: -2,5; 1. Jahr: -1,1; 2. Jahr: +0,3; 3. Jahr: -0,3 teilstationäre Tage).

Für die Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnosen als Hauptdiagnose ergab sich sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten über den gesamten Beobachtungszeitraum in beiden Gruppen ein fast gleichförmiger Verlauf mit wenigen Aufnahmen.

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnose verzeichnete bei den linikneuen Patienten einen ähnlichen Verlauf wie der der vollstationären Tage mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Dieser Peak war, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, in der IG geringer als in der KG (IG: 35,2%; KG: 42,9 %). Bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile in der IG bis auf das zweite Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG und dies bereits ab dem Jahr vor Referenzfall (prä: -4,1; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: +0,4; 3. Jahr: -2,3 %-Punkte).

Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	983	983	983	983
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	9,5 %	29,1 %	9,6 %	37,4 %
	1,3 %	2,3 %	1,8 %	3,3 %
	9,9 %	12,3 %	13,3 %	14,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	3,4	14,4	3,3	23,5
	0,5	4,0	0,4	9,5
	3,9	18,4	3,7	33,1
	0,3	0,5	0,4	0,7
	0,2	0,4	0,3	0,5
	1,3	1,6	1,8	1,9

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

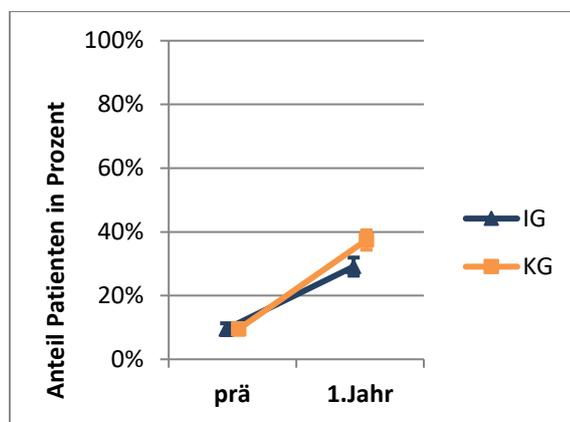
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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 ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

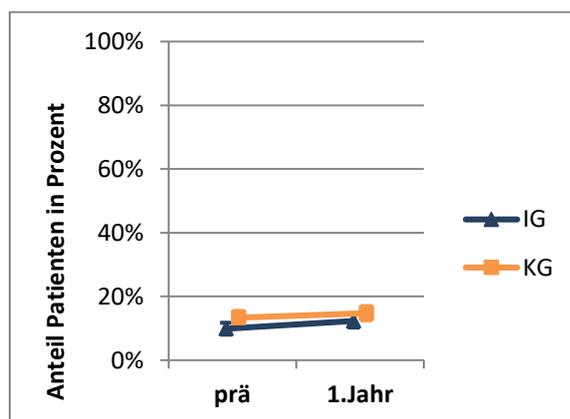
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

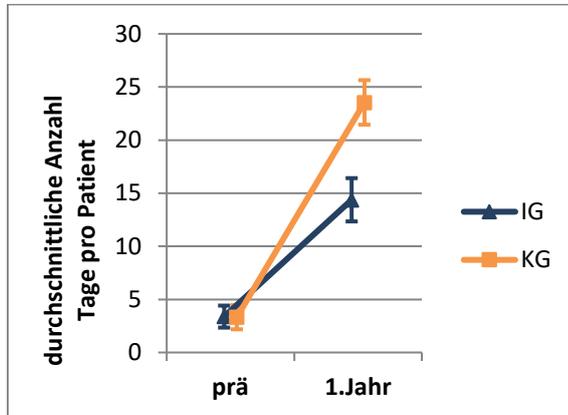
Fallzahl zu klein

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

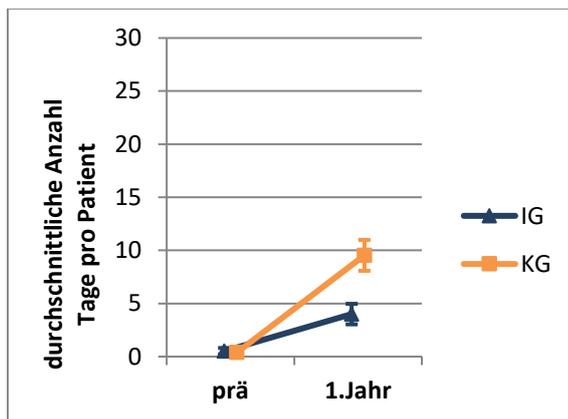


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

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



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



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

Fallzahl zu klein

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

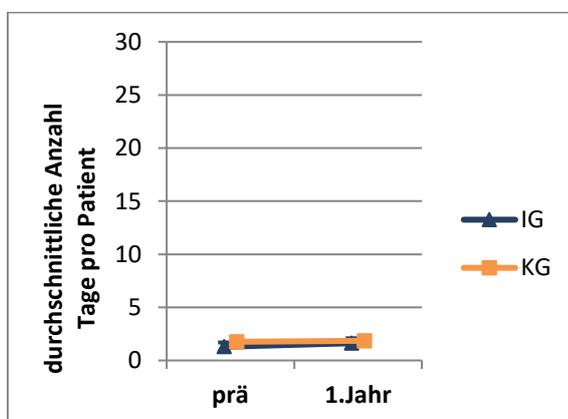


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ($n = 983$ pro Gruppe) zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen in der IG eine statistisch signifikant geringere Steigerung vollstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG ($DiD = -9,2$ vollstationäre Tage). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 3,4; KG: 3,3 vollstationäre Tage). Die IG wies dann im ersten patientenindividuellen Jahr einen geringeren Anstieg als die KG auf (IG: 14,4; KG: 23,5 vollstationäre Tage). Auch die Zunahme teilstationärer Tage im ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (IG: +3,5; KG: +9,1 teilstationäre Tage).

Auch die geringere Zunahme vollstationärer Behandlungstage der somatischen Hauptdiagnosen ($DiD = -0,3$ vollstationäre Tage) in der IG im Vergleich zur KG waren statistisch signifikant, wenn auch wesentlich geringer.

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Unterschied (*DiD je Modelljahr*) war in allen Kohorten der Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Jahr in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte vollstationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit affektiven Störungen (F30-39) und eine verringerte Inanspruchnahme bei Patienten mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 307 ff.).

8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA („Ambofall_LDL“- Tabelle) liefern konnten, wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	810	810	798	790	778	778	766	755
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	801	805	776	767	768	767	749	730
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,6	4,0	2,3	1,8	0,3	3,0	2,0	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	5,2	8,2	7,4	5,4	4,2	6,2	5,4	4,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,4	7,7	7,0	7,0	9,3	10,1	9,3	9,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,2	0,1	0,4	0,4	0,2	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,3	0,4	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,3	0,6	0,5	0,1	0,5	0,6	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,3	5,9	5,8	6,9	4,8	5,7	5,8	6,2

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

berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	700	700	685	675	698	698	683	676
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	694	691	668	658	689	690	670	666
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,9	9,4	7,1	6,6	7,5	8,5	6,6	6,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,5	4,8	3,9	3,7	4,1	3,8	3,2	3,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,4	8,6	8,4	8,0	9,0	9,5	9,9	10,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,3	0,3	0,3	0,2	1,3	1,1	1,3	1,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

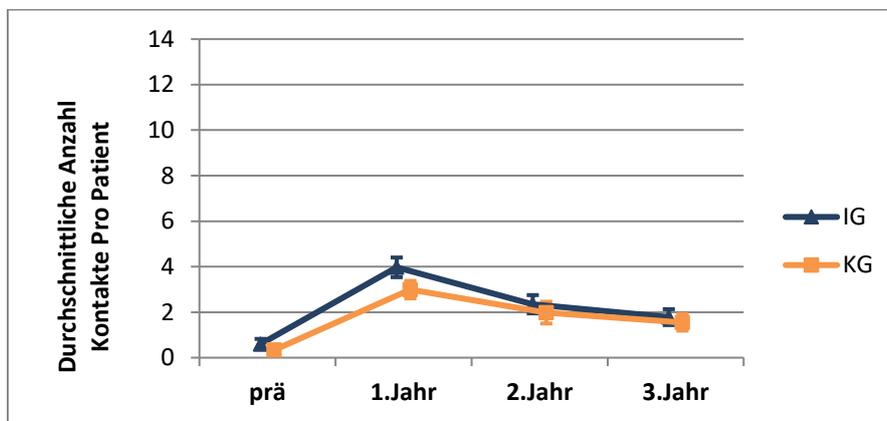
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

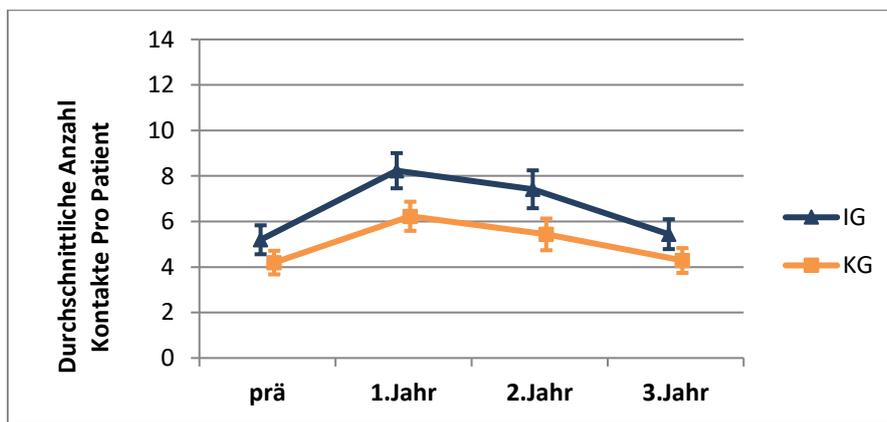
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

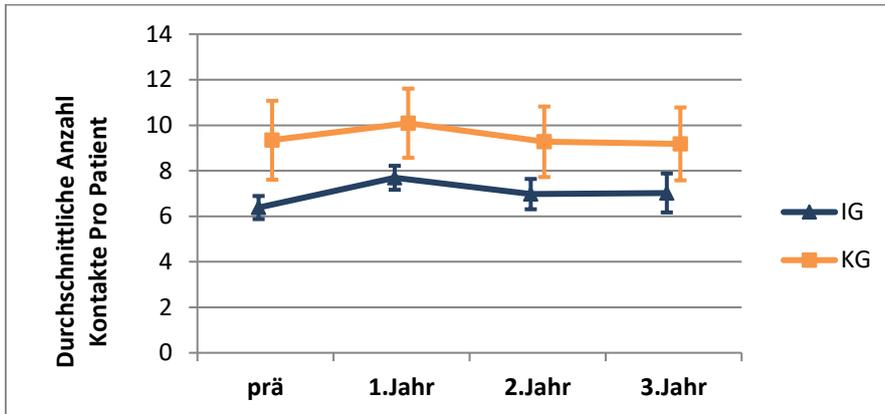
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

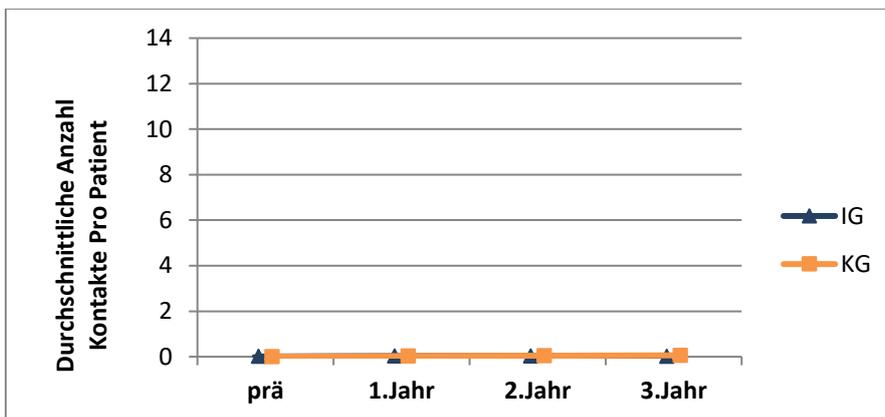


- bei anderen Vertragsärzten (E)

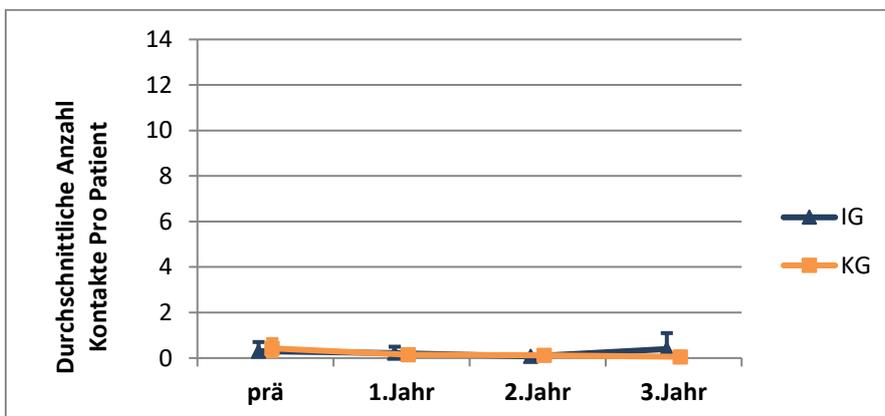


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

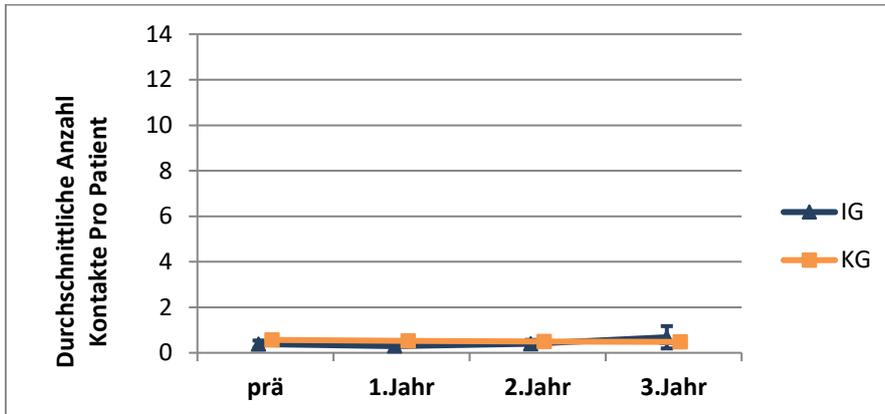
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

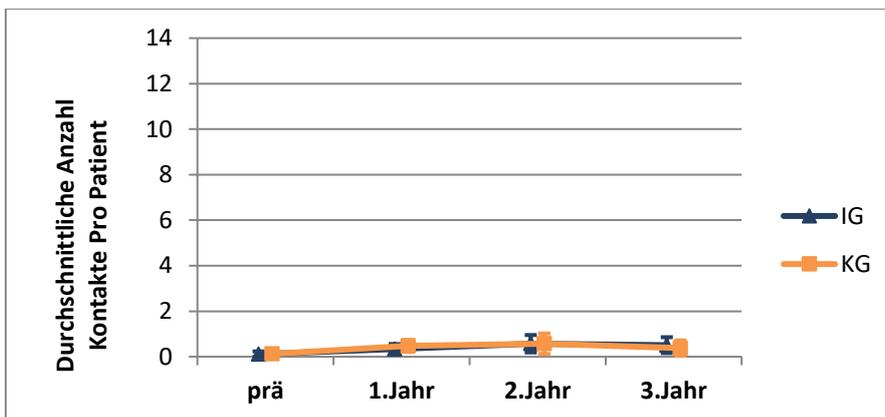


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

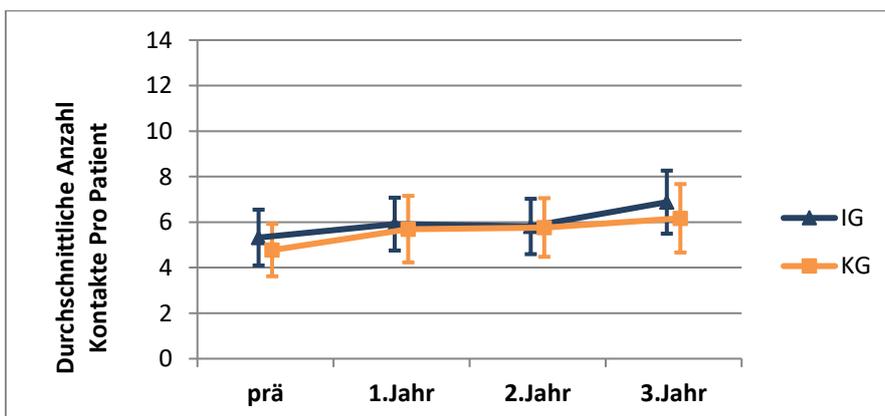


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



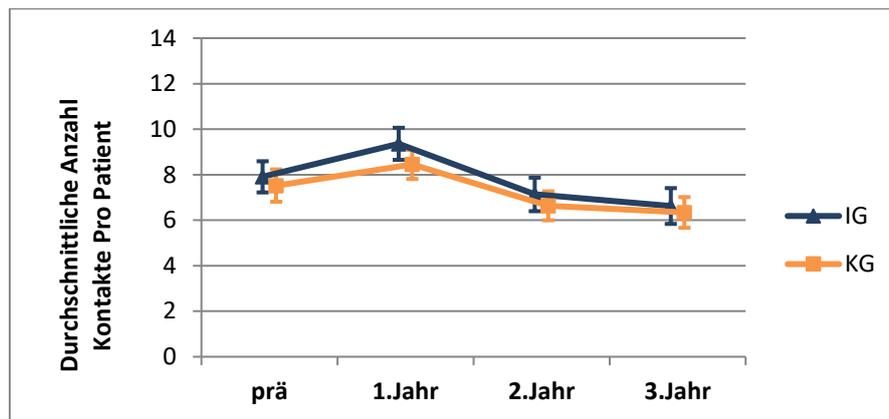
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

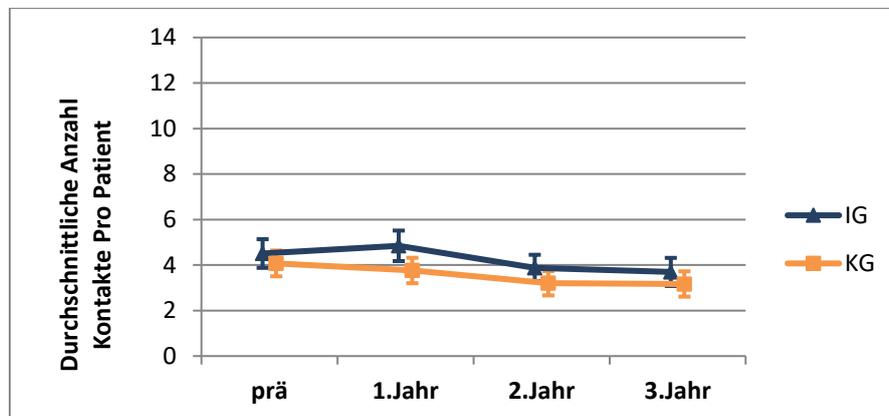
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

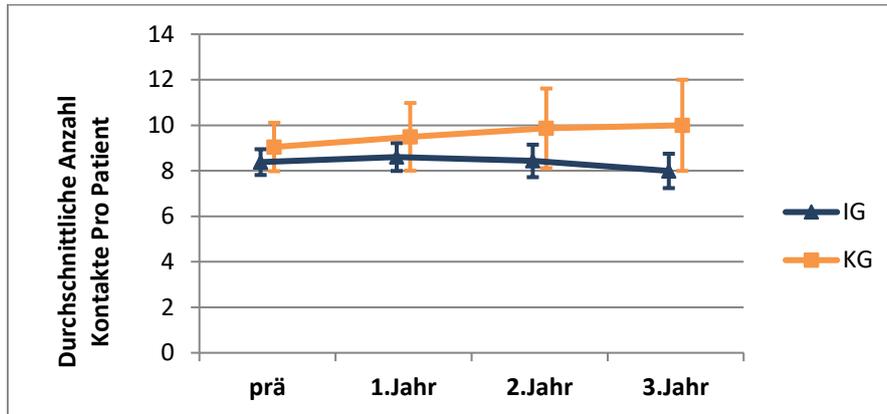
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

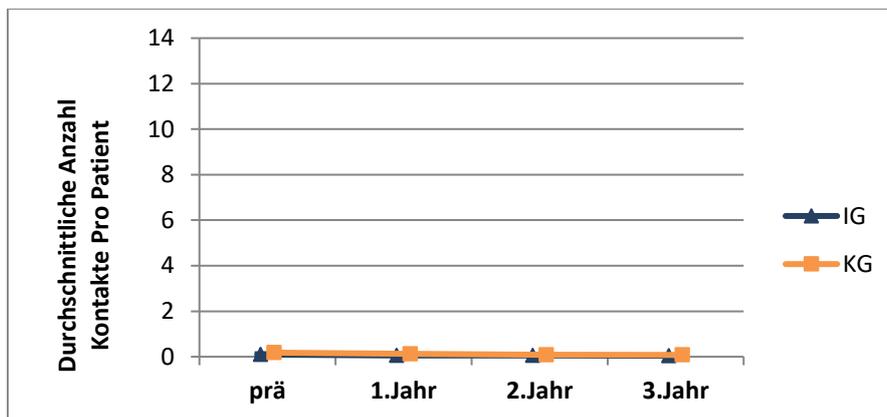


- bei anderen Vertragsärzten (E)

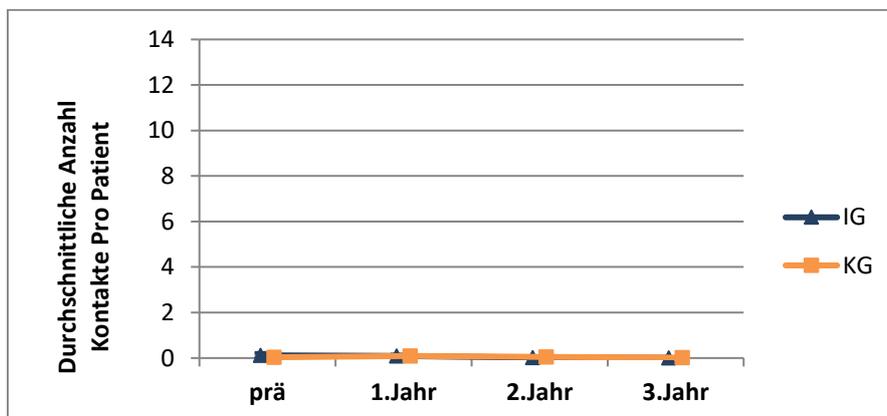


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

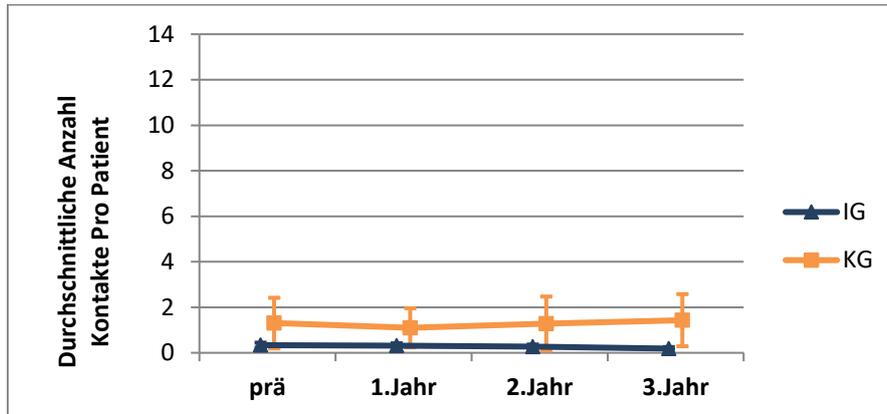
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

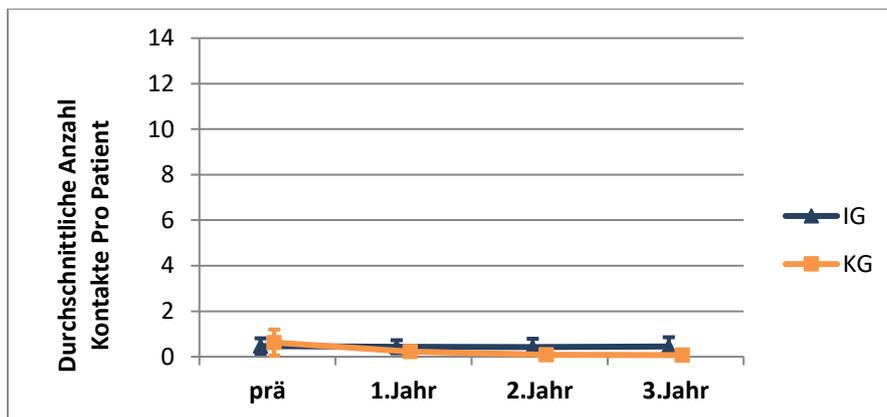


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

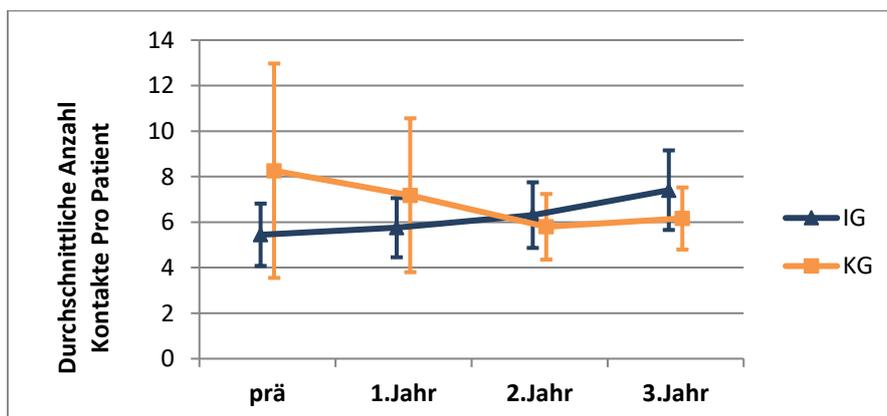


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 805, KG = 767; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 691, KG = 690). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klinikneuen Patienten zeigten sich in allen Jahren stets eine höhere PIA-Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,3; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +0,4; 3. Jahr: +0,2 Kontakte). Auch war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (IG: +3,4; KG: + 2,7 Kontakte).

Auch die Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war in der IG stets größer als in der KG (prä: +1,0; 1. Jahr: +2,0; 2. Jahr: +2,0; 3. Jahr: +1,2 Kontakte). Auch hier war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (IG: +3,0; KG: +2,0 Kontakte).

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich nur ein kleiner Peak in der PIA-Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall. Der Verlauf war zwischen IG und KG vergleichbar mit stets höheren Kontakten in der IG.

Auch bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* klinikbekannterer Patienten war der Verlauf zwischen IG und KG vergleichbar und die IG wies erneut stets eine leicht höhere Inanspruchnahme im Vergleich zur KG auf.

Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	983	983	983	983
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	955	974	968	975
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	5,4	0,4	3,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,1	6,8	4,4	6,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	7,1	8,2	8,3	9,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,4	0,8	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,6	0,4	0,3	0,7
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,8	8,5	6,1	8,5

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

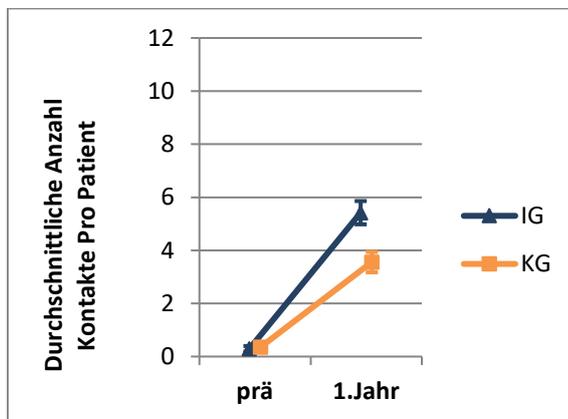
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

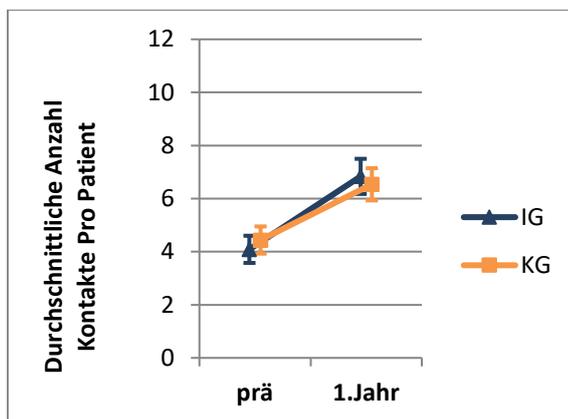
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

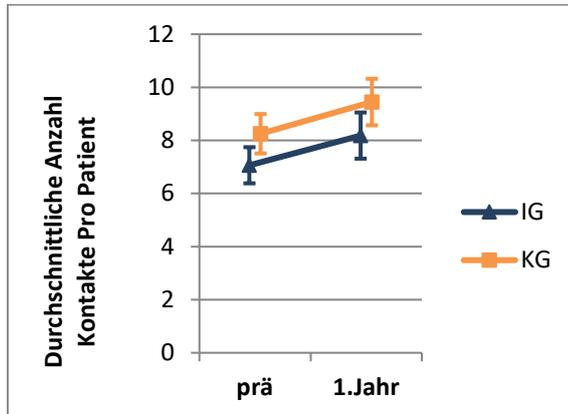
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

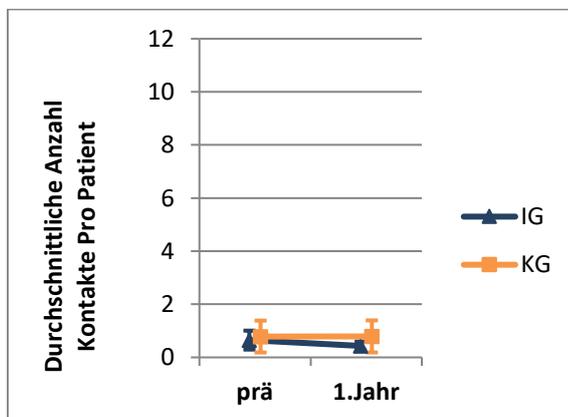
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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

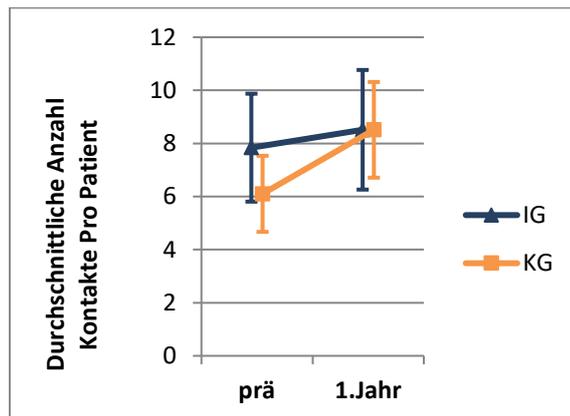


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn ($n = 974$ und 975) zeigte sich vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der *PIA*-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG (IG: +5,1; KG: +3,2; DiD = 1,9 Kontakte). Auch die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant stärker als in der KG (IG: +2,7; KG: +2,1; DiD = 0,7 Kontakte).

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

Sekundärer Outcomeparameter: 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.

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA („Ambofall_LDL“- Tabelle) liefern konnten, wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
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 %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	120	469	151	120	84	733	183	150
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,8 %	13,6 %	25,8 %	13,3 %	8,3 %	8,6 %	13,1 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,3 %	20,0 %	16,6 %	20,0 %	21,4 %	17,2 %	16,9 %	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,7 %	34,1 %	28,5 %	20,0 %	41,7 %	37,1 %	37,7 %	31,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,8 %	14,9 %	13,9 %	14,2 %	15,5 %	13,0 %	18,0 %	10,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,3 %	10,2 %	9,9 %	8,3 %	8,3 %	7,6 %	4,9 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	3,8 %	5,3 %	5,8 %	2,4 %	2,6 %	3,3 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,8 %	38,2 %	43,7 %	35,0 %	34,5 %	29,6 %	33,9 %	25,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,7 %	35,0 %	31,8 %	48,3 %	27,4 %	39,3 %	35,5 %	42,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	105	288	117	86	64	458	126	93
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,0 %	14,9 %	25,6 %	14,0 %	7,8 %	10,3 %	14,3 %	10,8 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	26,7 %	24,3 %	17,9 %	18,6 %	20,3 %	23,1 %	20,6 %	15,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	33,3 %	31,6 %	26,5 %	20,9 %	42,2 %	34,1 %	35,7 %	29,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,4 %	17,0 %	13,7 %	16,3 %	17,2 %	14,4 %	20,6 %	15,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,6 %	12,2 %	11,1 %	5,8 %	10,9 %	8,1 %	7,1 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	2,1 %	6,8 %	7,0 %	1,6 %	2,6 %	2,4 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,7 %	43,4 %	45,3 %	32,6 %	35,9 %	36,2 %	41,3 %	25,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,4 %	34,0 %	30,8 %	48,8 %	21,9 %	36,7 %	30,2 %	41,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	61	155	82	58	27	209	58	45
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,0 %	13,5 %	24,4 %	13,8 %	11,1 %	11,0 %	17,2 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,8 %	29,7 %	22,0 %	17,2 %	25,9 %	26,8 %	20,7 %	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	31,1 %	32,3 %	22,0 %	22,4 %	33,3 %	35,4 %	39,7 %	28,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,8 %	17,4 %	17,1 %	13,8 %	25,9 %	14,8 %	24,1 %	15,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	7,7 %	4,9 %	5,2 %	14,8 %	6,7 %	5,2 %	8,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	2,6 %	7,3 %	6,9 %	3,7 %	3,8 %	0,0 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,5 %	44,5 %	43,9 %	31,0 %	48,1 %	39,2 %	43,1 %	26,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	27,9 %	32,3 %	35,4 %	50,0 %	14,8 %	35,4 %	27,6 %	40,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	107	440	135	106	70	674	165	141
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,0 %	27,5 %	39,3 %	30,2 %	22,9 %	15,7 %	20,0 %	22,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,3 %	32,0 %	31,1 %	32,1 %	40,0 %	31,8 %	36,4 %	22,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	56,1 %	58,0 %	57,8 %	47,2 %	67,1 %	62,0 %	60,6 %	59,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,0 %	32,0 %	40,7 %	34,9 %	34,3 %	34,4 %	37,6 %	34,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,6 %	23,9 %	25,2 %	17,0 %	17,1 %	18,7 %	16,4 %	15,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,2 %	9,3 %	18,5 %	16,0 %	15,7 %	7,4 %	6,1 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,0 %	64,1 %	68,9 %	60,4 %	62,9 %	52,7 %	59,4 %	49,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,3 %	11,1 %	8,9 %	17,9 %	10,0 %	13,8 %	13,9 %	14,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	93	270	103	76	52	419	117	86
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,9 %	27,8 %	40,8 %	30,3 %	19,2 %	17,4 %	21,4 %	20,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,0 %	39,6 %	35,9 %	30,3 %	40,4 %	40,8 %	42,7 %	19,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,8 %	59,3 %	60,2 %	52,6 %	69,2 %	60,9 %	62,4 %	62,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,1 %	36,3 %	42,7 %	39,5 %	40,4 %	38,4 %	41,0 %	41,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,4 %	27,4 %	29,1 %	15,8 %	23,1 %	22,4 %	17,9 %	15,1 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	11,8 %	7,4 %	21,4 %	19,7 %	13,5 %	6,9 %	6,0 %	14,0 %
	72,0 %	71,1 %	75,7 %	59,2 %	65,4 %	64,0 %	66,7 %	47,7 %
	9,7 %	7,8 %	7,8 %	13,2 %	3,8 %	10,3 %	7,7 %	10,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	56	144	70	50	23	189	55	43
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	50,0 %	27,1 %	38,6 %	34,0 %	21,7 %	17,5 %	27,3 %	23,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,0 %	46,5 %	40,0 %	32,0 %	47,8 %	46,6 %	40,0 %	20,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,6 %	60,4 %	62,9 %	50,0 %	65,2 %	60,8 %	69,1 %	62,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	39,6 %	48,6 %	40,0 %	47,8 %	42,3 %	38,2 %	41,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,1 %	24,3 %	25,7 %	12,0 %	21,7 %	23,3 %	16,4 %	16,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	9,0 %	22,9 %	20,0 %	17,4 %	7,4 %	1,8 %	14,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,8 %	75,0 %	75,7 %	64,0 %	69,6 %	69,3 %	69,1 %	53,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,4 %	4,2 %	5,7 %	6,0 %	0,0 %	9,0 %	7,3 %	7,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
---------	----	----

Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	81	375	111	81	53	607	147	124
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	53,1 %	32,5 %	44,1 %	35,8 %	35,8 %	20,3 %	25,9 %	33,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	63,0 %	46,4 %	42,3 %	40,7 %	47,2 %	43,3 %	49,7 %	42,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,0 %	75,2 %	77,5 %	64,2 %	86,8 %	78,7 %	83,0 %	81,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,0 %	56,0 %	62,2 %	59,3 %	62,3 %	53,7 %	59,9 %	60,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	27,2 %	30,7 %	33,3 %	27,2 %	24,5 %	26,0 %	20,4 %	21,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,9 %	22,4 %	34,2 %	30,9 %	24,5 %	14,7 %	15,6 %	21,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	88,9 %	77,1 %	77,5 %	75,3 %	75,5 %	66,2 %	72,8 %	71,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,2 %	4,8 %	2,7 %	9,9 %	3,8 %	5,9 %	5,4 %	1,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	71	228	83	54	39	372	105	74
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	54,9 %	33,3 %	49,4 %	38,9 %	33,3 %	21,5 %	27,6 %	31,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	66,2 %	58,3 %	50,6 %	42,6 %	46,2 %	54,0 %	59,0 %	45,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,1 %	78,9 %	79,5 %	70,4 %	84,6 %	78,8 %	85,7 %	85,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,7 %	61,4 %	60,2 %	70,4 %	69,2 %	58,9 %	67,6 %	70,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,4 %	36,0 %	37,3 %	29,6 %	33,3 %	30,4 %	23,8 %	21,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,4 %	23,2 %	37,3 %	33,3 %	23,1 %	16,1 %	16,2 %	20,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	90,1 %	88,6 %	88,0 %	79,6 %	79,5 %	78,0 %	82,9 %	73,0 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	1,4 %	2,2 %	1,2 %	9,3 %	2,6 %	4,6 %	1,0 %	1,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	45	117	55	36	17	161	49	35
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	62,2 %	31,6 %	45,5 %	41,7 %	41,2 %	23,6 %	34,7 %	31,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	71,1 %	66,7 %	54,5 %	50,0 %	52,9 %	64,6 %	61,2 %	48,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,6 %	82,9 %	83,6 %	72,2 %	88,2 %	85,1 %	95,9 %	88,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,8 %	64,1 %	61,8 %	80,6 %	82,4 %	59,6 %	65,3 %	77,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	26,7 %	35,0 %	34,5 %	25,0 %	23,5 %	31,7 %	18,4 %	22,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,4 %	23,9 %	41,8 %	36,1 %	29,4 %	16,1 %	8,2 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	95,6 %	90,6 %	89,1 %	86,1 %	88,2 %	85,7 %	87,8 %	77,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	2,9 %

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

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 %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	260	289	156	131	275	392	178	150
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,9 %	17,3 %	25,0 %	24,4 %	20,7 %	16,1 %	20,2 %	26,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,9 %	14,9 %	9,0 %	10,7 %	14,9 %	15,3 %	9,6 %	6,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,1 %	22,5 %	26,9 %	18,3 %	28,0 %	32,4 %	26,4 %	31,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,8 %	9,7 %	9,0 %	11,5 %	10,5 %	7,4 %	7,3 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,8 %	4,5 %	3,2 %	3,1 %	5,8 %	5,6 %	8,4 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	2,4 %	4,5 %	4,6 %	3,6 %	3,3 %	3,4 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,4 %	33,9 %	34,6 %	35,9 %	38,5 %	34,2 %	36,5 %	36,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,4 %	44,3 %	46,2 %	50,4 %	38,5 %	41,1 %	40,4 %	38,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	236	251	145	118	259	337	159	128
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,4 %	19,1 %	26,2 %	26,3 %	20,1 %	16,6 %	22,0 %	30,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,2 %	16,7 %	9,7 %	11,9 %	15,8 %	17,8 %	10,7 %	7,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	26,7 %	19,5 %	27,6 %	18,6 %	27,4 %	32,9 %	23,9 %	32,0 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,6 %	10,4 %	9,7 %	12,7 %	11,2 %	7,4 %	8,2 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,4 %	3,6 %	2,8 %	3,4 %	6,2 %	6,5 %	9,4 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	2,0 %	4,8 %	5,1 %	3,9 %	3,6 %	3,8 %	4,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,3 %	36,3 %	35,9 %	39,0 %	39,0 %	37,7 %	40,3 %	41,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,9 %	44,2 %	44,8 %	46,6 %	38,6 %	37,7 %	39,0 %	32,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	151	159	110	85	167	216	119	95
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,5 %	22,0 %	26,4 %	27,1 %	24,0 %	19,0 %	23,5 %	33,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,2 %	18,2 %	10,0 %	11,8 %	18,0 %	20,8 %	9,2 %	8,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	27,8 %	17,0 %	27,3 %	21,2 %	25,7 %	33,8 %	26,1 %	33,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,9 %	10,1 %	10,9 %	10,6 %	11,4 %	8,3 %	10,9 %	11,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,6 %	2,5 %	1,8 %	3,5 %	7,8 %	6,9 %	10,9 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	1,9 %	4,5 %	4,7 %	2,4 %	2,3 %	4,2 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,3 %	39,6 %	35,5 %	38,8 %	45,5 %	43,5 %	42,0 %	43,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,5 %	42,1 %	44,5 %	47,1 %	35,3 %	34,7 %	35,3 %	29,5 %

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			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	224	266	137	115	243	361	160	132
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	51,3 %	38,3 %	46,0 %	41,7 %	39,9 %	33,0 %	41,9 %	49,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,7 %	26,3 %	24,8 %	29,6 %	29,6 %	28,0 %	20,6 %	17,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,9 %	47,4 %	54,7 %	45,2 %	51,0 %	55,7 %	52,5 %	54,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,7 %	27,8 %	22,6 %	29,6 %	27,2 %	24,1 %	23,1 %	24,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,3 %	10,2 %	10,2 %	10,4 %	14,8 %	12,5 %	13,8 %	9,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	8,3 %	13,9 %	10,4 %	8,2 %	6,6 %	3,8 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,3 %	63,2 %	69,3 %	70,4 %	68,7 %	62,0 %	67,5 %	65,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,9 %	14,7 %	12,4 %	18,3 %	10,3 %	16,1 %	13,1 %	9,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	203	229	127	102	227	310	144	115
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	53,7 %	40,6 %	48,0 %	44,1 %	40,5 %	34,8 %	45,8 %	53,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,6 %	27,5 %	25,2 %	31,4 %	31,3 %	31,6 %	22,9 %	18,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,2 %	45,0 %	55,9 %	48,0 %	50,7 %	56,1 %	51,4 %	54,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,1 %	26,2 %	24,4 %	31,4 %	29,1 %	25,5 %	24,3 %	23,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,3 %	8,3 %	10,2 %	10,8 %	15,9 %	13,9 %	14,6 %	10,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	9,4 %	7,9 %	15,0 %	11,8 %	8,8 %	6,5 %	4,2 %	11,3 %
	70,9 %	65,5 %	71,7 %	73,5 %	70,9 %	67,7 %	73,6 %	70,4 %
	11,3 %	14,0 %	11,8 %	14,7 %	9,3 %	12,9 %	10,4 %	8,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	123	147	98	75	143	196	106	84
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 30 Tagen 	56,1 %	44,2 %	49,0 %	44,0 %	42,0 %	37,8 %	50,0 %	57,1 %
	31,7 %	28,6 %	27,6 %	34,7 %	30,8 %	35,7 %	22,6 %	20,2 %
	51,2 %	45,6 %	54,1 %	49,3 %	50,3 %	59,7 %	54,7 %	57,1 %
	28,5 %	24,5 %	25,5 %	30,7 %	30,8 %	30,6 %	31,1 %	25,0 %
	13,8 %	8,2 %	9,2 %	9,3 %	18,2 %	13,8 %	17,0 %	9,5 %
	8,9 %	7,5 %	13,3 %	10,7 %	8,4 %	5,1 %	4,7 %	11,9 %
	78,0 %	70,1 %	74,5 %	76,0 %	72,7 %	75,5 %	79,2 %	75,0 %
	6,5 %	12,2 %	10,2 %	12,0 %	7,7 %	9,7 %	6,6 %	7,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	175	223	104	92	190	294	129	107
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	68,0 %	51,1 %	54,8 %	50,0 %	60,0 %	38,4 %	48,8 %	55,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,4 %	39,9 %	39,4 %	41,3 %	36,8 %	40,1 %	32,6 %	27,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,6 %	75,8 %	75,0 %	64,1 %	71,1 %	76,2 %	76,0 %	74,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,1 %	51,1 %	45,2 %	48,9 %	52,6 %	49,3 %	42,6 %	52,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,6 %	17,0 %	14,4 %	16,3 %	17,9 %	21,8 %	21,7 %	15,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,0 %	22,0 %	31,7 %	28,3 %	15,3 %	13,9 %	18,6 %	15,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,1 %	81,6 %	81,7 %	83,7 %	85,8 %	76,2 %	80,6 %	79,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,0 %	3,6 %	3,8 %	4,3 %	2,1 %	5,1 %	7,0 %	2,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	161	191	94	79	177	259	116	95
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	67,7 %	53,4 %	54,3 %	53,2 %	61,0 %	39,0 %	53,4 %	56,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,9 %	41,4 %	38,3 %	44,3 %	39,0 %	43,2 %	35,3 %	28,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,5 %	75,4 %	76,6 %	64,6 %	70,6 %	77,2 %	77,6 %	76,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,5 %	51,8 %	48,9 %	50,6 %	53,7 %	48,6 %	44,0 %	52,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,7 %	14,7 %	14,9 %	16,5 %	19,2 %	23,9 %	23,3 %	17,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,2 %	22,5 %	35,1 %	27,8 %	16,4 %	13,5 %	19,8 %	17,9 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,7 %	84,8 %	81,9 %	88,6 %	88,7 %	80,7 %	87,9 %	83,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,7 %	3,7 %	3,2 %	3,8 %	1,7 %	4,2 %	4,3 %	2,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	94	124	72	59	113	160	86	68
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	70,2 %	58,9 %	55,6 %	50,8 %	58,4 %	41,3 %	57,0 %	63,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,4 %	43,5 %	41,7 %	47,5 %	39,8 %	49,4 %	36,0 %	32,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,8 %	77,4 %	75,0 %	62,7 %	69,0 %	80,6 %	80,2 %	77,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,6 %	52,4 %	50,0 %	52,5 %	57,5 %	52,5 %	46,5 %	57,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,2 %	12,1 %	15,3 %	13,6 %	23,9 %	25,0 %	27,9 %	17,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,5 %	19,4 %	31,9 %	28,8 %	14,2 %	12,5 %	19,8 %	19,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	92,6 %	91,9 %	86,1 %	88,1 %	90,3 %	87,5 %	93,0 %	89,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,1 %	2,4 %	1,4 %	3,4 %	0,9 %	1,9 %	3,5 %	1,5 %

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

Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

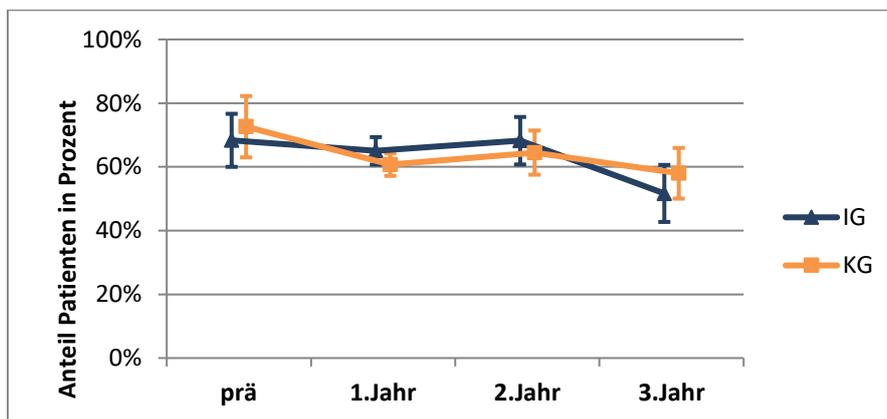
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

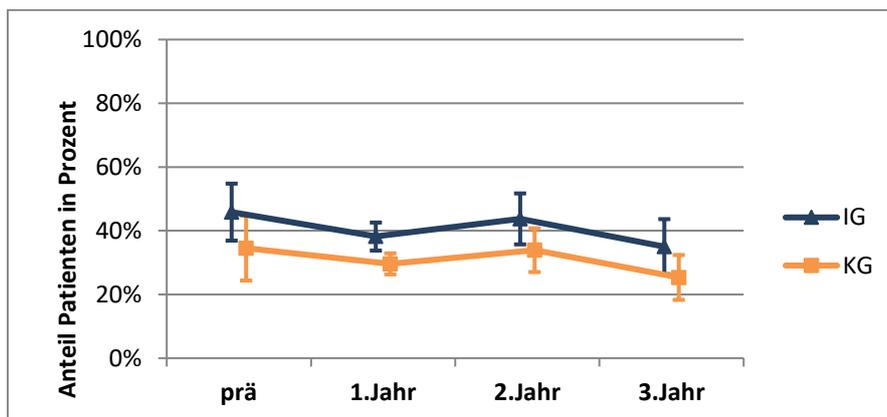
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



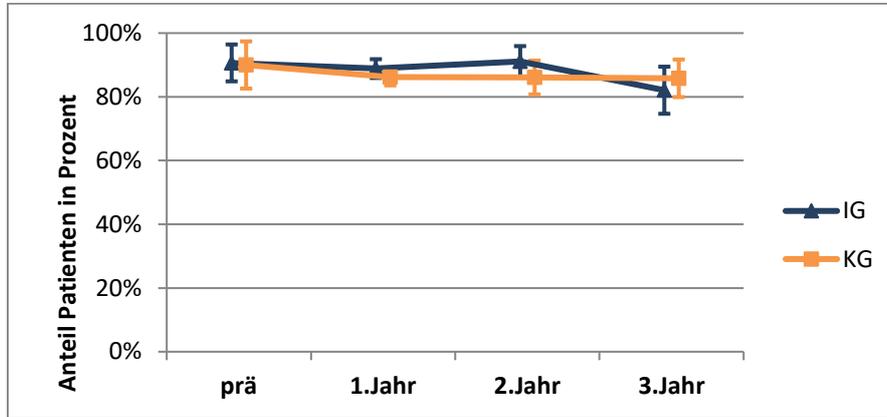
- Alle (psychiatrischer Sektor)



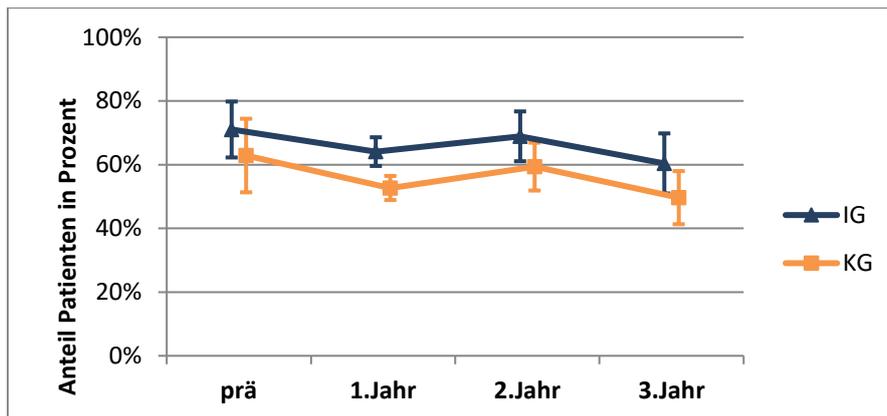
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



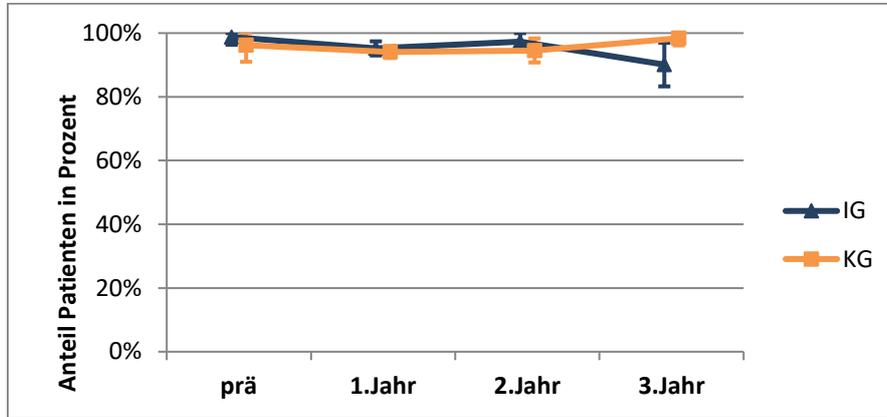
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



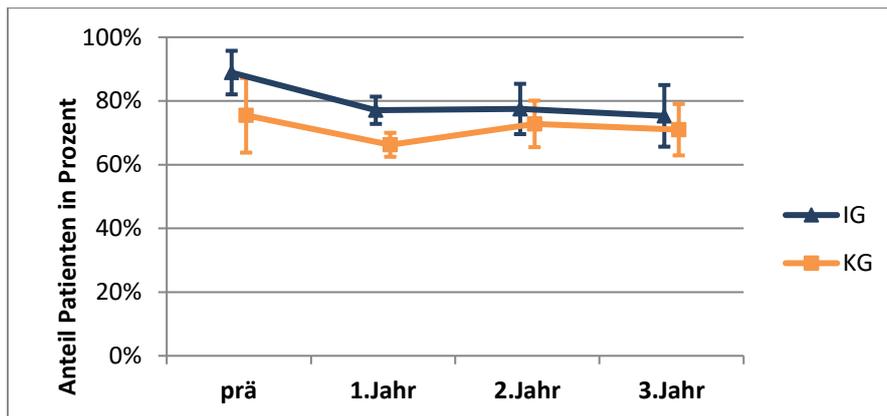
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



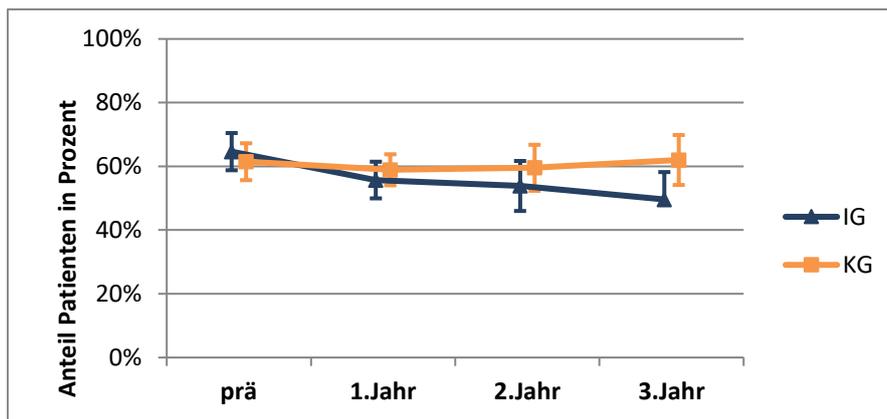
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

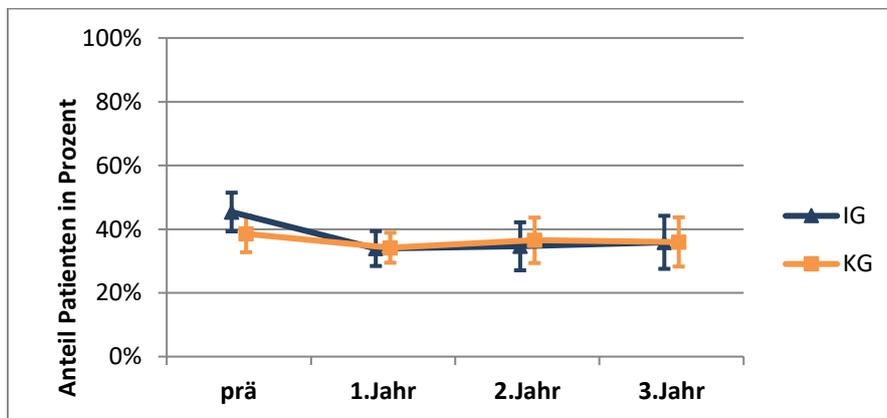
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



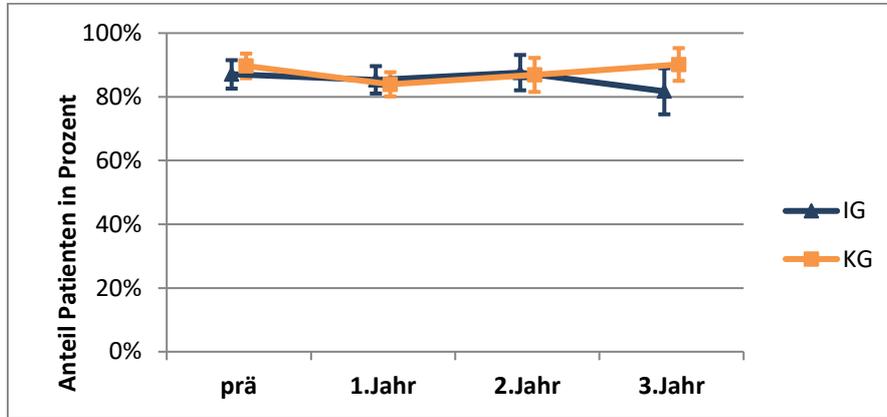
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



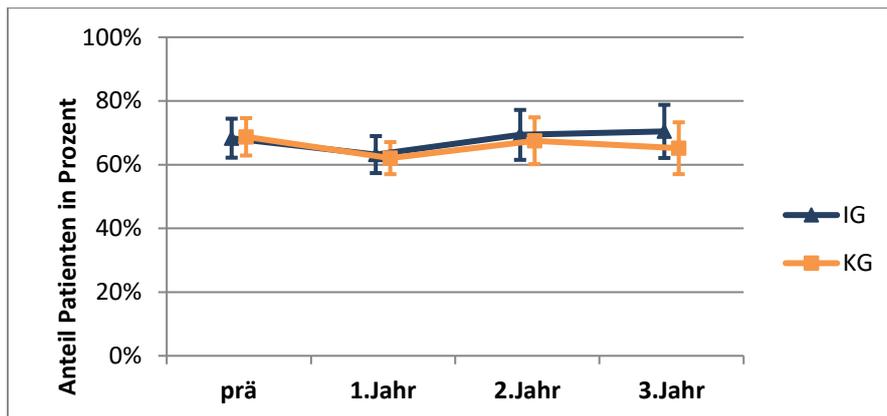
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



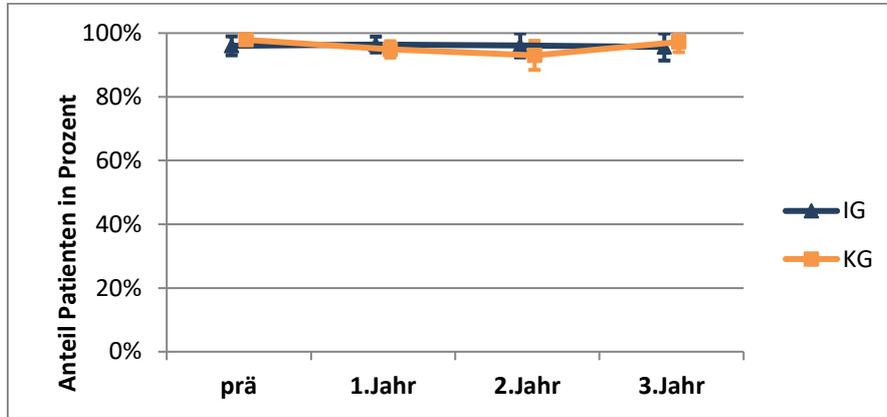
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



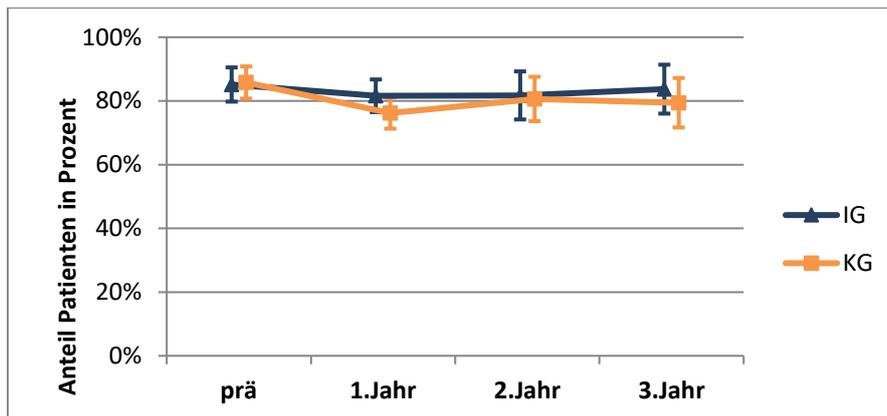
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 473, KG = 780; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 308, KG = 410). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Bei den kl_{in}ikneuen Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor für alle Patienten in der IG stets größer als in der KG. Dies trifft für alle Untersuchungszeiträume (7, 30 und 90 Tage) zu. Bei den kl_{in}ikbekannten Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG bei 30 und 90 Tagen Nachbeobachtung ab dem Referenzfall größer als in der KG. Bei 7 Tagen Nachbeobachtung gab es keine eindeutige Tendenz (teils vergleichbar und im zweiten Jahr nach Referenzfall auch geringer).

Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	137	446	110	877
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,1 %	15,5 %	13,6 %	8,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,7 %	13,9 %	14,5 %	17,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	33,6 %	26,0 %	44,5 %	43,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,9 %	14,8 %	17,3 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	9,6 %	5,5 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	4,5 %	4,5 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,3 %	35,4 %	32,7 %	30,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,5 %	41,7 %	34,5 %	34,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	123	300	89	545
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,2 %	13,7 %	15,7 %	8,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,1 %	16,7 %	13,5 %	23,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	32,5 %	27,0 %	40,4 %	41,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,8 %	16,0 %	16,9 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	10,0 %	5,6 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	4,7 %	4,5 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,0 %	37,3 %	33,7 %	36,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,7 %	39,7 %	37,1 %	32,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	65	136	44	223
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,3 %	12,5 %	27,3 %	9,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	26,2 %	20,6 %	13,6 %	26,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	32,3 %	22,8 %	36,4 %	35,4 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,8 %	15,4 %	18,2 %	16,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,2 %	8,1 %	2,3 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	3,7 %	4,5 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,0 %	37,5 %	43,2 %	38,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,0 %	41,9 %	34,1 %	31,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	114	413	92	806
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	30,3 %	29,3 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,6 %	29,1 %	27,2 %	30,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	61,4 %	50,1 %	68,5 %	64,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,7 %	33,2 %	35,9 %	30,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,5 %	25,2 %	16,3 %	18,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	9,7 %	8,7 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	64,6 %	56,5 %	53,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,0 %	12,8 %	10,9 %	12,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	100	273	74	498
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,0 %	28,6 %	28,4 %	17,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,0 %	34,8 %	28,4 %	38,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	60,0 %	50,9 %	68,9 %	63,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	38,0 %	33,7 %	37,8 %	32,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,0 %	25,6 %	17,6 %	20,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,0 %	8,4 %	6,8 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,0 %	67,8 %	58,1 %	61,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,0 %	11,4 %	9,5 %	10,6 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	52	128	35	201
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,7 %	26,6 %	37,1 %	15,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	44,2 %	44,5 %	28,6 %	47,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,5 %	52,3 %	62,9 %	61,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	42,3 %	39,1 %	34,3 %	35,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	25,0 %	11,4 %	19,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,4 %	9,4 %	8,6 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,1 %	71,9 %	62,9 %	67,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,5 %	10,9 %	14,3 %	9,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	79	357	66	708
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	59,5 %	42,9 %	39,4 %	20,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	54,4 %	38,4 %	43,9 %	41,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,0 %	73,4 %	84,8 %	80,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,8 %	53,8 %	53,0 %	54,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	26,6 %	35,0 %	16,7 %	26,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,0 %	23,0 %	22,7 %	14,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	86,1 %	78,4 %	74,2 %	68,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	3,6 %	4,5 %	4,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	68	229	51	428
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	58,8 %	42,8 %	35,3 %	22,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,4 %	44,1 %	49,0 %	51,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	80,9 %	73,8 %	88,2 %	81,5 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	61,8 %	56,3 %	56,9 %	54,7 %
	26,5 %	37,1 %	17,6 %	30,6 %
	16,2 %	23,1 %	21,6 %	15,0 %
	86,8 %	82,5 %	76,5 %	78,5 %
	1,5 %	1,7 %	3,9 %	2,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	30	100	23	175
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) 	60,0 %	44,0 %	39,1 %	21,1 %
	70,0 %	55,0 %	47,8 %	63,4 %
	76,7 %	74,0 %	87,0 %	84,6 %
	66,7 %	60,0 %	47,8 %	58,3 %
	33,3 %	36,0 %	13,0 %	26,9 %
	20,0 %	24,0 %	17,4 %	19,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	90,0 %	88,0 %	78,3 %	85,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,3 %	1,0 %	4,3 %	1,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

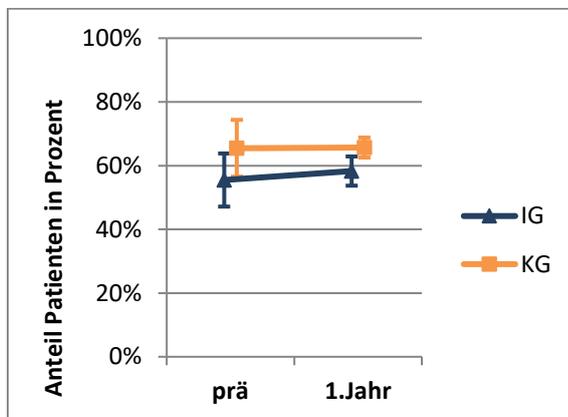
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

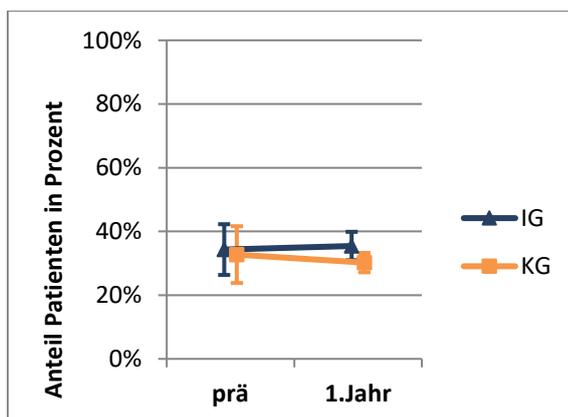
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

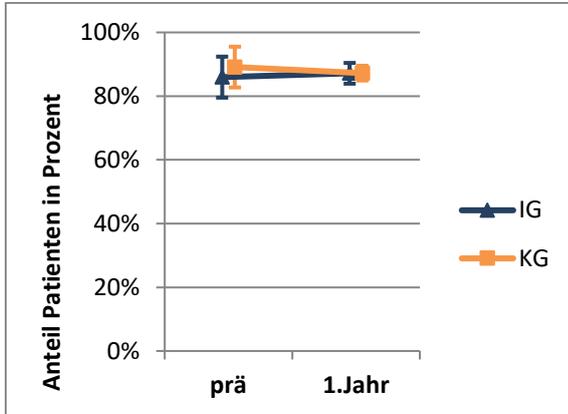


- Alle (psychiatrischer Sektor)

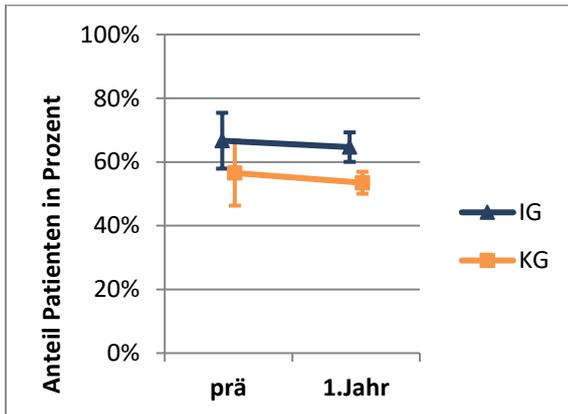


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



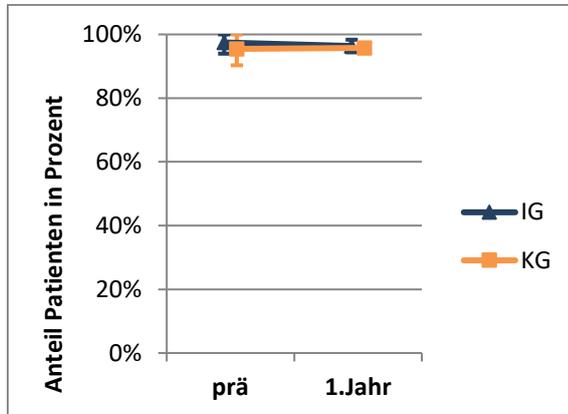
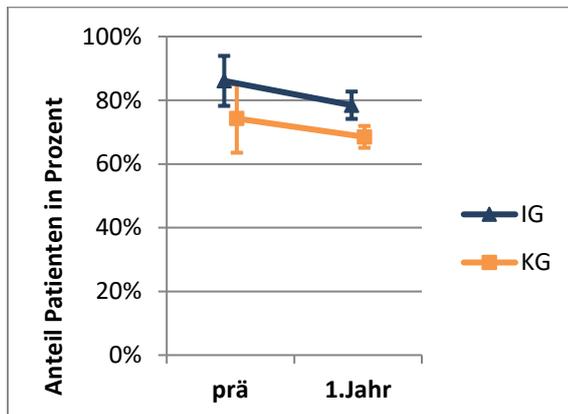
Kontakt innerhalb von 90 Tagen**- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Graphischen Darstellungen für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich keine statistisch signifikant verschiedene Veränderung der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG vs. KG und im Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dies traf auf alle drei Nachbeobachtungszeiträume (7, 30 oder 90 Tage) zu. Zu beachten ist jedoch, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Präzeitraum teils sehr gering waren.

8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA („Ambofall_LDL“- Tabelle) liefern konnten, wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Zeitreihenbetrachtungen für den Parameter Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Zeitreihenbetrachtungen für den Parameter Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Da die Anzahl der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr mit einem zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum zu gering ist ($n < 10$), wurde auf die folgenden Tabellen verzichtet.

Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Da die Anzahl der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr mit einem zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum zu gering ist ($n < 10$), konnten keine Modelle gerechnet werden.

Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

Sekundärer Outcomeparameter: 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.

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA („Ambofall_LDL“- Tabelle) liefern konnten, wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	810	810	810	810	778	778	778	778
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	801	805	776	767	768	767	749	730
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	3,3%	4,6%	1,7%	2,3%	1,9%	3,3%	1,2%	0,6%
• Vier (B)	0,1%	1,4%	0,0%	0,5%	0,4%	0,3%	0,6%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,4%	0,2%	0,4%	0,0%	0,1%	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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	700	700	700	700	698	698	698	698
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	694	691	670	658	689	690	671	666
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	2,6%	3,0%	1,6%	1,9%	1,3%	2,0%	1,4%	0,9%
• Vier (B)	0,7%	0,9%	0,1%	0,1%	0,6%	0,4%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

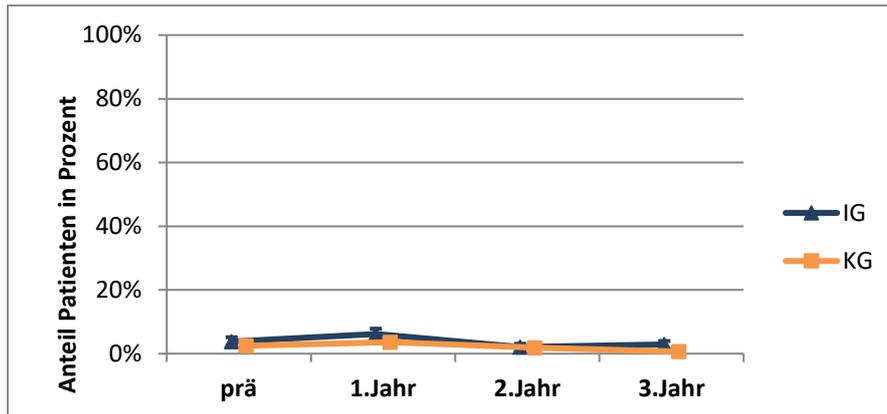
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

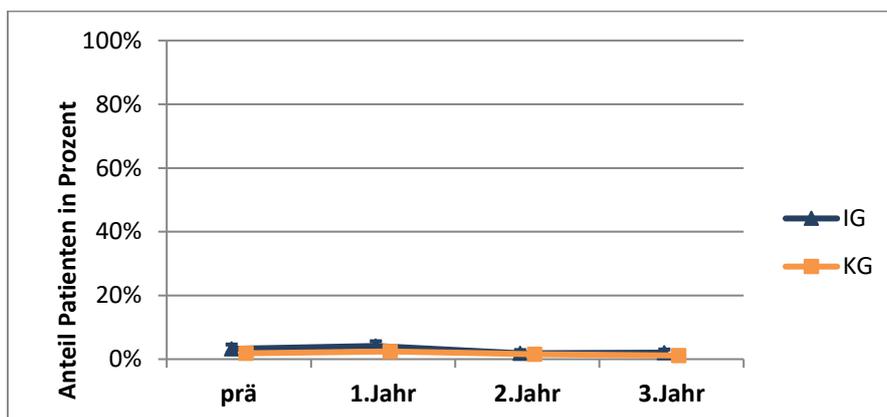
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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.



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaus hopping ($n_{\text{klinikneu}}$: IG = 805, KG = 767; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG = 691, KG = 690) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf. Patienten der IG wie-

sen sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten einen stets etwas höheren Anteil an Patienten mit Arzt- und Krankenhaushopping auf. Diese Unterschiede waren jedoch stets bereits im Jahr vor Referenzfall ersichtlich.

Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	983	983	983	983
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	955	974	968	975
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	2,8%	4,6%	1,4%	3,8%
• Vier (B)	0,7%	1,0%	0,1%	0,7%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,3%	0,0%	0,3%

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

Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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.

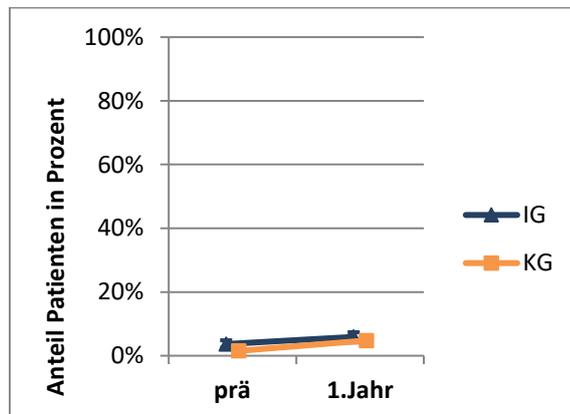


Abbildung 9 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und

Abbildung 10 die Graphischen Darstellungen für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254ff.).

Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaushopping war zwar der Anteil an Patienten mit Arzt- und Krankenhaushopping in der IG stets größer als in der KG. Die Zunahme an Hopping war jedoch in der IG geringer, da bereits ein größerer Anteil an Patienten der IG im Präzeitraum Arzt- und/oder Krankenhaushopping aufwies (IG: +1,7 %; KG: +2,3 %). Dieser geringere Anstieg in der IG im Vergleich zur KG war statistisch signifikant (DiD = 0,5).

8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

Primärer Outcomeparameter: 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 Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (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 16**).

Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
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)	560	560	559	556	490	490	490	490
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	251	361	185	152	223	380	156	123
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,5	1,7	1,6	1,5	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	37,2	86,6	35,8	22,6	32,2	91,9	26,1	14,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,6%	18,2%	9,1%	7,2%	29,6%	16,1%	6,7%	6,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	10	<10	<10	<10	<10	10	13	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,4	1,1	2,0	1,4	1,1	1,5	2,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,9	0,7	0,3	0,2	0,6	0,9	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%

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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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)	441	441	438	436	394	394	394	393
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	201	209	140	120	178	192	105	101
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	1,8	1,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	46,1	45,3	25,9	17,1	35,3	38,6	17,1	18,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,4%	7,7%	5,7%	4,4%	12,7%	6,3%	4,3%	5,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	14	12	<10	<10	14	13	10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,2	1,1	1,1	1,2	1,7	1,3	1,4	1,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	0,4	0,3	0,4	1,0	0,8	0,9	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%

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

Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

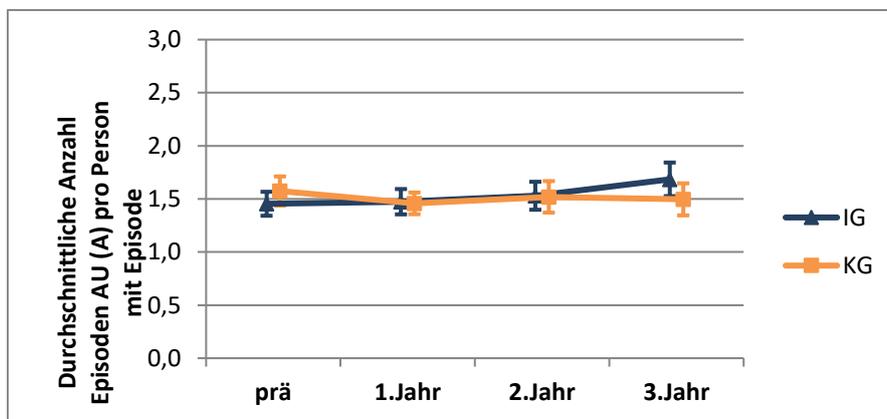
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

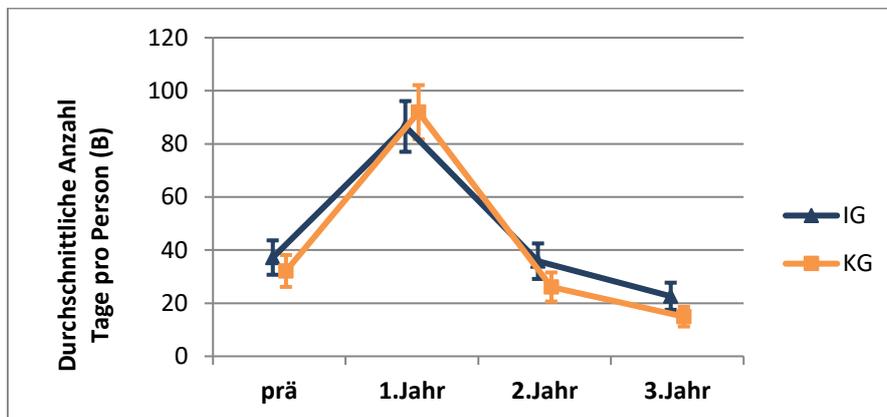
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

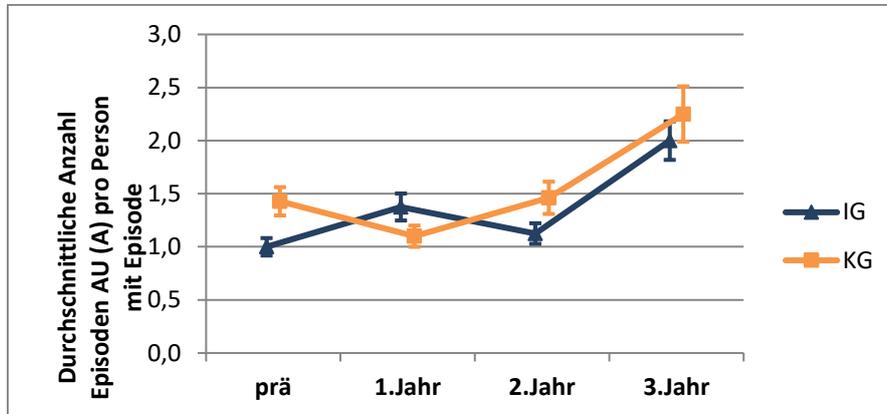
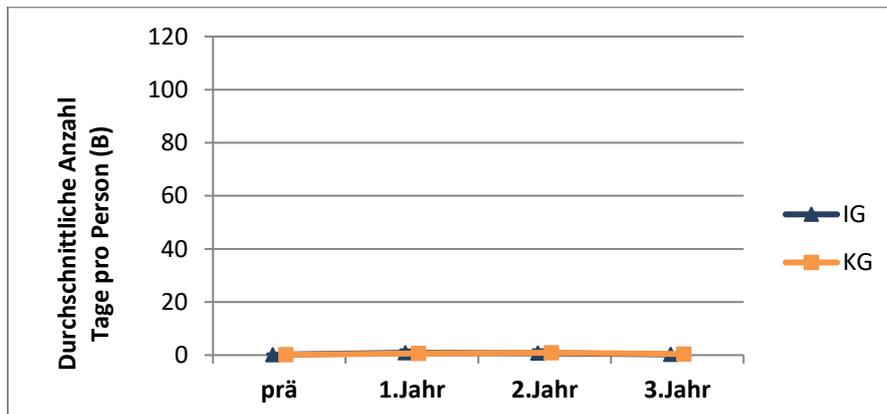
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- **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)**

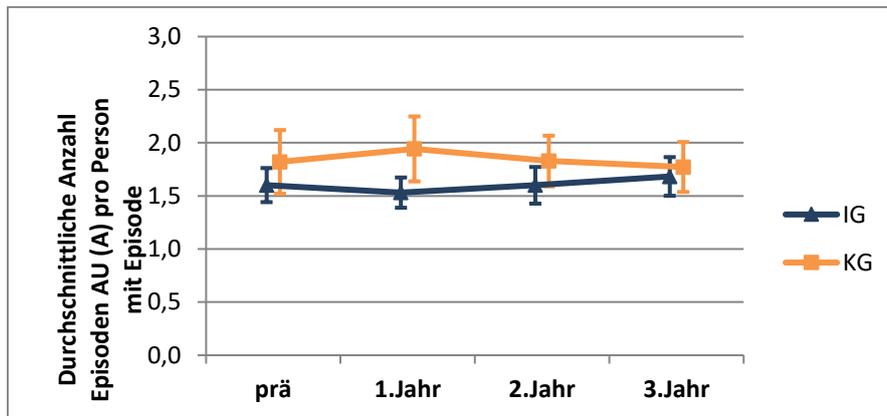
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

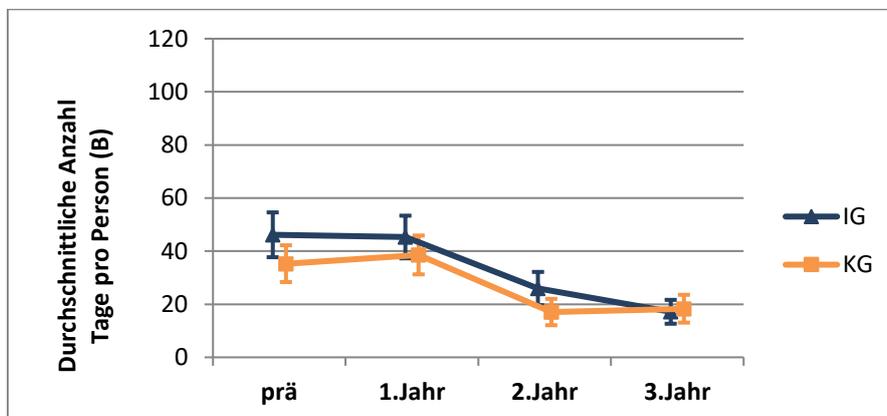
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

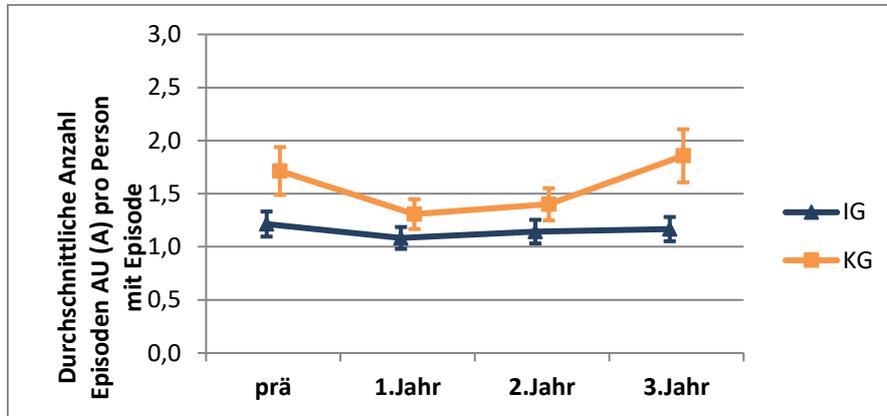
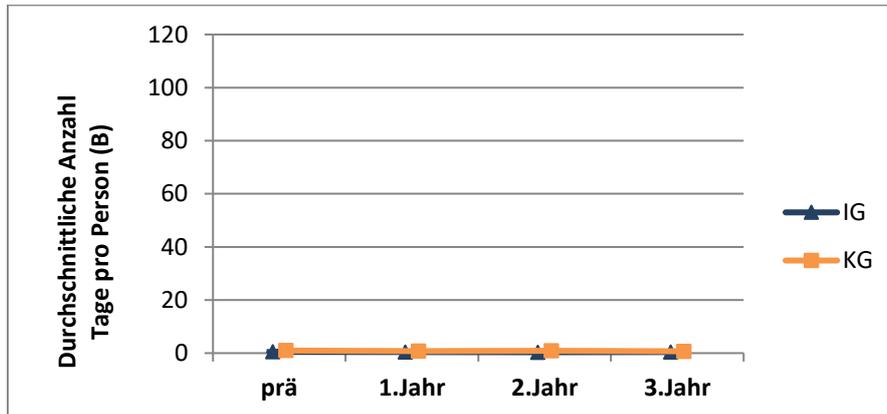
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- 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)**

Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 560, KG = 490; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 411, KG = 394). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,5-1,7), stiegen jedoch im dritten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärker an. Auch das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Dabei war jedoch der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG um 10,4 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG. Auf der anderen Seite waren die AU-Tage im Jahr vor Referenzfall sowie im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (prä: +5,0; -5,4; +9,7; +7,7 AU-Tage).

Bei den klinikbekannten Patienten wies die IG stets leicht geringere Anzahlen an *AU-Episoden* im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied bestand bereits vor Referenzfall. Die Verläufe waren parallel. Bei den AU-Tagen ist bereits im Präzeitraum ein großer Unterschied zwischen IG und KG ersichtlich (+10,9 AU-Tage). Im Laufe der patientenindividuellen Zeit sanken jedoch die AU-Tage in der IG stärker als in der KG, so dass im dritten Jahr nach Referenzfall die AU-Tage unter denen der KG fielen.

Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	667	667	641	641
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	252	345	277	471
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,4	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	29,1	68,8	29,5	86,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	18,1%	13,2%	24,8%	14,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	11	13	13
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,1	1,2	1,2	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,7	0,4	0,4	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%

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

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

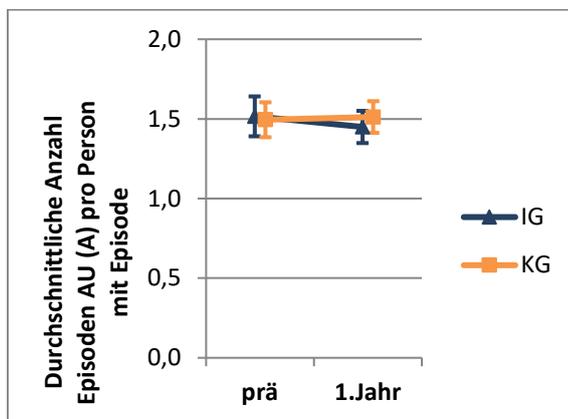
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

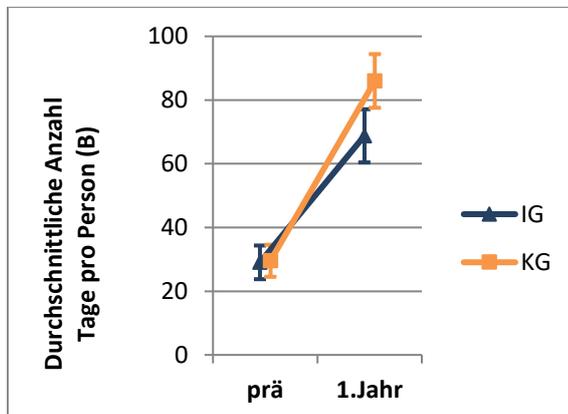
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

Fallzahl zu klein

- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

Fallzahl zu klein

Abbildung 11 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 12 die Graphischen Darstellungen für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 307 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 667 und 641) sank die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas und stieg in der KG etwas an. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -0,3 AU-Episoden). Die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG (IG: +39,7; KG: +56,4 AU-Tage; DiD = -16,7 AU-Tage).

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden mit Indexdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Anstieg war in allen Subkohorten in der IG signifikant geringer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten affektiven Störungen (F30-39).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 307 ff.).

8.2.7 Wiederaufnahmeraten

Sekundärer Outcomeparameter: 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.

Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Zeitreihenbetrachtungen für den Parameter Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Zeitreihenbetrachtungen für den Parameter Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Da Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr überwiegend klinikneue Patienten waren, gab es sehr wenige Krankenhausfälle mit einem mindestens 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Es ließe sich praktisch keine Aussage ableiten. Aus diesem Grunde wurde bei diesem Parameter lediglich ein Post-Vergleich gerechnet.

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	280	574
<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) 	33,2% 102,8	34,0% 113,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	174	350
<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) 	24,3% 101,3	22,0% 106,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	76	144
<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) 	11,1% 96,7	8,0% 105,5

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

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

Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

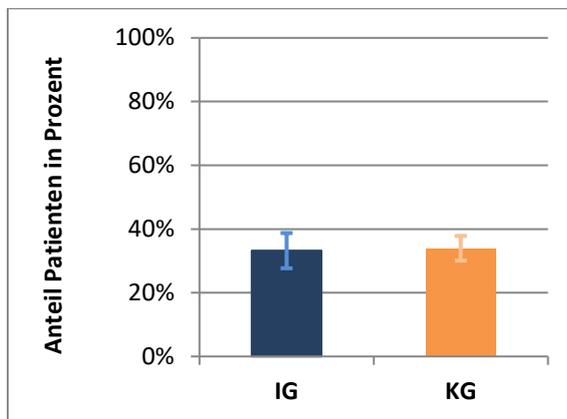
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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)

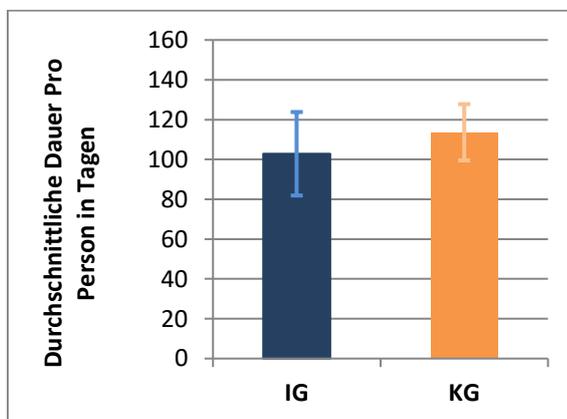


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Graphische Darstellungen für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 280 und 574) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr in der IG etwas, aber statistisch nicht signifikant, geringer als in der KG (IG: 33,2%; KG: 34,0%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war jedoch in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG (IG: 102,8 Tage; KG: 113,6 Tage; Gruppenschätzer = 0,94).

8.2.8 Komorbidität

Sekundärer Outcomeparameter: 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 macht hier nur für den mittleren Elixhauser-Score (Komorbiditäts-Score) Sinn. Daher wird an dieser Stelle auf den prävalenten und inzidenten Score sowie die Angabe des Medians verzichtet.

Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	810	810	798	790	778	778	766	755
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,2	2,9	3,0	2,7	3,2	2,9	3,0

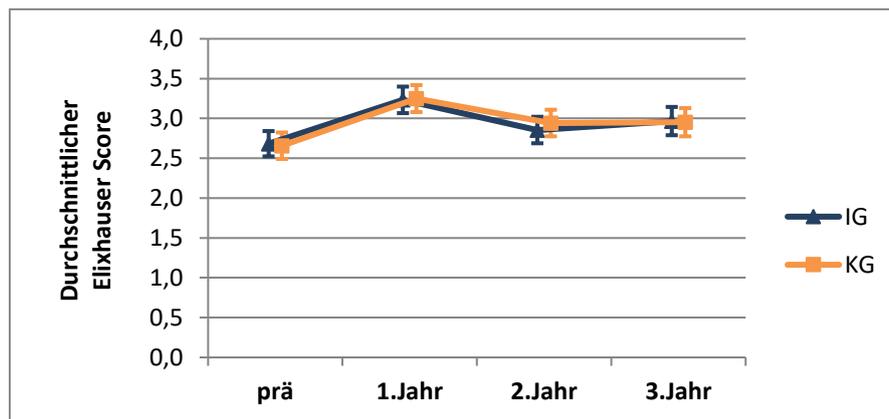
Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	700	700	685	675	698	698	683	676
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,2	3,2	3,2	3,3	3,0	3,3	3,2	3,3

Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

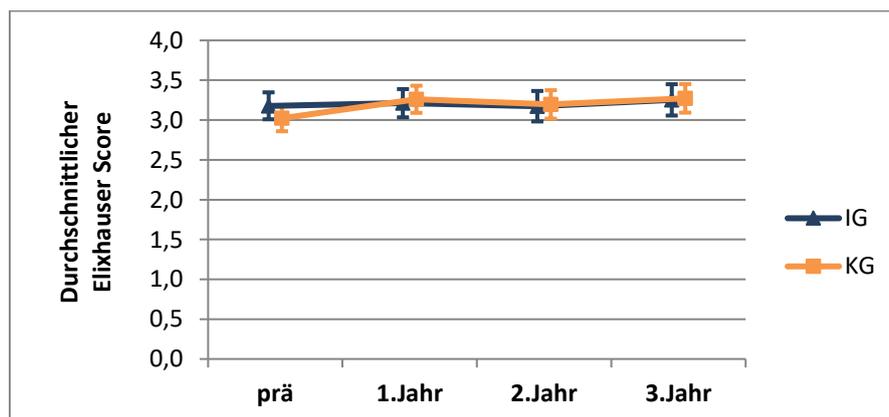
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 810, KG = 778; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 700, KG = 698) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch. Die klinikneuen Patienten wiesen im ersten patientenindividuellen Jahr (IG: 3,2; KG: 3,2) im Vergleich zur Präzeit (IG: 2,7; KG: 2,7) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei 2,9 - 3,0 lag. 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 (3,2-3,0), jedoch kaum relevante Veränderungen über die Zeit. Es waren keine Unterschiede zwischen IG und KG ersichtlich.

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	983	983
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,2 3 1 - 4	3,5 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,2 2 1 - 3	2,3 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,0 1 0 - 2	1,1 1 0 - 2

Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**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.

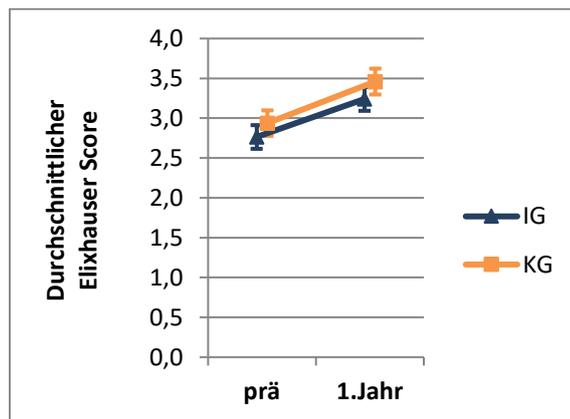
Mittlerer Elixhauser Score

Abbildung 15 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 die Graphischen Darstellungen für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keine relevante Unterscheidung zwischen IG und KG. Beide Verläufe waren vergleichbar.

8.2.9 Mortalität

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

Anstelle des Zeitverlaufs der anderen Parameter wurde hier die kumulierte 1-Jahres, 2-Jahres und 3-Jahres Mortalität untersucht.

Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	810	810	810	778	778	778
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	1,5 %	2,5 %	3,1 %	1,5 %	3,0 %	4,4 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	700	700	700	698	698	698
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	2,1 %	3,6 %	4,6 %	2,1 %	3,2 %	5,2 %

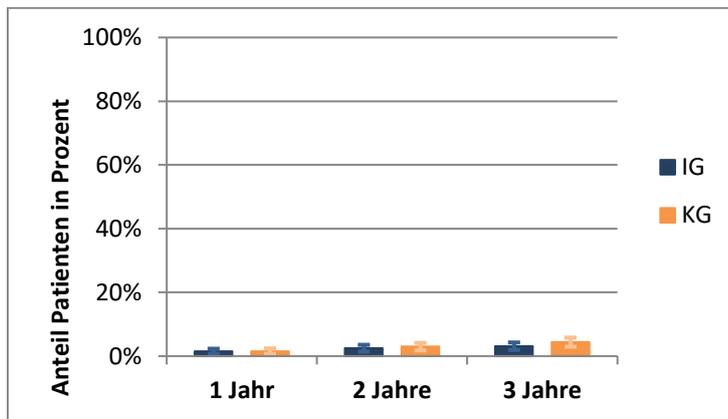
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode

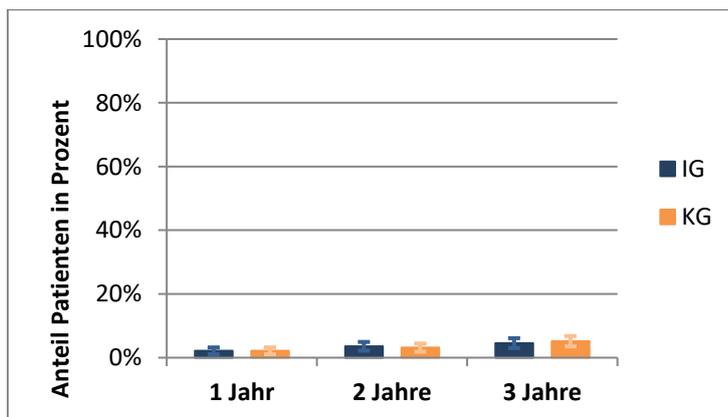


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (n_{linikneu} : IG = 810, KG = 778; $n_{\text{linikbekannt}}$: IG = 700, KG = 698) zeigten sich bei linikneuen Patienten leicht geringere Anteile an Verstorbenen in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: -0,1; 2. Jahr: -0,5; 3. Jahr: -1,3 %-Punkte). Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Anteile an Verstorbenen in der IG im Vergleich zur KG.

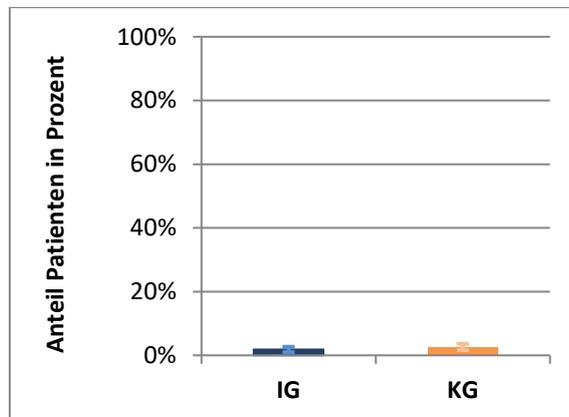
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	983	983
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	1,8 %	2,6 %

Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode

Hinweis: Todesursachen können mit den vorhandenen Daten nicht abgebildet werden.

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannt Patienten und Abbildung 18 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannt Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, zwischen IG und KG vergleichbar.

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

Sekundärer Outcomeparameter: 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 entwickelten.

Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	798	790	785	766	755	744
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	340	368	379	236	266	279
• Jegliche depr. Episode ³	512	521	523	492	493	490
• ohne Suchterkrankung ⁵	620	615	611	563	555	546
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	13,5 %	16,8 %	19,8 %	22,5 %	25,6 %	27,6 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,7 %	5,0 %	6,9 %	3,5 %	4,7 %	5,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	13,2 %	17,4 %	22,4 %	13,5 %	18,7 %	23,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	685	675	668	683	676	662
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	240	271	279	147	167	172
• Jegliche depr. Episode ³	391	394	393	359	353	347
• ohne Suchterkrankung ⁵	471	466	466	410	406	396
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	6,3 %	11,1 %	13,6 %	8,2 %	12,6 %	15,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,8 %	4,6 %	5,9 %	2,2 %	4,0 %	5,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	7,0 %	10,5 %	15,5 %	6,6 %	9,6 %	13,9 %

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

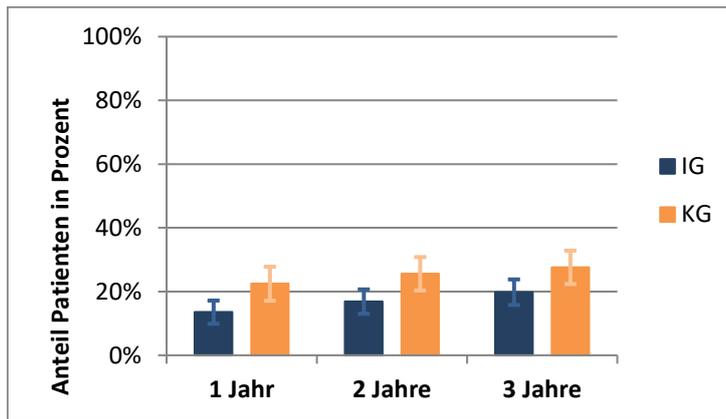
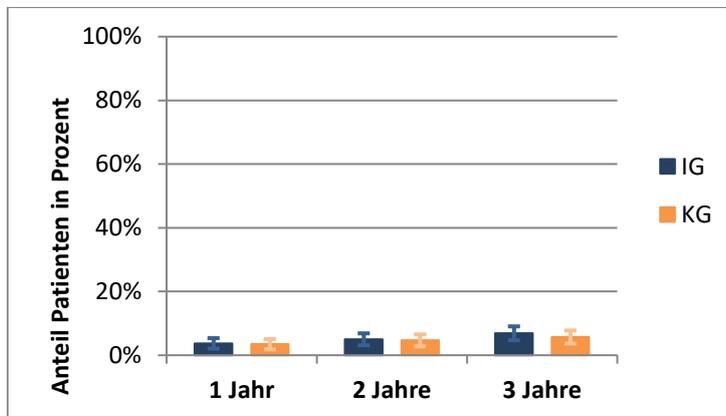
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

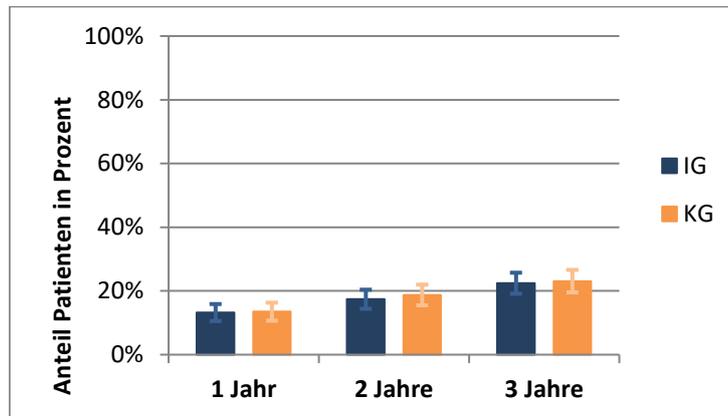
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)**Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)**

Progression C (→ Suchterkrankung)

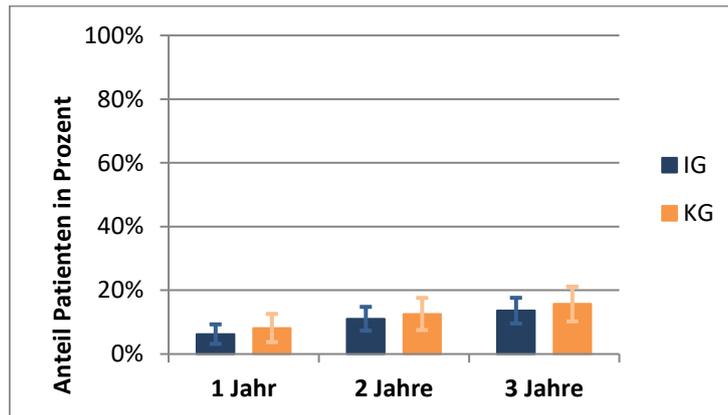
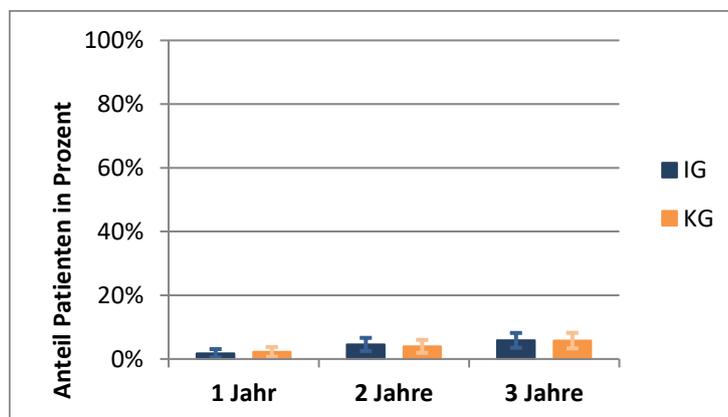
Klinikbekannte Patienten

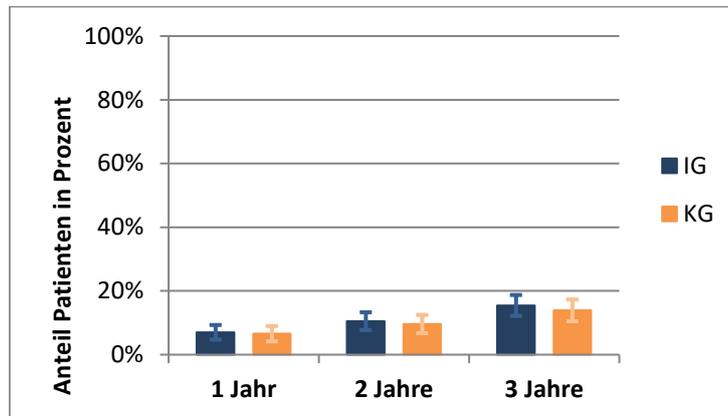
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)**Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)**

Progression C (→ Suchterkrankung)

Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG = 798, KG = 766; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 685, KG = 683) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster mit einer Steigung der Progression über die Zeit, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Dabei entwickelten klinikneue Patienten der IG in jedem Jahr zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) im Vergleich zur KG (1. Jahr: -8,9; 2. Jahr: -8,7; 3. Jahr: -7,8 %-Punkte). Die Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (Progression B) und einer Suchterkrankung (Progression C) waren im Wesentlichen zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten entwickelten Patienten der IG zu etwas geringeren Anteilen eine schwere depressive Episode (Progression A) als Patienten der KG, besonders im ersten und dritten patientenindividuellen Jahr. Die Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (Progression B) war zwischen IG und KG vergleichbar. Die Entwicklung einer Suchterkrankung (Progression C) war in der IG im dritten patientenindividuellem Jahr leicht größer als in der KG.

Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	965	957
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	461	373
• Jegliche depr. Episode ³	607	629
• ohne Suchterkrankung ⁵	763	695
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	12,6 %	34,6 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,6 %	3,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	13,9 %	14,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

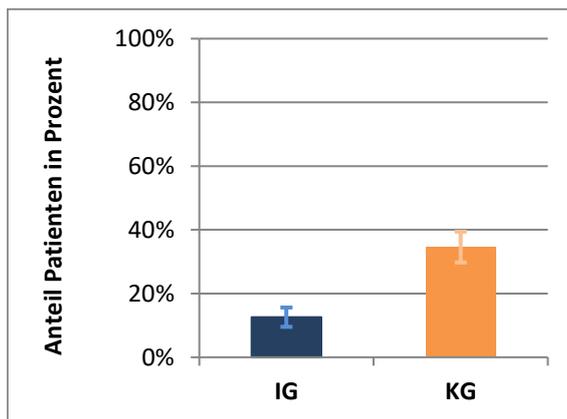
⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)**Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)**

Fallzahl zu klein

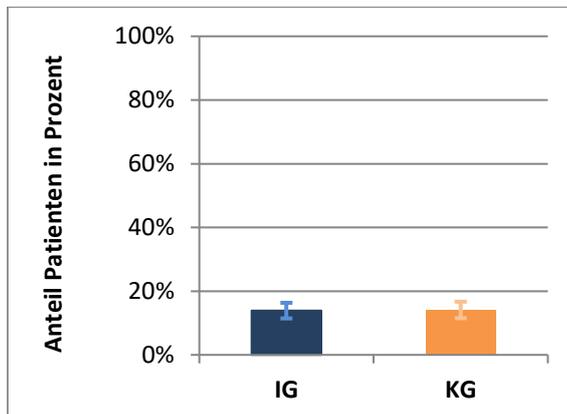
Progression C (→ Suchterkrankung)

Abbildung 19 zeigt den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 12,6 %; KG: 34,6 %; DiD = 0,5). Der Anteil an Patienten, die aus einer jeglichen depressiven Episode eine rezidivierende depressive Störung (*Progression B*) entwickelten sowie der Anteil an Patienten, die eine Suchterkrankung (*Progression C*) entwickelten, war zwischen IG und KG vergleichbar.

8.2.11 Leitlinienadhärenz

Sekundärer Outcomeparameter: Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Parametern untersucht, wie Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen mit den vorhandenen Daten übereinstimmen. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (4) aufgeführte Parameter genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

Bei diesem Outcomeparameter wird nicht nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten unterschieden. Die folgenden Tabellen beziehen sich auf alle eingeschlossenen Patienten.

Zudem wird bei diesen Parametern kein Zeitreihenvergleich erstellt, da die Outcomes zeitsensibel sind, z.B. ausgehend von erster Diagnose oder abhängig vom Vorzeitraum.

Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Zeitreihendiagramme entfallen, da diese für die dargestellten Parameter nicht zweckmäßig sind (4).

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 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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 style="text-align: center;">13</p> <p style="text-align: center;">15,4 %</p>	<p style="text-align: center;">37</p> <p style="text-align: center;">5,4 %</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 style="text-align: center;">38</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;">39</p> <p style="text-align: center;">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

Bei diesen Parametern waren die Anzahlen der Personen, die untersucht wurden, zu gering, um Aussagen zur Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit ableiten zu können.

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 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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 	45 8,9 %	53 7,5 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	12 66,7 %	15 26,7 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	26 42,3 %	26 42,3 %

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 ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten für diese drei Fragestellungen (Leitlinienadhärenz Demenz) keine Aussagen getroffen werden.

Depression

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

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

Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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>470</p> <p>48,9 %</p>	<p>423</p> <p>50,6 %</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>391</p> <p>7,2 %</p>	<p>461</p> <p>6,1 %</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 ACT 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

Der Anteil an Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 48,9 %; KG: 50,6 %).

Auch der Anteil an Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 7,2 %; KG: 6,1 %).

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 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">46</p> <p style="text-align: center;">89,1 %</p>	<p style="text-align: center;">47</p> <p style="text-align: center;">89,4 %</p>
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">18</p> <p style="text-align: center;">88,9 %</p>	<p style="text-align: center;">27</p> <p style="text-align: center;">92,6 %</p>
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;"><10</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;">13</p> <p style="text-align: center;">23,1 %</p>

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-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

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten für diese drei Fragestellungen (Leitlinienadhärenz Schizophrenie) keine Aussagen getroffen werden.

Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

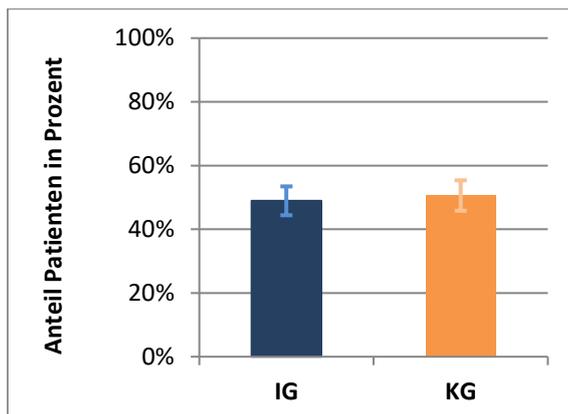
Fallzahl zu klein

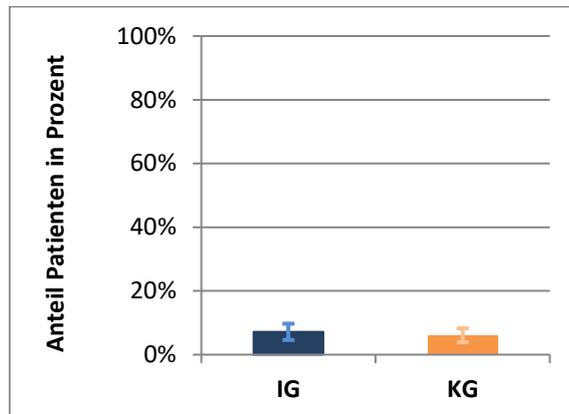
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G

Depression I**Schizophrenie J**

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

Abbildung 22 zeigt die grafischen Darstellungen für Leitlinienadhärenz für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 254 ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

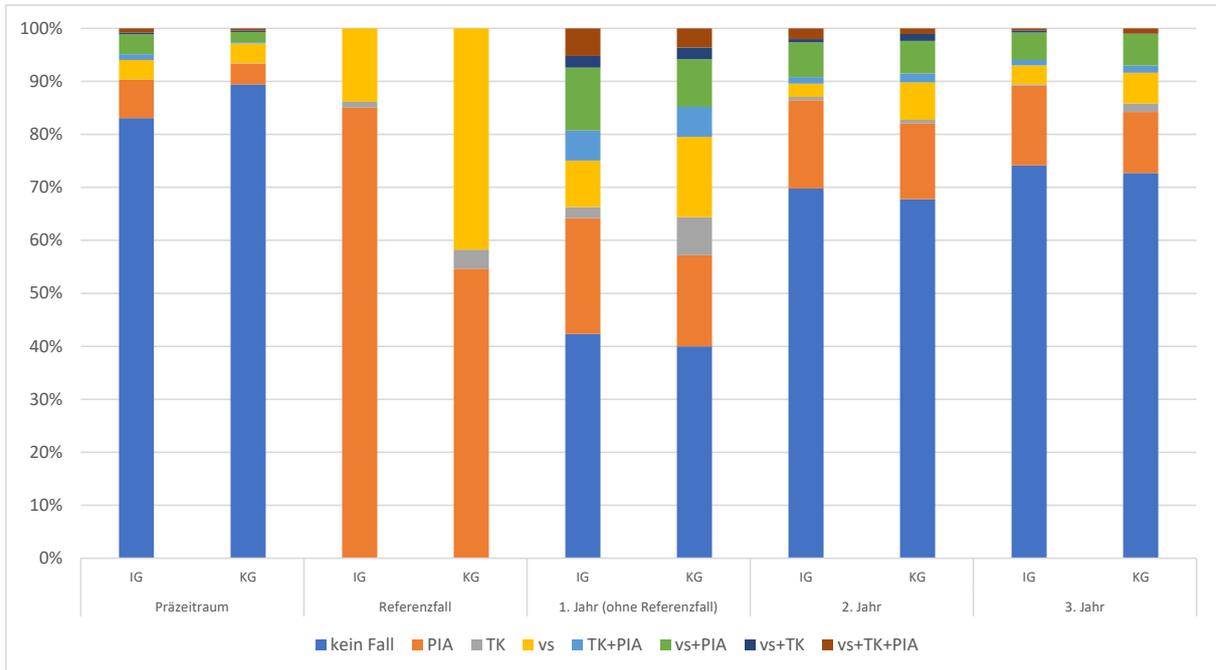
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr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

Klinikneue Patienten

Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)

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	6	3	1,000				42	28	0,626	16	8	1,000	3	7	1,000			
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	3	2	1,000				18	17	1,000	5	10	1,000	3	1	1,000			
vs+PIA	30	15	0,286				96	70	0,378	52	47	1,000	41	45	1,000			
vs+HT																		
TK+PIA	9	2	0,402				46	44	1,000	10	13	1,000	8	10	1,000			
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	30	29	1,000	112	325	0,000	71	118	0,001	20	54	0,000	28	44	0,313			
TK		1	1,000	9	28	0,002	17	56	0,000	5	5	1,000	2	12	0,099			
PIA	59	30	0,032	689	425	0,000	177	134	0,143	133	110	1,000	119	87	0,313			
HT																		
kein Fall	673	696	0,003				343	311	1,000	557	519	1,000	586	549	1,000			
Gesamtergebnis	810	778	0,032	810	778	0,000	810	778	0,000	798	766	0,011	790	755	0,071			

Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf

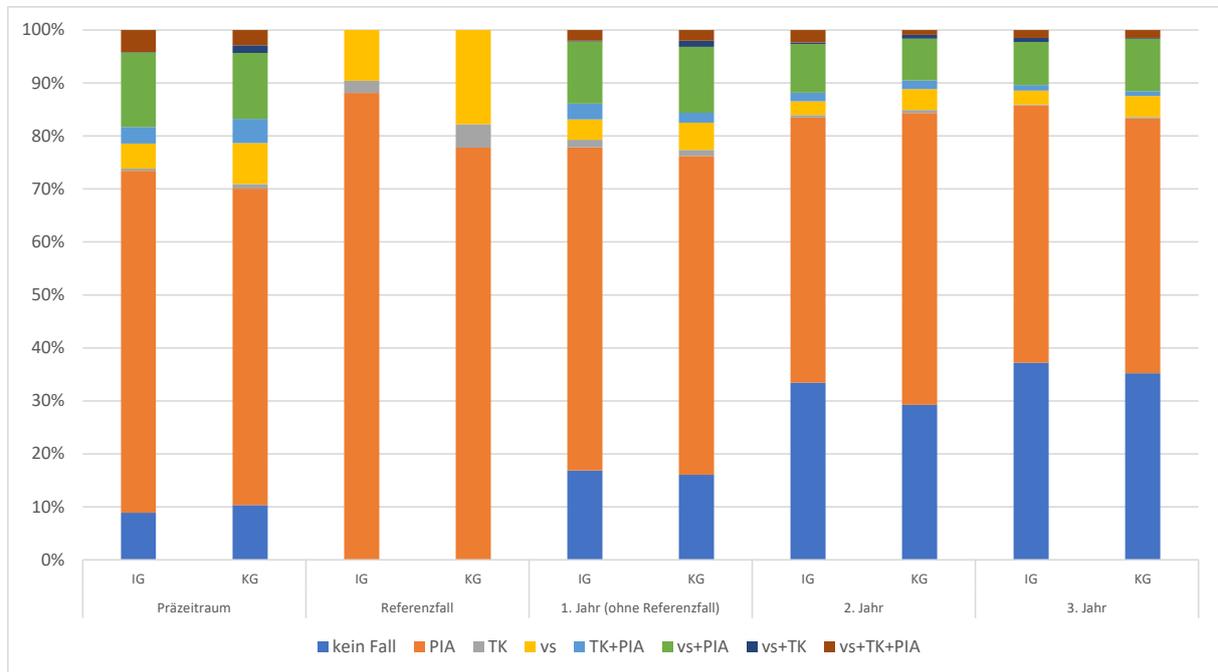


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)

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	29	20	1,000				14	14	1,000	16	6	0,485	10	10	1,000			
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	1	10	0,122				1	8	0,399	2	5	1,000	5	1	1,000			
vs+PIA	98	87	1,000				82	87	1,000	63	54	1,000	55	67	1,000			
vs+HT																		
TK+PIA	22	32	1,000				21	13	1,000	11	11	1,000	7	6	1,000			
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	33	54	0,181	67	124	0,000	27	36	1,000	18	27	1,000	18	27	1,000			
TK	3	6	1,000	16	31	0,037	10	8	1,000	3	4	1,000	1	2	1,000			
PIA	452	417	0,425	617	543	0,000	427	420	1,000	343	376	0,588	328	325	1,000			
HT																		
kein Fall	62	72	1,000				118	112	1,000	229	200	0,718	251	238	1,000			
Gesamtergebnis	700	698	0,055	700	698	0,000	700	698	1,000	685	683	0,718	675	676	1,000			

Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Präzeitraum signifikante Unterschiede in dem Anteil der Patienten mit (mindestens) einem PIA-Fall (ohne weitere Settings) und Versicherten ohne Behandlungsfall, wobei sich die Gruppen komplementär verhielten: das Weniger der Versicherten der IG ohne Fall war gleichzeitig das Mehr der Versicherten der IG mit PIA-Fall (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). Diese höhere Inanspruchnahme der PIA ist wahrscheinlich auf die regionale Verteilung der Kontrollkliniken zurückzuführen. So liegt die Modelleinrichtung im Oberzentrum Bochum eingebettet in die Metropole Ruhr und somit umgeben von weiteren Oberzentren mit mehreren PIAs, wohingegen einige der Kontrollkliniken in Mittelzentren in einem deutlich ländlich geprägteren Raum liegen und sich dadurch geringere Möglichkeiten ergeben, bereits in anderen PIAs behandelt worden zu sein. Im Referenzfall zeigte sich ein deutlich geringerer Anteil an vollstationär und teilstationär behandelten, aber gleichzeitig ein höherer Anteil PIA-behandelter Patienten in der IG. Dies zeigte sich auch im ersten Nachbeobachtungsjahr, im zweiten Jahr war in der IG der Anteil vollstationär behandelten Patienten geringer als in der KG. Für das dritte Jahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede

Für die klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Behandlungssettings. Im Referenzfall lag der Anteil voll- und teilstationär behandelten Personen in der IG deutlich unter dem der KG. Der Anteil der in der PIA Behandelten lag hingegen

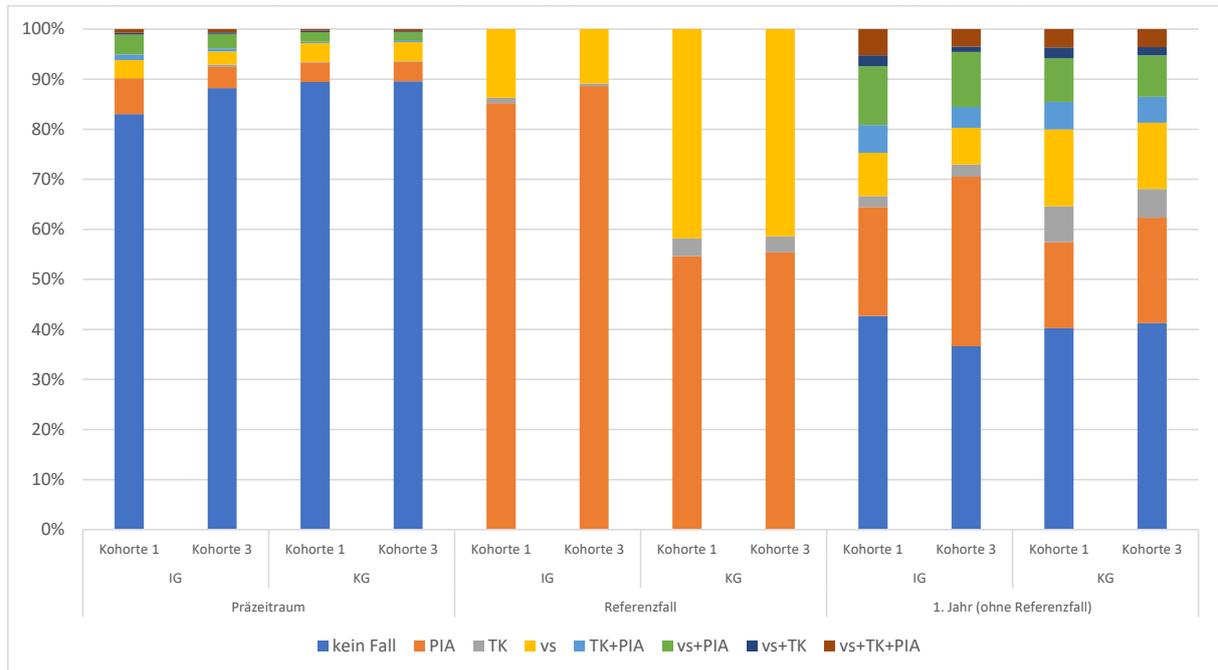
in der IG über dem der KG (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24). Im zweiten und dritten Jahr ergaben sich dann jedoch keine Unterschiede mehr.

Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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

Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)

Behandlungssetting	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	6	6	3	4					43	33	30	34
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	3	3	2	2					18	10	18	15
vs+PIA	33	27	16	15					97	103	72	78
vs+HT												
TK+PIA	9	6	2	3					46	39	45	49
TK+HT												
HT+PIA												
vs	30	25	31	36	113	102	345	389	71	69	127	124
TK		4	1	1	9	5	29	30	18	23	59	54
PIA	59	40	32	37	703	832	451	521	180	318	142	198
HT												
kein Fall	685	829	738	842					352	344	332	388
Gesamtergebnis	825	940	825	940	825	939	825	940	825	939	825	940

Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)

(Kohorte Jahr 1 beinhaltet klinikneue Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr, Kohorte Jahr 3 beinhaltet alle Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr)

Während die Verteilungen der KG zwischen Kohorte 1 und Kohorte 3 nahezu identisch waren, zeigten sich in der IG leichte Verschiebungen. Der Anteil der vollstationären Behandlungen im Referenzfall ging bei gleichzeitiger Zunahme der PIA-Fälle zurück. Im ersten Nachbeobachtungsjahr lag bei Kohorte 3 der IG der Anteil der Personen ohne Fall unter dem von Kohorte 1, gleichzeitig steigt aber der Anteil der in der PIA behandelten Patienten (vgl. Tabelle 32 und Abbildung 25).

Die im Feinkonzept skizzierte Vertragsperspektive, bei der alle in den Daten enthaltenen und in einer definierten Klinik behandelten Patienten über Kalenderjahre betrachtet werden, befindet sich im Anhang (Tabelle 165 und Abbildung 62).

9.2 Leistungserbringung

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

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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 dreijährigen 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 33: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr			
	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
N	810	778	810	778	810	778	810	778	810	778	810	778	798	766	798	766	790	755	790	755
N mit Fall	69	49	18	8	112	325	9	28	227	233	123	145	93	119	36	36	75	97	16	30
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,8	0,2	0,1	0,6	2,0	0,1	0,4	2,1	2,2	1,2	1,6	0,8	1,0	0,3	0,4	0,5	0,9	0,1	0,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,9	2,1	0,4	0,2	1,2	5,5	0,2	1,0	4,3	4,9	2,5	3,6	1,8	2,5	0,6	0,7	1,3	1,8	0,2	0,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	-	-	0,0	0,1	-	-	0,2	0,1	-	-	0,2	0,1	-	-	0,1	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2	-	-	0,1	0,6	-	-	0,4	0,5	-	-	0,3	0,5	-	-	0,3	0,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,1	0,0	-	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,7	0,2	1,0	0,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	0,0	-	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,7	0,2	1,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,2	0,0	-	0,1	-	-	-	1,1	0,6	0,3	0,0	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2	0,0	-	0,1	-	-	-	0,9	0,4	0,2	0,0	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-
Gesamt	3,4	3,6	0,6	0,3	2,0	9,2	0,4	1,6	9,2	10,1	4,5	7,3	3,3	4,7	1,0	1,5	2,4	3,7	0,4	1,4

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

Tabelle 34: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr			
	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
N	810	778	810	778	810	778	810	778	810	778	810	778	798	766	798	766	790	755	790	755
N mit Fall	69	49	18	8	112	325	9	28	227	233	123	145	93	119	36	36	75	97	16	30
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,1	13,3	8,2	8,6	4,5	4,8	8,2	10,7	7,5	7,4	7,8	8,6	6,6	6,4	6,1	8,6	5,1	6,9	5,8	9,6
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	22,2	32,8	17,8	23,6	8,7	13,3	22,0	28,1	15,2	16,5	16,4	19,5	15,3	16,2	14,4	15,3	14,2	14,1	12,1	18,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,8	-	-	0,3	0,3	-	-	0,6	0,3	-	-	1,8	0,7	-	-	1,0	1,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,3	2,4	-	-	1,0	1,4	-	-	1,6	1,7	-	-	2,8	3,0	-	-	3,6	2,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,0	1,6	0,8	-	0,1	0,8	0,9	2,4	0,4	2,2	1,1	5,5	0,7	2,0	0,1	3,5	1,0	2,4	0,3	3,7
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	1,4	0,9	-	0,1	1,2	0,9	2,5	0,3	2,2	1,1	5,7	0,9	1,7	0,0	4,7	0,5	1,9	1,9	3,7
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	3,0	2,6	0,6	-	-	0,2	-	-	4,0	2,0	1,8	0,0	0,2	-	0,5	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,8	2,4	0,7	-	-	0,1	-	-	3,2	1,4	1,4	0,0	0,1	-	0,4	-	-	-	-	-
Gesamt	39,9	57,2	29,1	32,3	14,6	22,1	32,0	43,7	32,8	33,7	29,7	39,3	28,4	30,1	21,6	32,0	25,5	28,6	20,1	35,6

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

Tabelle 35: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	810	778	810	778	810	778	798	766	790	755
N mit Fall	102	49	689	425	361	276	211	178	171	149
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,3	1,2	0,9	2,5	1,6	1,7	1,5	1,2	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,6	0,4	1,2	0,9	3,0	2,1	2,3	1,9	1,7	1,5
Gesamt	0,6	0,4	1,2	1,0	3,0	2,2	2,4	2,1	1,7	1,6
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,715		0,003		0,124		0,268		0,252	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,113		0,000		0,003		0,203		0,333	

Tabelle 36: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	810	778	810	778	810	778	798	766	790	755
N mit Fall	102	49	689	425	361	276	211	178	171	149
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,7	1,2	0,1	0,1	1,0	1,4	2,2	1,8	2,3	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,1	4,6	1,4	1,6	5,7	4,5	6,5	6,4	5,5	5,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,0	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2	0,8	0,2	0,5
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,8	5,8	1,4	1,7	6,7	5,9	8,7	8,2	7,8	7,4
Gesamt	4,9	6,0	1,4	1,8	6,8	6,2	8,9	9,0	8,0	7,9
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,780		0,003		0,049		0,238		0,204	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,500		0,002		0,227		0,634		0,634	

Klinikbekannte Patienten
Tabelle 37: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr			
	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
N	700	698	700	698	700	698	700	698	700	698	700	698	685	683	685	683	675	676	675	676
N mit Fall	161	171	55	68	67	124	16	31	124	145	46	43	99	92	32	26	88	105	23	19
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,9	1,7	0,6	1,0	0,3	0,7	0,2	0,4	1,0	1,1	0,5	0,4	0,5	0,7	0,2	0,2	0,4	0,7	0,2	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,7	5,0	1,3	2,2	0,9	2,4	0,6	0,9	2,6	2,9	1,2	1,0	1,1	1,5	0,5	0,4	1,2	1,9	0,4	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	-	-	0,0	0,1	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,7	-	-	0,1	0,3	-	-	0,7	0,6	-	-	0,4	0,5	-	-	0,4	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,4	0,1	0,6	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	-	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,5	0,1	0,6	0,0	0,3	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	-	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,2	0,1	0,1	-	0,0	-	-	0,4	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,2	0,0	0,1	-	0,0	-	-	0,3	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	8,3	8,9	2,3	4,4	1,4	4,2	0,8	1,8	5,3	5,4	1,8	2,1	2,1	3,2	0,9	0,9	2,2	3,7	0,5	0,8

Tabelle 38: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr			
	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
N	700	698	700	698	700	698	700	698	700	698	700	698	685	683	685	683	675	676	675	676
N mit Fall	161	171	55	68	67	124	16	31	124	145	46	43	99	92	32	26	88	105	23	19
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	8,1	6,9	7,6	9,8	3,2	4,0	8,2	9,5	5,8	5,4	7,1	7,0	3,5	5,5	5,1	4,6	3,4	4,4	4,9	4,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	20,3	20,4	16,8	22,3	9,6	13,3	25,9	20,1	14,8	13,9	17,6	16,1	7,6	11,3	10,0	11,4	9,3	12,0	10,4	19,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,8	-	-	0,3	0,4	-	-	0,4	0,9	-	-	0,5	1,8	-	-	0,6	1,6	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,7	2,9	-	-	1,6	2,0	-	-	4,2	2,8	-	-	2,6	4,0	-	-	3,4	4,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	1,5	1,7	6,3	0,0	1,7	1,1	5,3	0,5	0,6	0,4	5,4	0,3	0,8	2,1	3,0	0,2	0,9	-	2,2
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	2,1	1,5	5,9	0,0	1,7	1,1	6,3	0,3	0,7	0,3	4,8	0,1	0,7	1,4	3,4	0,1	0,8	-	3,3
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,4	0,9	0,8	0,7	-	0,2	-	-	2,4	0,7	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,4	0,9	0,5	0,6	-	0,2	-	-	1,4	0,9	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	36,0	36,4	28,9	45,6	14,7	23,5	36,2	41,2	30,0	26,0	26,7	33,3	14,7	24,1	18,6	22,3	16,9	23,7	15,3	29,1

Tabelle 39: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
N	700	698	700	698	700	698	685	683	675	676	
N mit Fall	599	555	617	543	544	534	433	447	400	408	
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung		1,9	2,1	0,5	0,5	2,1	1,8	2,7	2,0	3,3	1,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung		6,6	5,4	2,0	1,6	5,5	4,4	4,2	4,1	3,2	4,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,1	0,6	0,0	0,2	0,1	0,6	0,1	0,6	0,1	0,6
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung		8,5	7,5	2,5	2,1	7,6	6,2	7,0	6,2	6,5	5,8
Gesamt		8,5	8,1	2,5	2,3	7,7	6,8	7,1	6,8	6,6	6,4
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung		0,050		0,002		0,002		0,091		0,184	

Tabelle 40: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	700	698	700	698	700	698	685	683	675	676
N mit Fall	599	555	617	543	544	534	433	447	400	408
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,2	2,6	0,5	0,7	2,7	2,4	4,3	3,1	5,6	2,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	7,7	6,8	2,3	2,0	7,1	5,8	6,7	6,3	5,4	6,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,5	0,0	0,2	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,8	0,0	0,3	0,1	0,8	0,1	1,0	0,1	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	9,9	9,4	2,9	2,7	9,8	8,2	11,1	9,4	10,9	9,6
Gesamt	10,0	10,2	2,9	3,0	9,9	8,9	11,2	10,4	11,1	10,5
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,375		0,315		0,002		0,010		0,071	

Dass sich bezogen auf alle klinikneuen Personen der IG und KG eine geringere Zahl an Therapieeinheiten in der IG ergab, ist vor allem den geringeren Fallzahlen in der IG geschuldet (vgl. Tabelle 33). Bei den tatsächlich behandelten Patienten ließ sich für den Referenzfall eine höhere Zahl an Therapieeinheiten im voll- und teilstationären Bereich in der KG feststellen. Danach lagen die vollstationär erbrachten TEs in IG und KG gleichauf, die tagesklinischen TEs lagen in der IG stets unter denen der KG (vgl. Tabelle 34). Auffällig ist jedoch, dass in der KG deutlich mehr psychotherapeutische Komplexbehandlungen durchgeführt wurden.

Die höhere Zahl der Kontakte in der PIA war vor allem der höheren Zahl behandelter Patienten geschuldet (vgl. Tabelle 35). Bei der Zahl der Kontakte konkret behandelter Patienten ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 35).

Bei den klinikbekannten Patienten ist kein offensichtliches Muster in der Zahl der Therapieeinheiten zu erkennen. So lag die Zahl der vollstationären TEs in der IG im Referenzfall, im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr unter der der KG, im ersten Jahr jedoch darüber. Allerdings zeigte sich auch hier, dass die Zahl der psychotherapeutischen Komplexbehandlungen in der KG höher war (vgl. Tabelle 38).

Bei der durchschnittlichen Anzahl an PIA-Kontakten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen klinikbekannten Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 39 und Tabelle 40).

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.

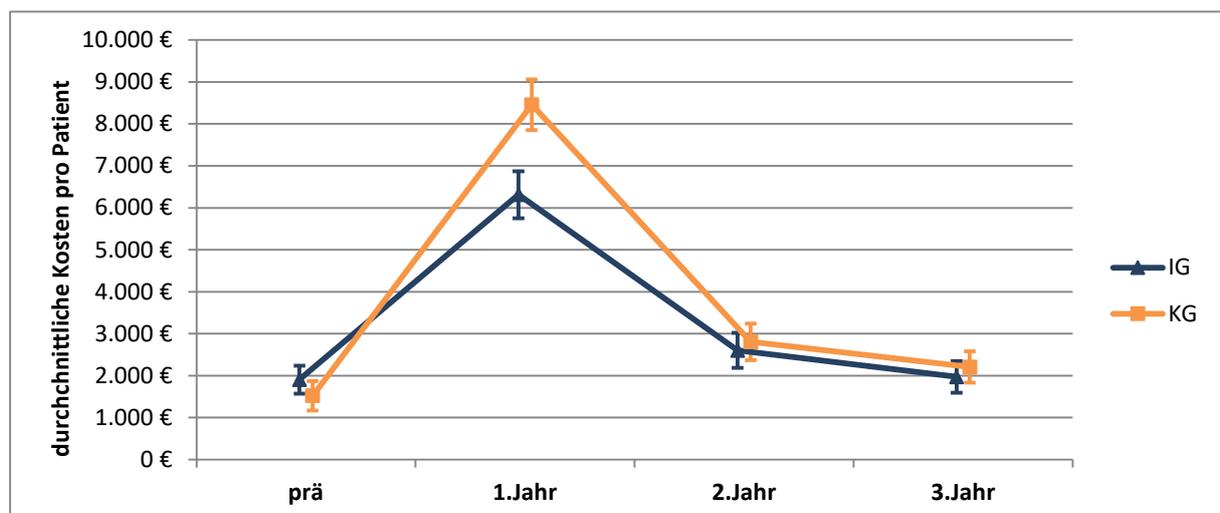
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	725	810	697	630	704	778	686	629
durchschnittliche Kosten	1.902,52 €	6.311,54 €	2.599,82 €	1.969,15 €	1.520,31 €	8.458,79 €	2.803,83 €	2.205,73 €
Standardabweichung	4.876,26 €	8.152,08 €	6.019,90 €	5.397,29 €	4.994,51 €	8.620,35 €	6.143,95 €	5.260,76 €
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	118,98 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	47,57 €	530,40 €	61,12 €	13,41 €	50,60 €	1.199,32 €	69,98 €	20,99 €
Median	280,60 €	2.615,63 €	665,46 €	245,19 €	285,74 €	6.652,91 €	655,46 €	242,11 €
75%-Perzentil	1.310,80 €	9.922,64 €	2.312,47 €	1.018,05 €	842,84 €	12.435,98 €	2.094,43 €	1.199,97 €
Maximum	56.054,93 €	50.876,38 €	62.632,38 €	47.945,38 €	65.377,35 €	63.250,46 €	61.476,67 €	48.638,91 €

Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



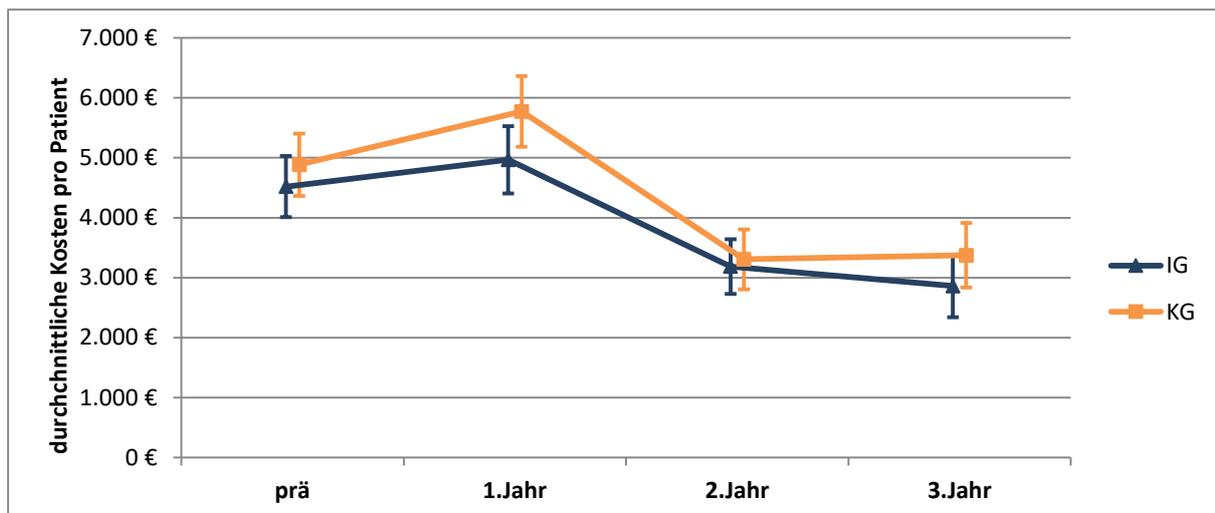
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	692	700	654	629	693	698	652	625
durchschnittliche Kosten	4.520,29 €	4.966,89 €	3.186,96 €	2.861,58 €	4.885,53 €	5.773,92 €	3.306,30 €	3.373,97 €
Standardabweichung	6.899,38 €	7.586,86 €	6.085,51 €	6.918,28 €	7.029,67 €	7.917,21 €	6.652,30 €	7.162,12 €
Minimum	0,00 €	28,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	105,15 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	706,57 €	773,59 €	359,41 €	206,82 €	776,55 €	986,03 €	508,76 €	340,40 €
Median	1.529,06 €	1.888,95 €	1.087,08 €	811,43 €	1.809,39 €	2.181,58 €	1.183,48 €	1.073,89 €
75%-Perzentil	5.048,03 €	6.347,54 €	2.692,57 €	2.077,25 €	6.322,38 €	7.667,03 €	2.723,24 €	2.489,26 €
Maximum	56.003,18 €	72.287,23 €	61.798,20 €	96.551,36 €	48.266,17 €	52.461,17 €	77.092,60 €	71.626,22 €

Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kaum ein Unterschied bzgl. durchschnittlicher direkter psychiatrischer Versorgungskosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 41 und Abbildung 26). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg der Kosten, wobei die Kosten der IG günstiger ausfielen als die der KG. Anschließend sanken die Kosten im zweiten und dritten Jahr in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums ab.

Bei den klinikbekannten Patienten fielen die Kosten der IG im Prä-Zeitraum günstiger aus als die der KG (vgl. Tabelle 42 und Abbildung 27). Während die Kosten im ersten Jahr in beiden Gruppen leicht

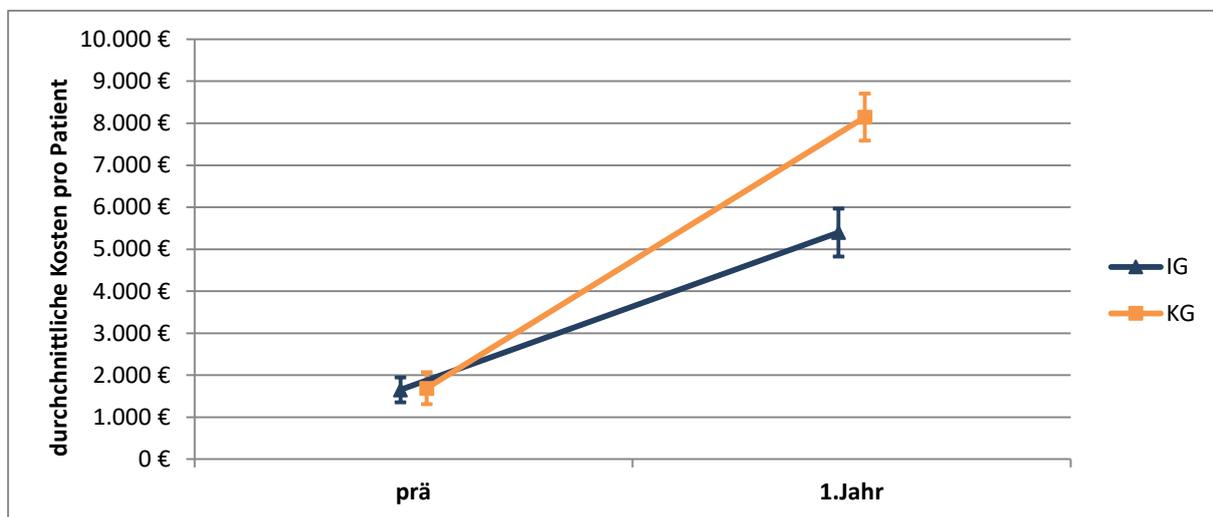
anstiegen, sanken sie im zweiten und dritten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des Prä-Zeitraums.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	875	983	894	983						
durchschnittliche Kosten	1.651,29 €	5.397,43 €	1.689,47 €	8.144,59 €	-38,18 €	0,877	-2.747,16 €	<0,001	-2.708,98 €	<0,001
Standardabweichung	4.776,38 €	9.147,39 €	6.058,89 €	8.961,41 €						
Minimum	0,00 €	45,75 €	0,00 €	9,26 €						
25%-Perzentil	43,29 €	391,17 €	53,57 €	991,76 €						
Median	233,76 €	1.175,27 €	235,75 €	5.432,12 €						
75%-Perzentil	939,88 €	6.973,31 €	1.034,07 €	12.234,59 €						
Maximum	49.642,47 €	78.398,68 €	135.118,61 €	60.218,79 €						

Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 43)

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der IG-Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant von der KG (vgl. Tabelle 43 und Abbildung 28). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen stark an, wobei sie in der IG

um 2.747,16 € signifikant geringer ausfielen. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeiterlauf um 2.708,98 € signifikant günstiger als die KG ($p < 0,001$).

Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Für die Patienten des dritten Modelljahres (Referenzfall) wurde ein multivariates lineares Regressionsmodell berechnet. Im Grundmodell wurde nicht für weitere Variablen kontrolliert. Im gesättigten Modell wurden verschiedene Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Tod, Indexdiagnosen) in das Modell integriert und anschließend wurden alle Variablen, für die im Gesamtmodell kein signifikanter Wert vorhanden war aus dem Modell herausgenommen.

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Variable	Grundmodell		Gesamtmodell		Gesättigtes Modell	
	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
IG Prä-zeitraum	1.544,56 €	0,000	-1.548,65 €	0,000	-1.528,46 €	0,000
Differenz IG - KG	308,11 €	0,136	5,48 €	0,977	3,81 €	0,984
1. Jahr (vs. Prä)	6.747,72 €	0,000	7.949,32 €	0,000	7.810,11 €	0,000
Effekt (DiD, IG - KG)	-2.619,28 €	0,000	-2.292,80 €	0,000	-2.289,49 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)			76,97 €	0,669	113,60 €	0,524
Alter (48-64 J. vs. U30)			434,26 €	0,021	483,71 €	0,008
Alter (Ü64 vs. U30)			875,77 €	0,003	895,93 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)			397,20 €	0,007	391,28 €	0,007
F 00 (Demenz)			958,11 €	0,201		
F 01 (Vaskuläre Demenz)			318,31 €	0,798		
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)			-668,81 €	0,183		
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)			532,23 €	0,758		
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)			95,28 €	0,724		
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)			4.539,39 €	0,000	4.591,07 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)			1.778,60 €	0,000	1.856,55 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)			435,04 €	0,041	487,95 €	0,018
F 45 (Somatoforme Störungen)			-728,41 €	0,000	-673,66 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)			60,56 €	0,823		
F 50 (Essstörungen)			1.001,86 €	0,000	1.040,66 €	0,000
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)			2.413,43 €	0,000	2.466,70 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)			-757,82 €	0,111		
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)			-384,66 €	0,653		
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)			-154,83 €	0,680		
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)			8.685,31 €	0,000	8.730,65 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)			7.303,89 €	0,000	7.288,24 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)			2.728,80 €	0,000	2.729,78 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)			163,16 €	0,573		
R ²		0,129		0,252		0,251

Im Grundmodell ergab sich eine um 2.619,28 € signifikant günstigere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG ($p = 0,000$; vgl. Tabelle 44). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergab sich im Gesamtmodell eine um 2.292,80 € ebenfalls signifikant günstigere Entwicklung ($p = 0,000$). Im gesättigten Modell ergab sich schließlich eine um 2.289,49 € signifikant günstigere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG ($p = 0,000$).

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.

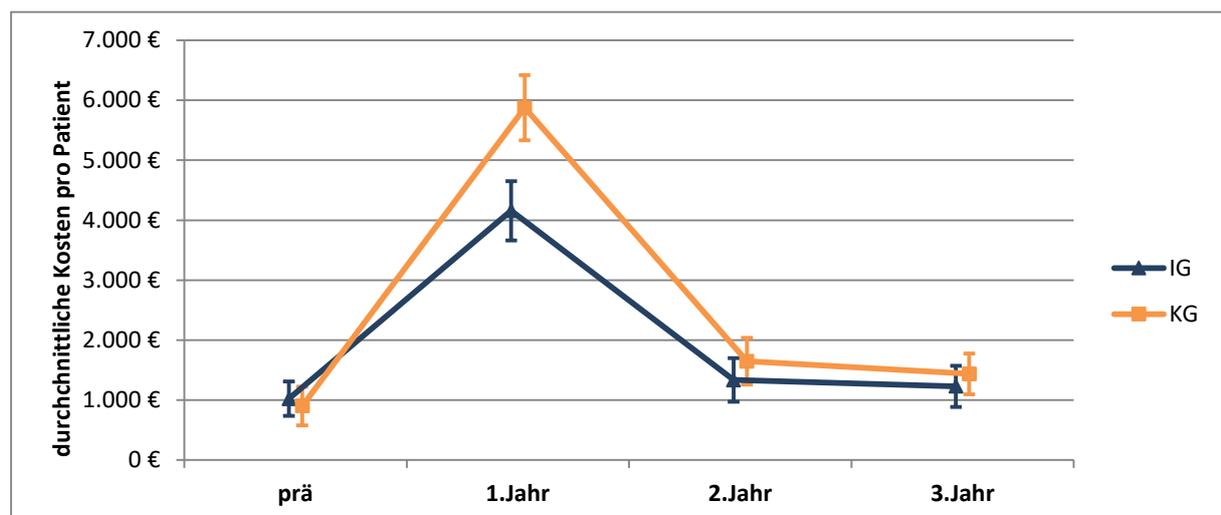
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	95	313	97	83	81	468	129	103
durchschnittliche Kosten	1.019,95 €	4.158,00 €	1.334,06 €	1.226,76 €	899,91 €	5.875,41 €	1.646,63 €	1.434,40 €
Standardabweichung	4.179,42 €	7.182,90 €	5.266,28 €	4.922,48 €	4.595,31 €	7.731,63 €	5.498,31 €	4.794,28 €
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 €	2.630,44 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.559,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.666,77 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	49.758,83 €	39.602,20 €	60.056,15 €	46.922,12 €	60.690,42 €	62.633,69 €	61.077,09 €	47.996,09 €

Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



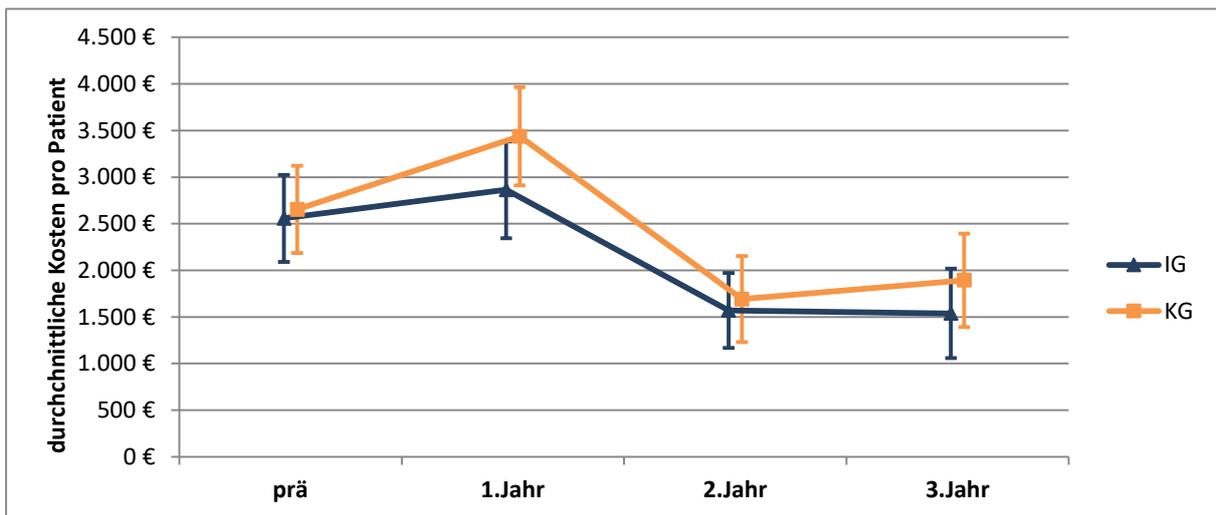
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	167	177	103	92	182	216	100	110
durchschnittliche Kosten	2.556,80 €	2.863,52 €	1.570,06 €	1.538,28 €	2.653,90 €	3.437,96 €	1.691,27 €	1.892,66 €
Standardabweichung	6.282,23 €	7.002,16 €	5.357,39 €	6.350,37 €	6.301,78 €	7.102,81 €	6.165,91 €	6.666,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	620,08 €	0,00 €	0,00 €	543,79 €	3.517,28 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	54.159,48 €	70.837,49 €	60.876,54 €	92.895,32 €	44.626,31 €	44.734,07 €	76.291,10 €	71.116,11 €

Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 46)

Bei den klinikneuen Patienten zeigte sich im Prä-Zeitraum kaum ein Unterschied bzgl. durchschnittlicher vollstationärer Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 45 und Abbildung 29). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die Kosten der IG günstiger ausfielen als die der KG. Dies war u.a. auf die geringere Anzahl an Individuen mit vollstationärem Fall in der IG zurückzuführen. (IG: 313; KG: 468).

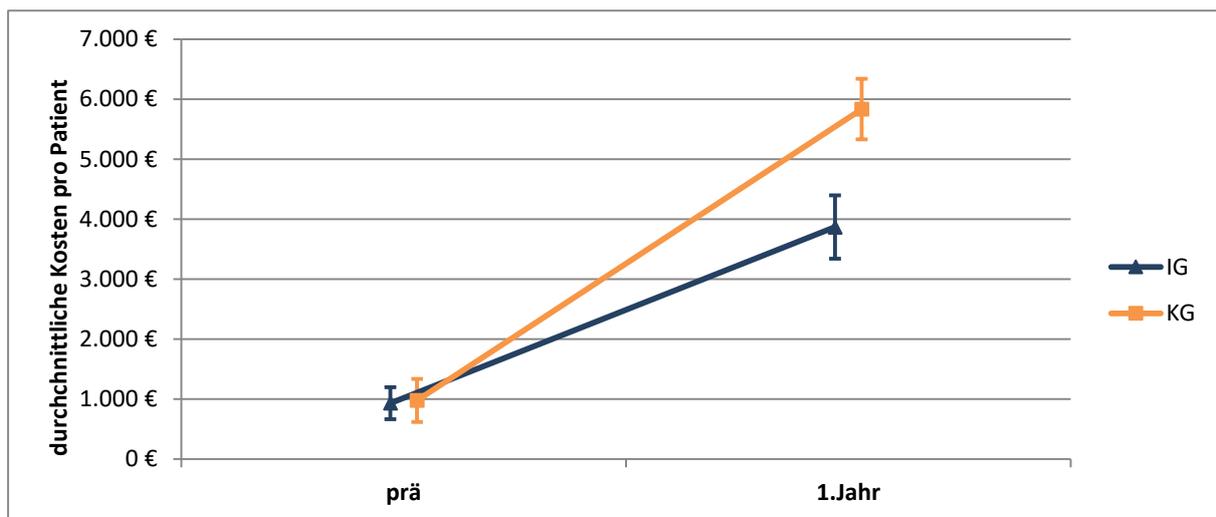
Bei den klinikbekannten Patienten fiel die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr ebenfalls günstiger aus als die KG (vgl. Tabelle 46 und Abbildung 30). In beiden Gruppen sanken die Kosten im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr auf ein Niveau unterhalb des Prä-Zeitraums.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	93	299	105	557						
durchschnittliche Kosten	933,19 €	3.869,34 €	979,26 €	5.835,67 €	-46,07 €	0,84	-1.966,33 €	<0,001	-1.920,25 €	<0,001
Standardabweichung	4.250,85 €	8.420,98 €	5.729,16 €	8.081,23 €						
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 €	2.120,32 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.297,02 €	0,00 €	9.633,81 €						
Maximum	47.963,44 €	77.126,04 €	134.826,44 €	54.677,93 €						

Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 47)

Die durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Kosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich in der IG und KG im Prä-Zeitraum nicht signifikant voneinander (vgl. Tabelle 47 und Abbildung 31). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum stark an, wobei die Kosten in der IG um 1.966,33 € signifikant günstiger ausfielen als in der KG. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.920,25 € signifikant günstiger als die KG.

10.3 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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.

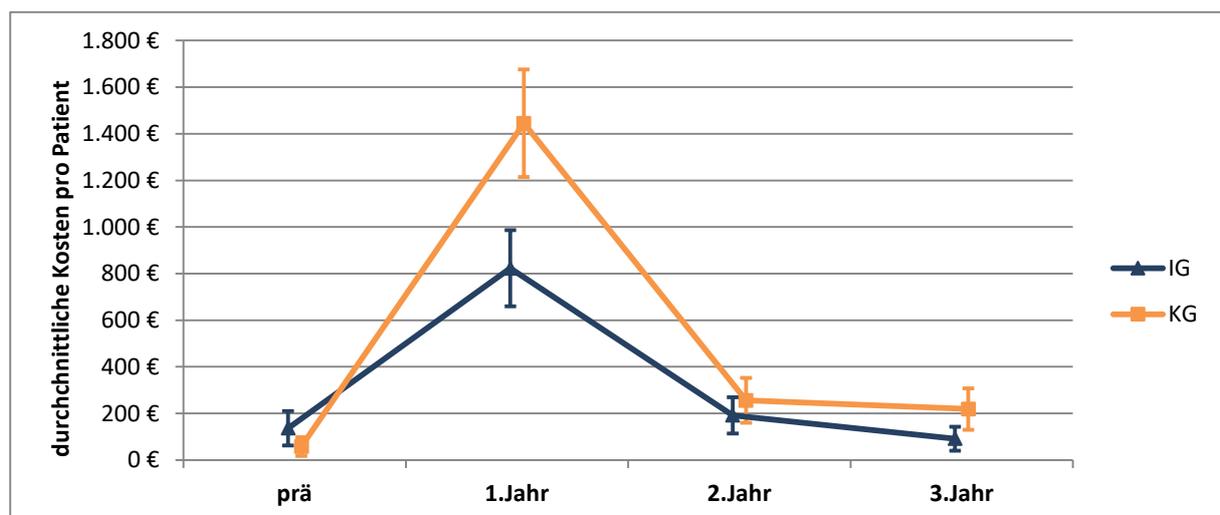
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	18	128	37	16	<10	169	37	30
durchschnittliche Kosten	136,30 €	822,69 €	191,96 €	91,33 €	58,08 €	1.445,12 €	255,74 €	218,73 €
Standardabweichung	1.072,52 €	2.378,77 €	1.121,53 €	737,50 €	574,63 €	3.287,90 €	1.357,38 €	1.252,76 €
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	17.911,60 €	20.739,91 €	15.835,63 €	9.201,23 €	8.870,79 €	20.885,16 €	13.202,08 €	11.859,93 €

Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



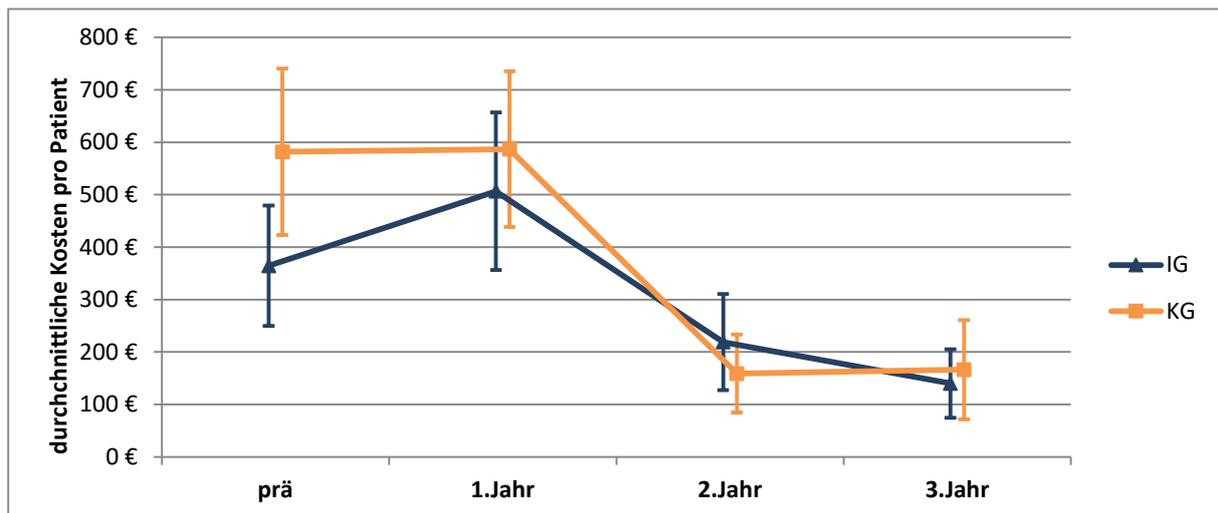
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	55	60	32	25	69	71	26	20
durchschnittliche Kosten	364,59 €	506,62 €	218,97 €	140,03 €	581,91 €	586,88 €	158,85 €	166,28 €
Standardabweichung	1.552,81 €	2.027,95 €	1.221,41 €	868,02 €	2.142,02 €	2.002,95 €	992,04 €	1.254,54 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	10.753,50 €	22.624,53 €	16.825,03 €	8.358,58 €	18.170,21 €	12.155,47 €	14.666,40 €	19.952,81 €

Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 49)

Bei den klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich bei den durchschnittlichen teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum keine Unterschiede im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 32). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG günstiger ausfiel. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten erneut auf ein zum Prä-Zeitraum vergleichbares Niveau ab.

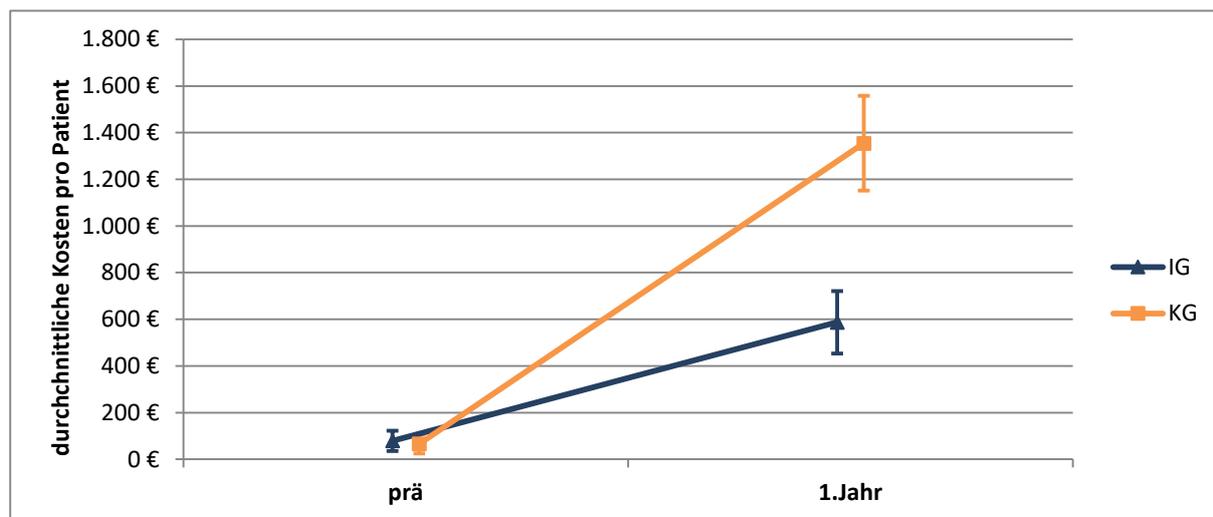
Im Prä-Zeitraum waren die Kosten der klinikbekannten Patienten der IG im Vergleich zur KG günstiger (Tabelle 49 und Abbildung 33). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten der IG an, während sie in der KG annähernd gleichblieben. Anschließend fielen sie im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des Prä-Zeitraums ab.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	19	112	12	191						
durchschnittliche Kosten	79,35 €	587,34 €	65,84 €	1.354,94 €	13,50 €	0,66	-767,60 €	<0,001	-781,10 €	<0,001
Standardabweichung	694,66 €	2.136,18 €	664,69 €	3.244,27 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	11.789,37 €	26.454,02 €	10.547,01 €	23.419,00 €						

Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 50)

Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 34). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei sich ein signifikanter Kostenunterschied in Höhe von 767,60 € zwischen IG und KG ergab. Insgesamt zeigte die IG im Zeitverlauf eine mit 781,10 € signifikant günstigere Entwicklung als die KG auf.

10.4 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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 Ausgleichs- und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

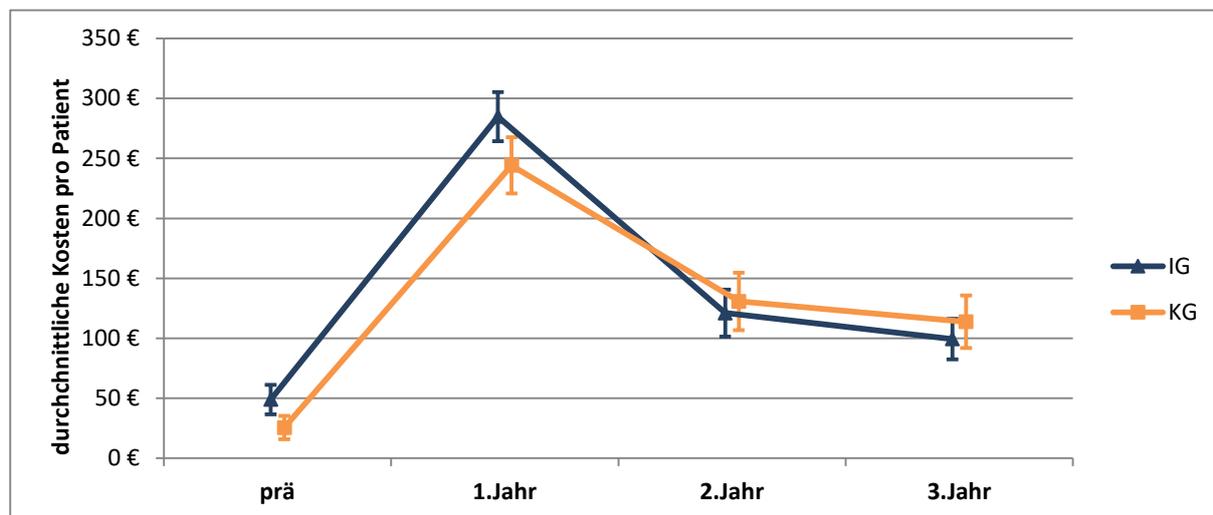
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	104	736	218	177	48	511	181	152
durchschnittliche Kosten	48,81 €	284,93 €	121,00 €	99,31 €	25,40 €	244,23 €	130,73 €	113,74 €
Standardabweichung	177,46 €	298,16 €	281,97 €	243,36 €	137,43 €	333,82 €	339,21 €	307,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	126,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	168,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	141,06 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	363,03 €	78,25 €	0,00 €	0,00 €	333,27 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.495,31 €	2.619,19 €	3.019,83 €	1.494,71 €	1.700,83 €	2.736,12 €	3.133,69 €	2.461,16 €

Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



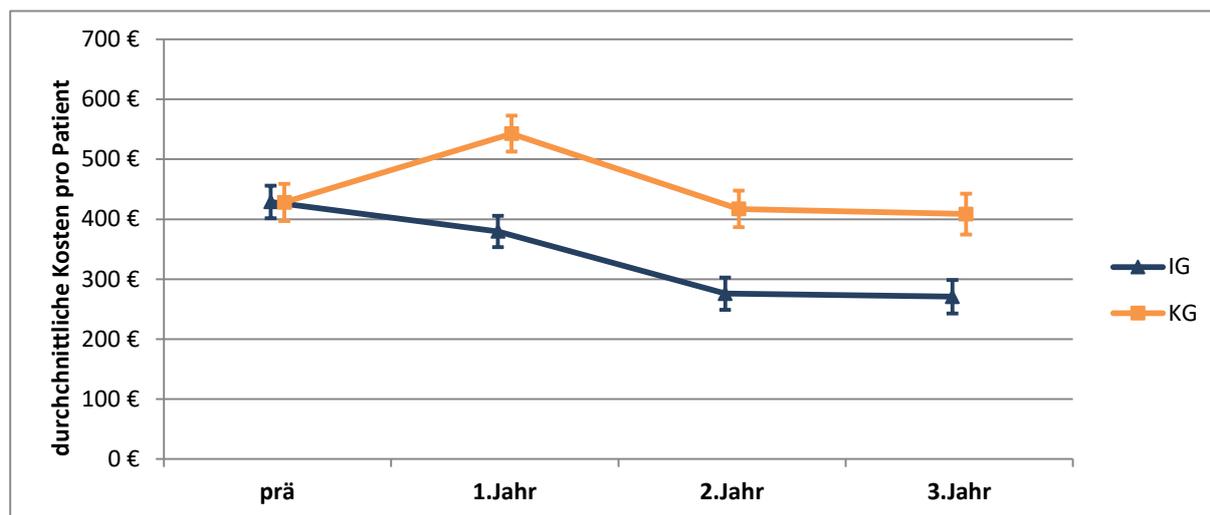
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	601	658	438	401	553	600	448	411
durchschnittliche Kosten	428,98 €	379,64 €	275,82 €	270,76 €	428,08 €	542,76 €	417,09 €	408,55 €
Standardabweichung	366,81 €	353,48 €	360,69 €	369,95 €	419,77 €	403,67 €	405,29 €	454,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	151,78 €	167,43 €	0,00 €	0,00 €	126,32 €	215,90 €	0,00 €	0,00 €
Median	405,74 €	286,65 €	170,32 €	137,26 €	401,73 €	576,75 €	432,78 €	374,69 €
75%-Perzentil	590,88 €	488,14 €	403,20 €	407,96 €	623,64 €	759,02 €	686,28 €	684,57 €
Maximum	2.886,77 €	2.597,35 €	3.180,21 €	2.358,22 €	4.496,86 €	3.697,88 €	2.858,44 €	3.550,30 €

Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

Bei den durchschnittlichen PIA-Versorgungskosten klinikneuer Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum kaum Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 51 und Abbildung 35). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an, wobei die Kosten der IG teurer ausfielen als die der KG. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder leicht ab, wobei sich die Kosten der IG im Gegensatz zur KG im zweiten Nachbeobachtungsjahr nun günstiger entwickelten.

Bei den klinikbekannten Patienten befanden sich im Prä-Zeitraum die Kosten beider Gruppen auf gleichem Niveau, während sie im ersten Jahr in der IG abfielen und in der KG anstiegen. (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 36). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen in der IG die Kosten auf ein

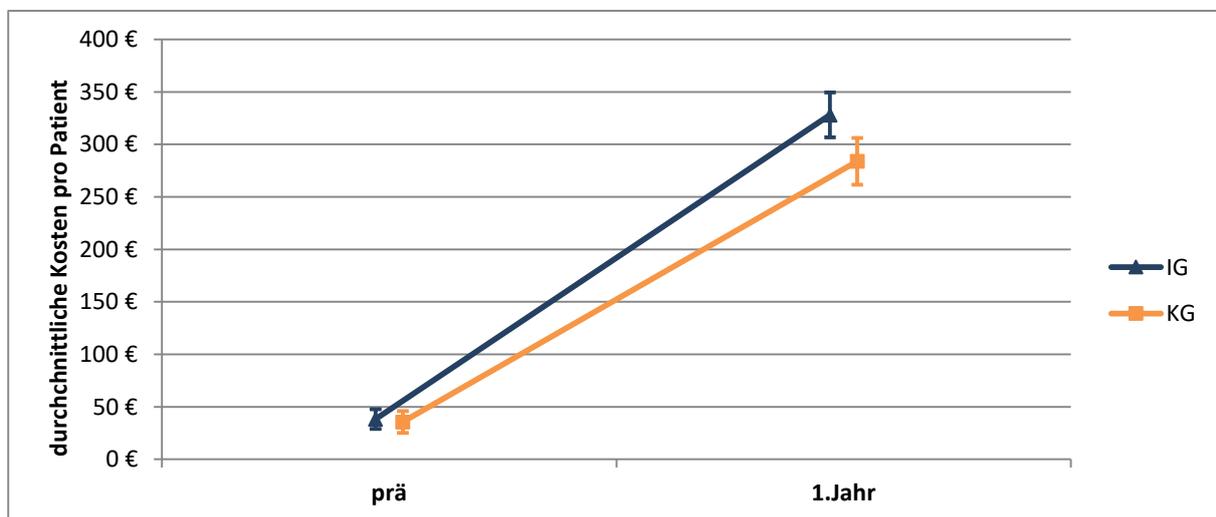
Niveau unterhalb des Prä-Zeitraums ab, während sie sich in der KG an das ursprüngliche Niveau annäherten.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	117	930	92	664						
durchschnittliche Kosten	38,26 €	327,95 €	35,58 €	283,89 €	2,69 €	0,705	44,06 €	0,005	41,38 €	0,009
Standardabweichung	149,18 €	342,03 €	165,19 €	356,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	109,94 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	201,45 €	0,00 €	156,98 €						
75%-Perzentil	0,00 €	447,56 €	0,00 €	407,13 €						
Maximum	1.533,89 €	2.617,52 €	2.683,76 €	2.577,14 €						

Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 53)

Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 53 und Abbildung 37). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei sich ein

signifikanter Kostenunterschied in Höhe von 44,06 € ergab ($p = 0,005$). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 41,38 € signifikant teurer ($p = 0,009$).

10.5 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.

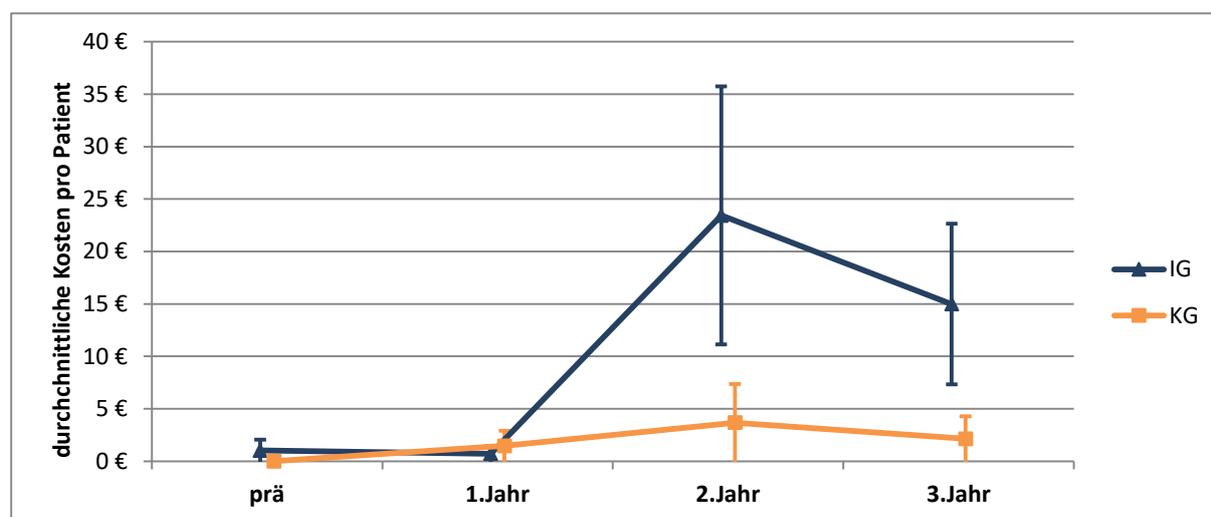
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 54: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	<10	<10	18	28	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,03 €	0,72 €	23,44 €	14,98 €	0,00 €	1,46 €	3,68 €	2,14 €
Standardabweichung	21,76 €	20,14 €	177,42 €	109,88 €	0,00 €	40,70 €	101,96 €	58,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	551,51 €	573,25 €	2.380,15 €	1.715,24 €	0,00 €	1.135,27 €	2.821,94 €	1.619,15 €

Abbildung 38: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



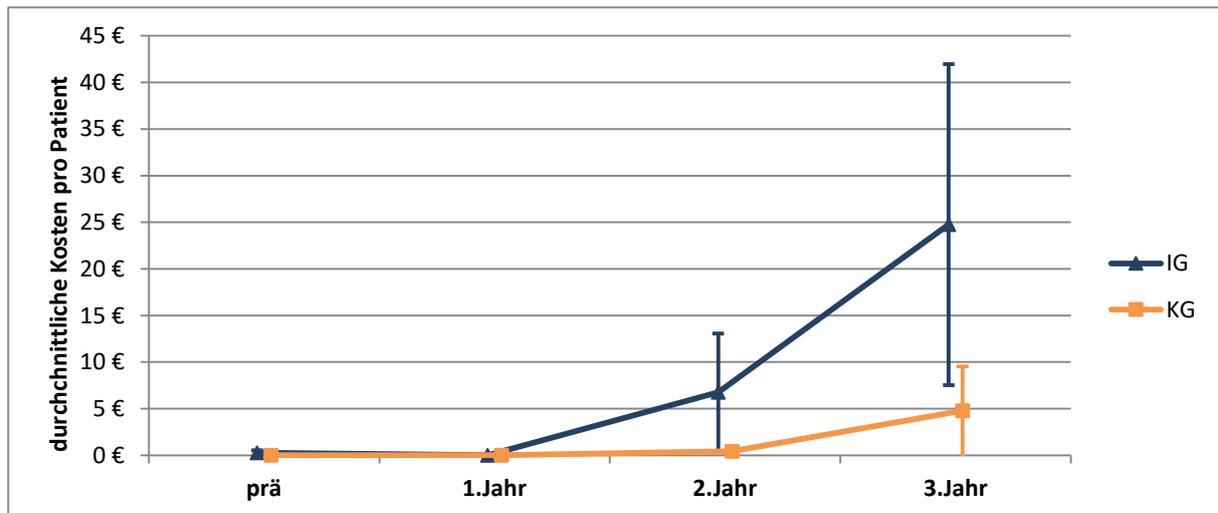
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 54)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 55: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	<10	<10	<10	19	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,27 €	0,00 €	6,76 €	24,75 €	0,00 €	0,00 €	0,42 €	4,77 €
Standardabweichung	7,15 €	0,00 €	84,30 €	228,20 €	0,00 €	0,00 €	8,17 €	75,72 €
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	189,18 €	0,00 €	1.469,02 €	4.649,14 €	0,00 €	0,00 €	188,28 €	1.720,56 €

Abbildung 39: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 55)

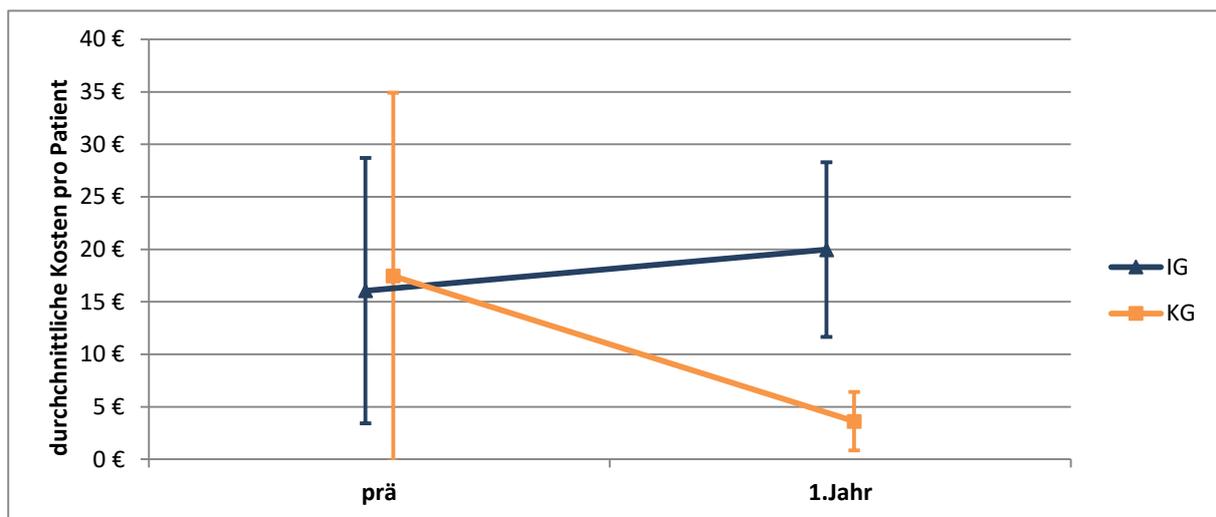
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 54, Tabelle 55, Abbildung 38 und Abbildung 39).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	11	31	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	16,06 €	19,97 €	17,46 €	3,62 €	-1,40 €	0,9	16,35 €	0	17,75 €	0,104
Standardabweichung	202,24 €	133,02 €	282,80 €	44,48 €						
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	3.226,06 €	1.904,36 €	6.846,06 €	780,78 €						

Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 56)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vor allem in der KG), welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 56 und Abbildung 40).

10.6 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.

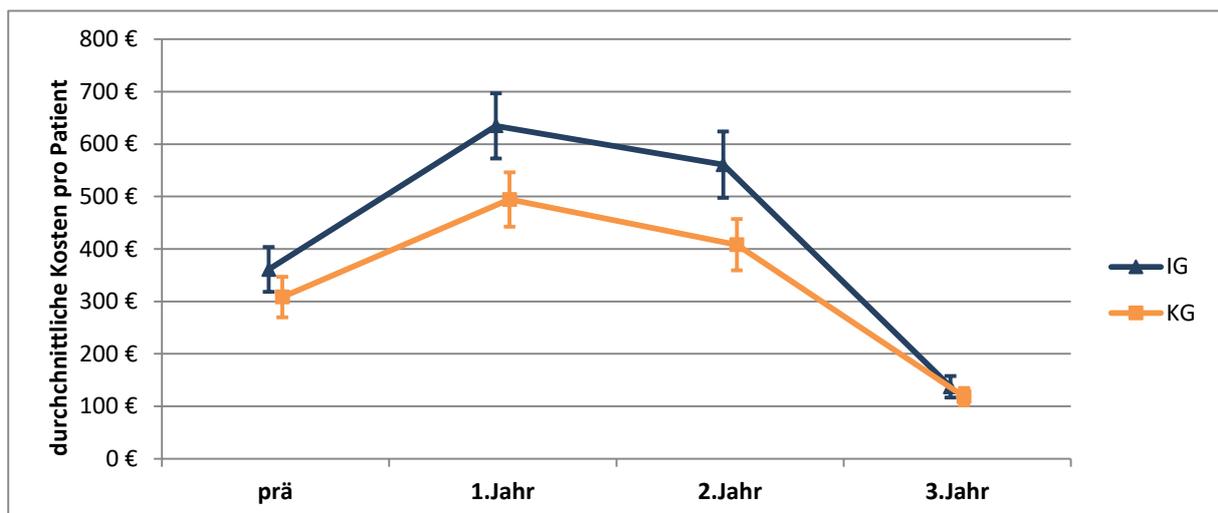
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	705	737	668	566	689	716	653	565
durchschnittliche Kosten	360,81 €	634,81 €	560,77 €	137,24 €	308,48 €	494,39 €	408,06 €	118,59 €
Standardabweichung	620,79 €	903,49 €	911,59 €	297,91 €	548,12 €	738,15 €	691,43 €	231,56 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,36 €	43,96 €	18,52 €	0,00 €	28,25 €	41,98 €	23,05 €	0,00 €
Median	123,60 €	201,38 €	126,95 €	28,22 €	127,73 €	174,84 €	114,52 €	29,06 €
75%-Perzentil	336,04 €	885,10 €	623,91 €	128,67 €	302,90 €	498,69 €	432,62 €	126,26 €
Maximum	3.849,49 €	4.810,23 €	4.712,58 €	2.868,37 €	6.568,47 €	4.296,13 €	4.783,66 €	2.250,47 €

Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



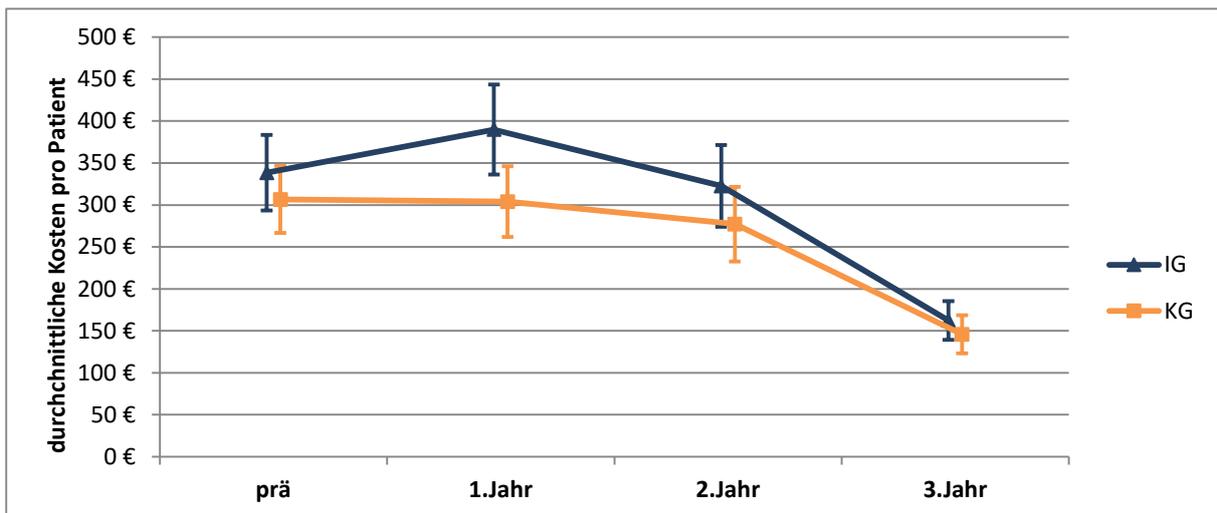
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

klimbekannte Patienten

Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klimbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	649	645	613	574	618	608	569	546
durchschnittliche Kosten	338,44 €	389,91 €	322,62 €	162,35 €	306,56 €	304,03 €	277,28 €	145,83 €
Standardabweichung	607,86 €	722,51 €	651,28 €	304,32 €	539,50 €	568,88 €	593,26 €	299,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	35,55 €	31,53 €	31,45 €	16,04 €	26,44 €	23,13 €	15,98 €	9,90 €
Median	97,49 €	95,32 €	85,05 €	51,93 €	78,87 €	68,78 €	57,45 €	43,04 €
75%-Perzentil	299,41 €	299,47 €	247,02 €	166,54 €	279,61 €	273,53 €	218,38 €	125,14 €
Maximum	4.048,20 €	3.984,23 €	5.279,31 €	2.305,63 €	3.464,82 €	3.235,27 €	4.086,77 €	2.725,64 €

Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klimbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 58)

Bei den klimbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich bei den klimbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr geringe Kostenunterschiede zwischen IG und KG. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, während sie im zweiten Jahr auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums und im dritten Jahr auf ein Niveau unterhalb des Prä-Zeitraums abfielen (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 41).

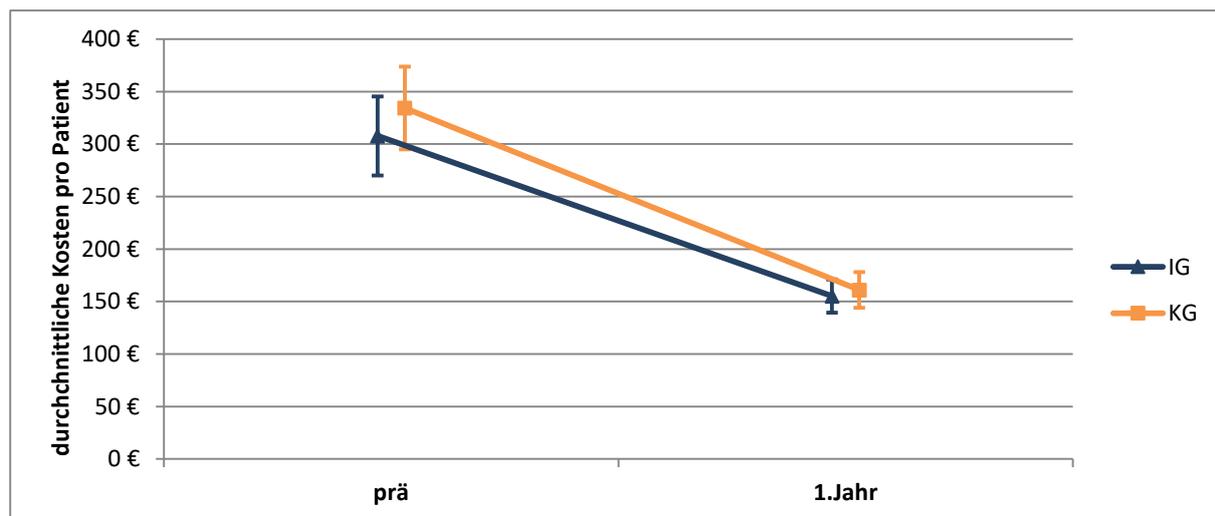
Bei den klimbekannten Patienten fiel die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum dritten Nachbeobachtungsjahr teurer aus als die KG, wobei der Kostenunterschied im dritten Nachbeobachtungsjahr sehr gering war (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 42).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	833	810	865	845						
durchschnittliche Kosten	307,72 €	155,21 €	334,32 €	161,00 €	-26,60 €	0,338	-5,79 €	0,626	20,81 €	0,426
Standardabweichung	601,19 €	254,46 €	629,03 €	271,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	19,45 €	8,15 €	27,37 €	16,20 €						
Median	86,76 €	57,45 €	96,90 €	70,87 €						
75%-Perzentil	289,64 €	191,61 €	275,13 €	189,24 €						
Maximum	5.967,94 €	2.089,84 €	3.937,36 €	3.217,05 €						

Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 59)

Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung ergaben sich im Prä-Zeitraum bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zwischen IG und KG keine signifikanten Kostenunterschiede (vgl. Tabelle 59 und Abbildung 43). Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten, wobei die IG um 5,79 € nicht signifikant günstiger ausfiel als die KG. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 20,81 € nicht signifikant günstiger als die KG.

10.7 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.

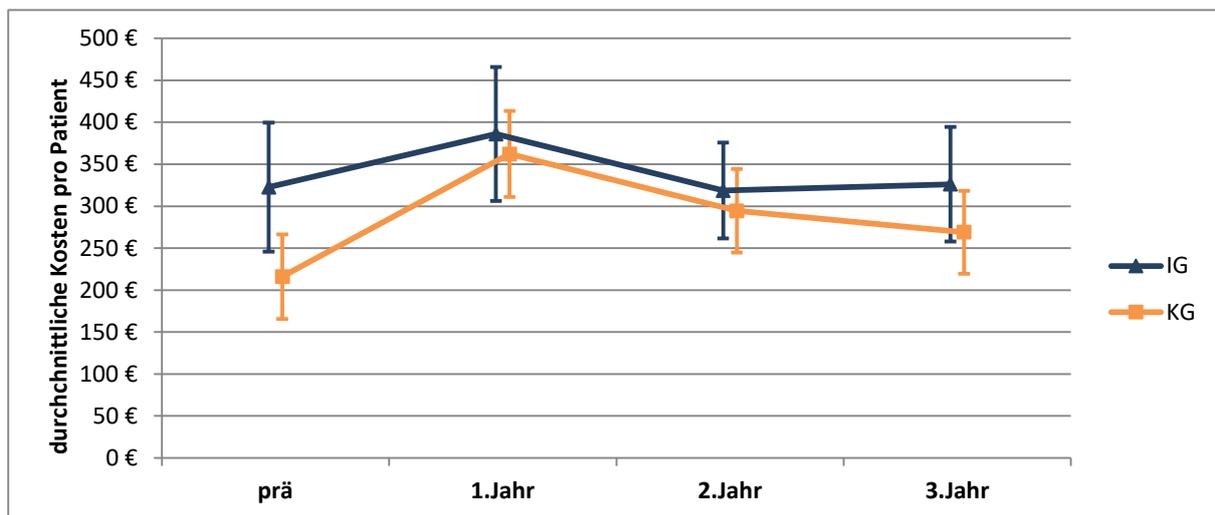
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	496	571	476	451	498	611	497	450
durchschnittliche Kosten	322,63 €	386,04 €	318,68 €	326,13 €	216,01 €	362,11 €	294,36 €	268,89 €
Standardabweichung	1.116,93 €	1.160,25 €	825,33 €	978,65 €	716,25 €	729,35 €	703,47 €	692,60 €
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 €	15,82 €	0,00 €	0,00 €
Median	33,16 €	97,86 €	53,87 €	47,31 €	41,58 €	139,10 €	78,05 €	59,90 €
75%-Perzentil	201,59 €	410,52 €	330,22 €	289,34 €	174,12 €	417,38 €	326,46 €	299,95 €
Maximum	18.567,72 €	26.401,10 €	13.589,41 €	16.780,52 €	13.616,60 €	12.337,80 €	11.897,02 €	10.949,27 €

Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



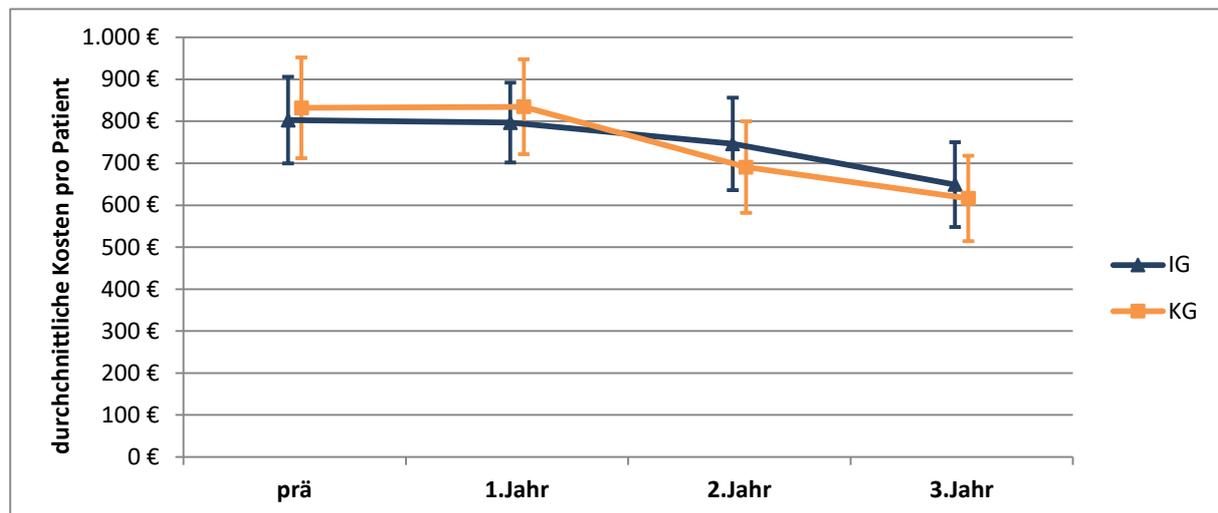
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	608	621	536	516	612	624	548	525
durchschnittliche Kosten	802,82 €	796,97 €	746,27 €	649,30 €	832,10 €	834,53 €	690,82 €	616,17 €
Standardabweichung	1.392,08 €	1.281,56 €	1.474,52 €	1.339,92 €	1.615,92 €	1.526,31 €	1.457,63 €	1.349,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	76,77 €	94,34 €	35,60 €	17,23 €	86,19 €	95,52 €	40,79 €	21,06 €
Median	290,49 €	348,81 €	267,71 €	211,74 €	288,10 €	334,85 €	263,07 €	231,68 €
75%-Perzentil	903,71 €	997,91 €	861,28 €	727,15 €	859,07 €	942,68 €	743,36 €	674,91 €
Maximum	12.214,94 €	10.746,36 €	16.908,19 €	11.591,07 €	15.381,91 €	14.063,75 €	15.977,02 €	15.700,09 €

Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 61)

Die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr wiesen deutlich höhere durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr auf als in der KG (vgl. Tabelle 60 und Abbildung 44). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, während sie im zweiten und dritten Jahr auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums abfielen.

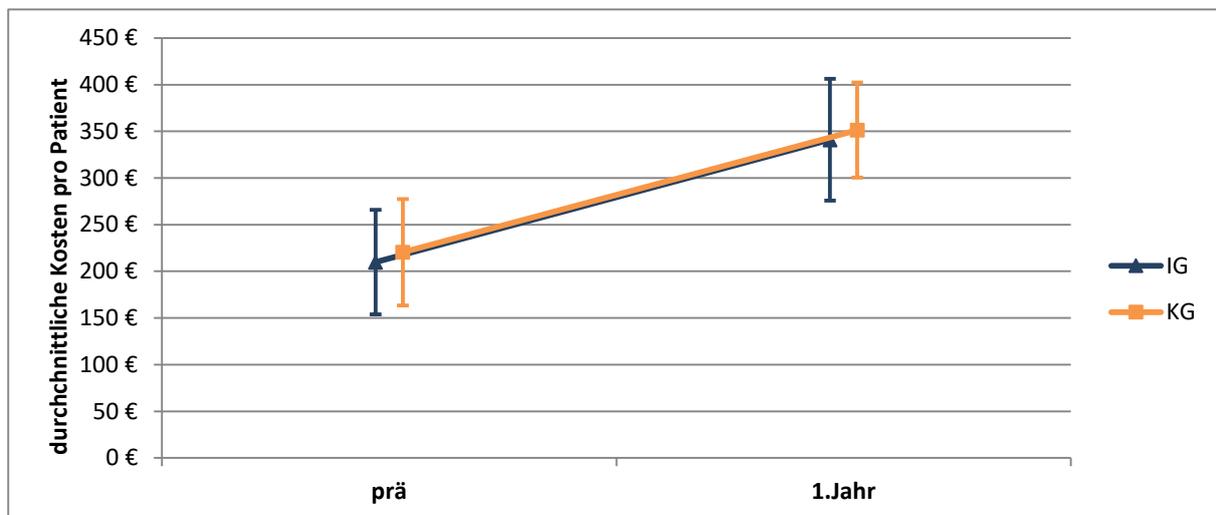
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein nahezu identischer Verlauf der durchschnittlichen Psychopharmakakosten (vgl. Tabelle 61 und Abbildung 45). Daraus ergaben sich schließlich kaum Kostenunterschiede zwischen den beiden Gruppen, wobei die Kosten der IG etwas teurer ausfielen als die der KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	570	727	633	786						
durchschnittliche Kosten	209,80 €	341,00 €	220,54 €	351,37 €	-10,74 €	0,792	-10,37 €	0,806	0,37 €	0,988
Standardabweichung	896,73 €	1.042,78 €	912,38 €	814,88 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	23,02 €						
Median	22,22 €	115,16 €	34,95 €	146,75 €						
75%-Perzentil	169,20 €	385,45 €	165,47 €	434,30 €						
Maximum	24.605,90 €	27.575,48 €	17.199,04 €	19.530,78 €						

Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 62)

Die durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung waren bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr im Prä-Zeitraum in der IG um 10,74 € nicht signifikant günstiger als in der KG (vgl. Tabelle 62 und Abbildung 46). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG ergab. Schließlich entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 0,37 € teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war.

10.8 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.

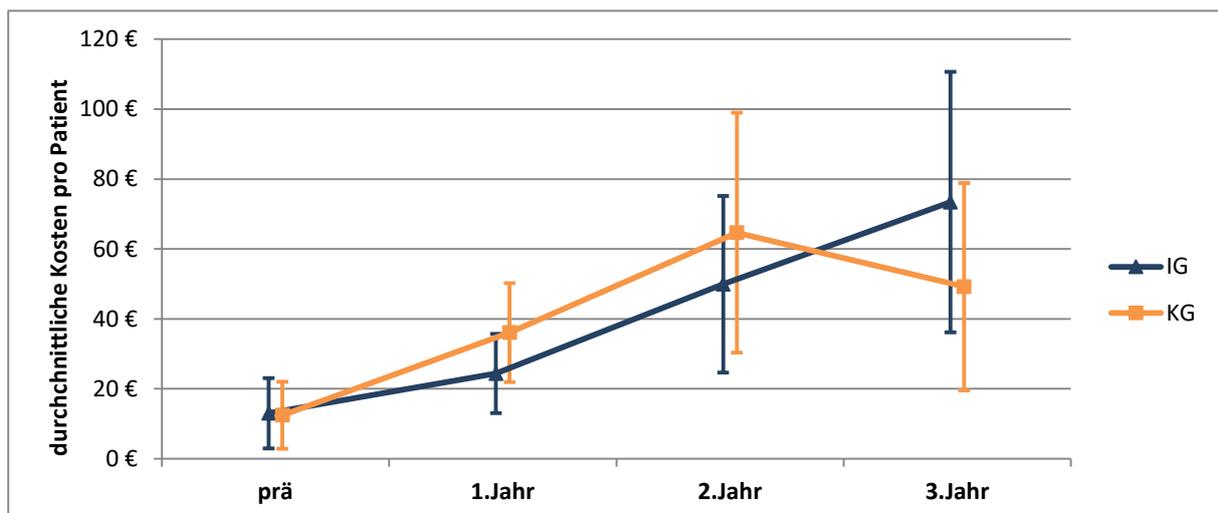
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	17	29	27	29	16	44	34	18
durchschnittliche Kosten	12,99 €	24,34 €	49,91 €	73,39 €	12,43 €	36,07 €	64,63 €	49,23 €
Standardabweichung	146,46 €	164,54 €	363,93 €	534,21 €	136,42 €	201,19 €	484,55 €	415,79 €
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	2.957,40 €	2.191,68 €	5.476,93 €	6.919,66 €	3.219,89 €	3.490,72 €	9.855,48 €	6.395,44 €

Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



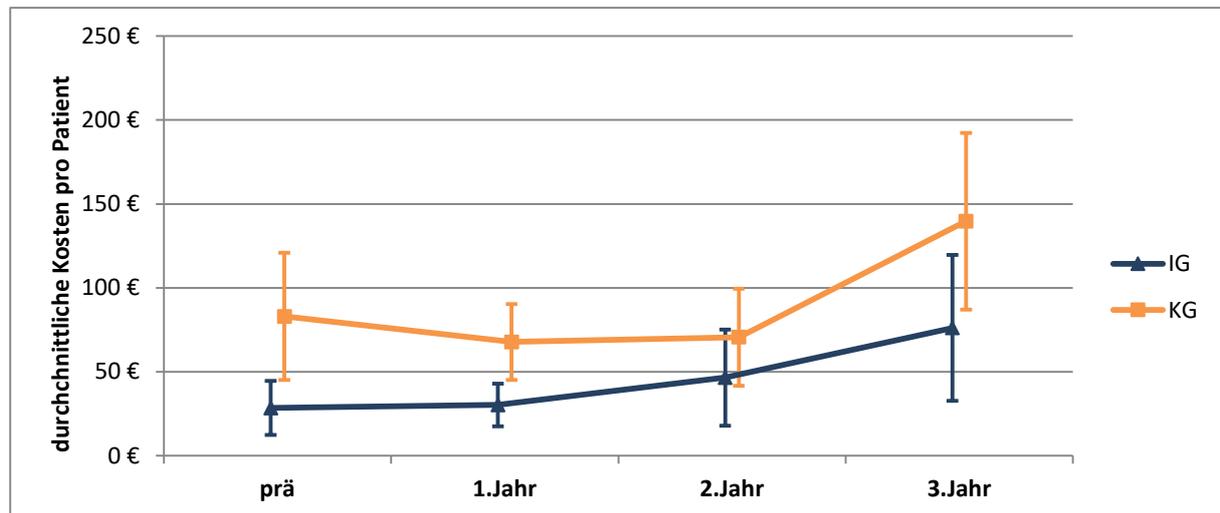
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	22	29	16	20	56	54	43	46
durchschnittliche Kosten	28,39 €	30,24 €	46,47 €	76,11 €	82,97 €	67,77 €	70,55 €	139,71 €
Standardabweichung	217,50 €	171,73 €	383,71 €	577,29 €	510,05 €	304,82 €	384,77 €	698,41 €
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	3.530,28 €	1.553,12 €	6.329,92 €	7.221,32 €	7.874,20 €	3.384,62 €	4.795,52 €	8.827,90 €

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

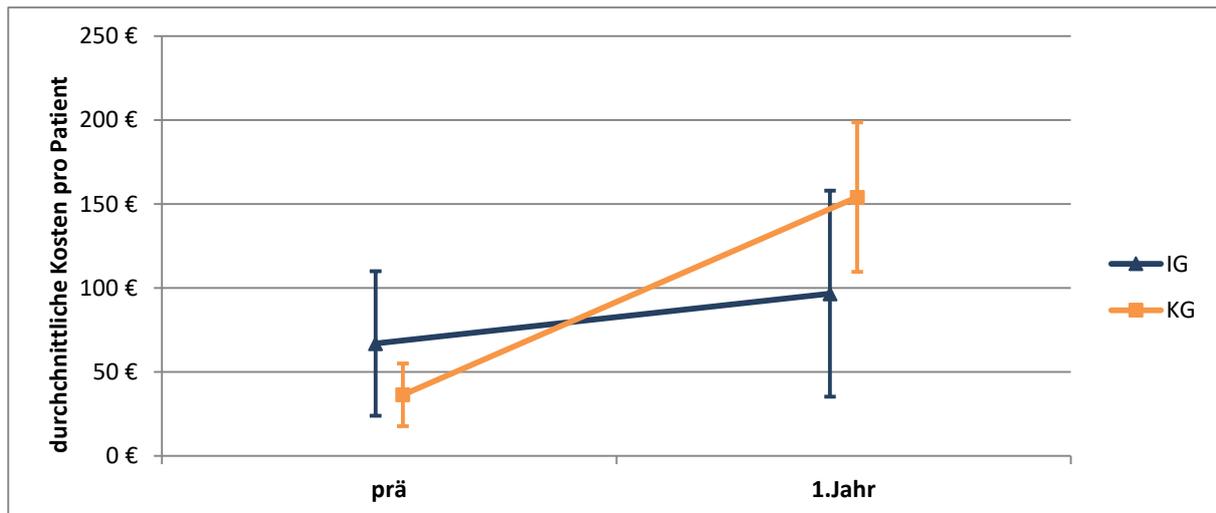
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 63 , Tabelle 64, Abbildung 47 und Abbildung 48).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	983	983	983	983						
N mit Fall	28	37	27	86						
durchschnittliche Kosten	66,91 €	96,63 €	36,47 €	154,12 €	30,45 €	0,203	-57,49 €	0,137	-87,94 €	0,002
Standardabweichung	688,14 €	980,87 €	299,04 €	712,17 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	12.378,35 €	23.056,80 €	4.717,72 €	8.485,25 €						

Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 65)

Die durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung waren bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr im Prä-Zeitraum in der IG um 30,45 € nicht signifikant höher als in der KG (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 49). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die IG um 57,49 € günstiger, jedoch nicht signifikant günstiger war. Somit entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 54,94 € signifikant günstiger als die KG.

11. Ergebnisse: Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus 1 (Mitglied) eingeschränkt. Dargestellt ist nur die Effizienz für die Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr, da hier nicht mehr von periodenfremden Preiseffekten auszugehen ist.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

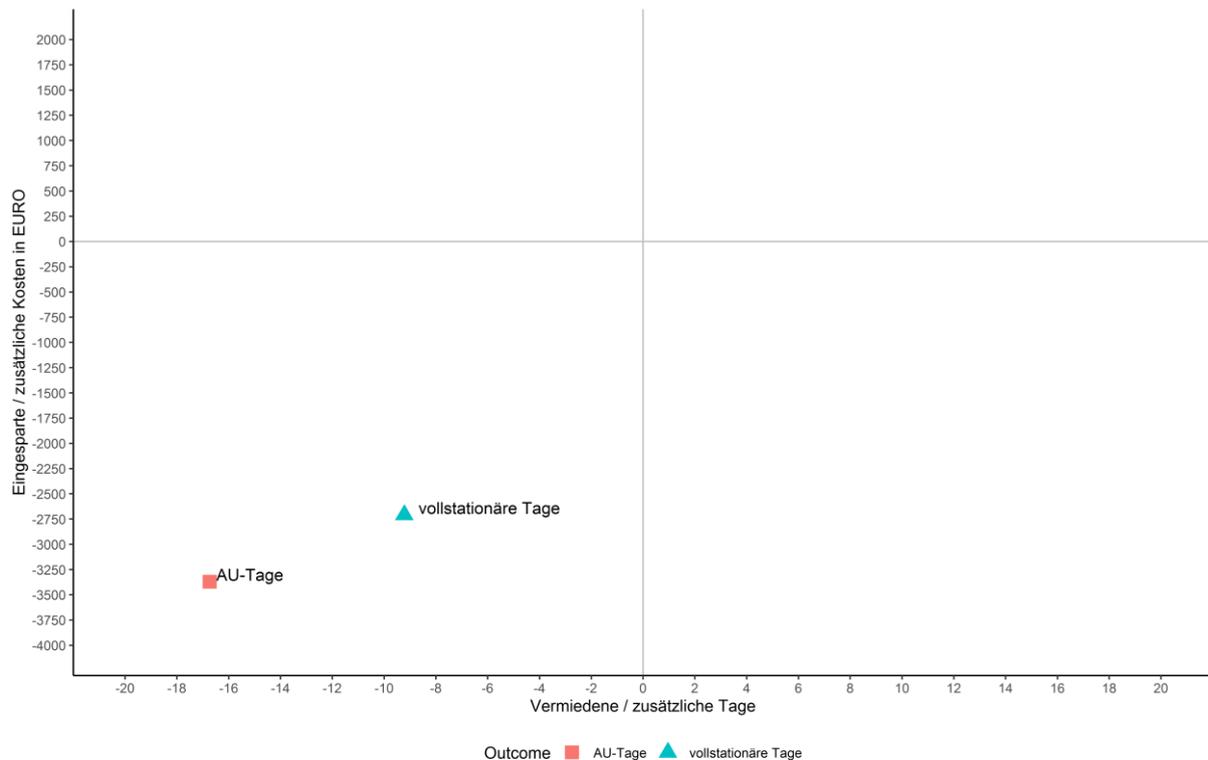
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.651,29 €		983	5.397,43 €		983	3.746,14 €	
	KG	1.689,47 €		983	8.144,59 €		983	6.455,12 €	
	Diff (IG - KG)	-38,18 €	0,877		-2.747,16 €	0,000		-2.708,98 €	0,000
KH-Tage	IG	3,38		983	14,38		983	11,00	
	KG	3,33		983	23,55		983	20,22	
	Diff (IG - KG)	0,05	0,950		-9,17	0,000		-9,22	0,000
ICER (€/d)		293,82							

Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.551,12 €		667	4.740,28 €		667	3.189,17 €	
	KG	1.315,15 €		641	7.876,06 €		641	6.560,91 €	
	Diff (IG - KG)	235,96 €	0,303		-3.135,77 €	0,000		-3.371,74 €	0,000
AU-Tage	IG	29,06		667	68,77		667	39,71	
	KG	29,55		641	86,00		641	56,45	
	Diff (IG - KG)	-0,49	0,894		-17,23	0,004		-16,73	0,019
ICER (€/d)		201,54							

Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 2.708,98 € je Patient signifikant günstiger als die KG ($p < 0,001$; vgl. Tabelle 66). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 9,22 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 293,82 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag werden 293,82 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 3.371,74 € je Patient signifikant günstiger ($p < 0,001$; vgl. Tabelle 67). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 16,73 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 201,54 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag werden 201,54 € psychiatrische Versorgungskosten eingespart.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik LWL-Universitätsklinikum Bochum in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 Kontrollkliniken (KG).

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 für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über drei Modelljahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit 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.

Effektivität

In diesem Bericht lassen sich drei Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen.

- 1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeits(AU)-Dauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
- 2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer teilweise.
- 3) Es gibt mutmaßlich Modelleffekte durch den vorher bestehenden modellähnlichen Vorvertrag.

² In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkontext 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.

Bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von *linikneuen* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 4,1; KG: 3,34 vollstationäre Tage), Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (IG: 16,4; KG: 24,6 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall (IG: 5,2 und 4,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 6,1 und 5,2 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau des Peaks im ersten Jahr nach Referenzfall war dabei in der IG um 9,0 vollstationäre Tage geringer und war ansonsten zwischen IG und KG vergleichbar. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG niedriger als in der KG (IG: 4,7 teilstationäre Tage; KG: 10,2 teilstationäre Tage). Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken. Weiterhin ist ersichtlich, dass im Modellvorhaben am LWL-Universitätsklinikum Bochum nicht vermehrt teilstationär behandelt wurde, denn auch hier war der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG niedriger als in der KG.

Auch bei den *linikbekannten* Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen und einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG (prä: -1,7; 1. Jahr: -3,0; 2. Jahr: -0,5; 3. Jahr: -1,2 vollstationäre Tage). Die Dauer teilstationärer Aufenthalte war in der IG zunächst etwas geringer, glich sich jedoch über den patientenindividuellen Zeitverlauf an und war ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar (prä: -2,5; 1. Jahr: -1,1; 2. Jahr: +0,3; 3. Jahr: -0,3 teilstationäre Tage). Mutmaßlich weist das bereits im Präzeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage darauf hin, dass der Vor-Vertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach § 64b SGB V auf eine geringere voll- und teilstationäre Behandlungsdauer wirkte.

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnose verzeichnete bei den *linikneuen* Patienten einen ähnlichen Verlauf wie der der vollstationären Tage mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Dieser Peak war, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, in der IG geringer als in der KG (IG: 35,3%; KG: 42,9 %). Dies bedeutet, dass klinikneue Patienten der IG insgesamt weniger häufig stationär aufgenommen wurden und weniger Tage vollstationär (und teilstationär) verblieben als Patienten der KG.

Bei den *klimbekannt*en Patienten waren diese Anteile in der IG stets geringer als in der KG und dies bereits ab dem Jahr vor Referenzfall (prä: -4,1; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -2,3 %-Punkte). Da das Modellvorhaben bereits einen Vorläufervertrag, d.h. einen § 64b SGB V-ähnlichen Modellvertrag, vor Modellstart aufwies (siehe Diskussion oben), könnten klimbekannte Patienten bereits vor Modellstart bereits Modellstrukturen mit vermindertem Fokus auf eine vollstationäre Behandlung erfahren haben. Daher ist bereits im Jahr vor Referenzfall ein geringerer Anteil an stationären Aufenthalten ersichtlich.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen in der IG eine statistisch signifikant geringere Steigerung vollstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG (DiD = -9,2 vollstationäre Tage). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 3,4; KG: 3,3 vollstationäre Tage). Die IG wies dann im ersten patientenindividuellen Jahr einen größeren Anstieg als die KG auf (IG: 14,4; KG: 23,5 vollstationäre Tage). Auch die Zunahme teilstationärer Tage im ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (IG: +3,5; KG: +9,1 teilstationäre Tage). Beide Beobachtungen sind kongruent mit der Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe oben).

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit kürzeren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Das Muster der durchschnittlichen Anzahl an AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen pro *klimbekanntem* Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Dabei war jedoch der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG um 10,4 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (Unterschied zwischen den Anstiegen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach). Auf der anderen Seite waren die AU-Tage im Jahr vor Referenzfall sowie im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (prä: +5,0; 1. Jahr: -5,4; 2. Jahr: +9,7; 3. Jahr: +7,7 AU-Tage). Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klimbekannten Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hat. Auf der anderen Seite waren die AU-Tage im Jahr vor Referenzfall sowie im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Dies war bei den vollstationären Behandlungstagen nicht zu beobachten. Dort waren die vollstationären Behandlungstage in den restlichen Jahren zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den *klimbekannt*en Patienten wies die IG stets leicht geringere Anzahlen an *AU-Episoden* im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied bestand bereits vor Referenzfall. Die Verläufe waren parallel. Bei den AU-Tagen ist bereits im Präzeitraum ein großer Unterschied an *AU-Tagen* zwischen IG und KG ersichtlich (+10,9 AU-Tage). Im Laufe der patientenindividuellen Zeit sanken jedoch die AU-Tage in der IG stärker als in der KG, so dass im dritten Jahr nach Referenzfall die AU-Tage unter denen der KG fielen.

Kongruent zu den beschriebenen Ergebnissen ist auch die Beobachtung, dass im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr sowohl die AU-Episoden als auch die AU-Tage in der IG weniger stark stiegen als in der KG.

Dennoch muss zu diesem Parameter einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeitsmarkt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise beeinflusst werden können.

Bezüglich Häufigkeit ambulanter Kontakte ist festzustellen, dass die PIA bei den *linikneuen* Patienten der IG verstärkt in Anspruch genommen wurde im Vergleich zur KG. Die geringeren voll- und teilstationären Behandlungstage sind vermutlich durch vermehrte Inanspruchnahme in der PIA (teilweise) aufgefangen worden. Auch die Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war in der IG stets größer als in der KG. Dies trifft sowohl auf die *linikneuen* als auch die *linikbekannten* Patienten zu. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr wiederholte sich das oben beschriebene Muster. Sowohl bei der IG als auch bei der KG stieg erwartungsgemäß die Inanspruchnahme der PIA vom patientenindividuellen Jahr vor zu dem Jahr nach Referenzfall, wobei die Inanspruchnahme in der IG statistisch signifikant größer als in der KG war. Auch die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant stärker als in der KG. Eine Tendenz hin zu einer verstärkten Ambulantisierung der Behandlung in Hinblick auf eine vermehrte PIA-Inanspruchnahme und Inanspruchnahme von Vertragsärzten ist somit zu erkennen.

Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV – Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

Die *Kontinuität der Behandlung* im psychiatrischen Sektor war in der IG sowohl bei den *linikneuen* als auch den *linikbekannten* Patienten meist größer als in der KG. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung (*Wiederaufnahme*) war jedoch in der IG niedriger als in der KG (Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr). Der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) war in der IG geringer als in der KG. Das *Arzt- und Krankenhaushopping* stieg in der IG bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr weniger an als bei den Patienten der KG. Die weiteren sekundären Outcomeparameter zeigten weitgehend vergleichbare Ergebnisse. Dies weist darauf hin, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG teils verbessert wurde (Behandlungskontinuität, Arzt- und Krankenhaushopping und Erkrankungsprogression) und teils vergleichbar blieb (weitere sekundäre Outcomeparameter) und somit trotz der Ein-

sparung von vollstationären Behandlungstagen und AU-Tagen keine Verringerung der Behandlungsqualität ersichtlich ist. Lediglich die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war in der IG geringer als in der KG.

Einschränkend ist anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad, die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery waren mit den verfügbaren Daten nicht untersuchbar. Daher wurde das ergänzende Projekt PsychCare gestartet, um mit weiteren Datenquellen, besonders Primärerhebung mittels Fragebogen und Befragungen, ein umfassenderes Bild zu erlangen.

Kosten

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 2.147,25 € je Patient signifikant niedriger. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die stark unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 1.717,41 € günstiger als die KG, wobei in der IG weniger Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 313 von 810; KG: 468 von 778). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient ebenfalls um 622,43 € signifikant günstiger, wobei auch hier weniger Patienten der IG einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 128; KG: 169). Im ersten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG um 40,70 € signifikant höher als in der KG. Dies lässt sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: Im ersten Jahr hatten in der IG 736 Patienten einen PIA-Kontakt, in der KG hingegen nur 511.

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten günstiger als die KG. Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 807,03 € geringer. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die niedrigeren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 574,44 € je Patient günstiger als die KG, wobei in der IG 177 von 700 Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten, während dies auf 216 von 698 Patienten der KG zutraf. Bzgl. durchschnittlicher teilstationärer Versorgungskosten war die IG im Prä-Zeitraum signifikant günstiger als die KG. Vom ersten bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich jedoch keine signifikanten Kostenunterschiede mehr. Die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung waren im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG um 163,12 € signifikant günstiger als in der KG – obwohl in der IG deutlich mehr Patienten einen PIA-Aufenthalt hatten (IG: 658; KG 600).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 2.708,08 € signifikant günstigeren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser

Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich günstigeren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.920,25 € signifikant günstiger als die KG. Auch die Entwicklung der teilstationären Kosten verlief für die IG um 781,10 € günstiger. Die PIA-Kosten entwickelten sich in der IG aufgrund der höheren Patientenzahlen um 41,38 € stärker.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen und der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr nicht signifikant voneinander. In allen Gruppen waren vergleichbare Verläufe und vergleichbare Kostenhöhen. Auch bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung in der IG ähnlich wie in der KG, so dass es keine signifikanten Kostenunterschiede gab.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zur Wirksamkeit der neuen Behandlungskonzepte im Modellprojekt zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Tage als auch Arbeitsunfähigkeitstage in diesem Modellprojekt vermieden wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Sollten vergleichbare Ergebnisse in der Evaluation der weiteren 17 Modellprojekte erzielt werden, dann wäre die Weiterführung der Modellvorhaben zu empfehlen.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten einer Vielzahl gesetzlicher Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen Großteil der in den Modell- und Kontrollkliniken behandelten Patienten ab 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 stellt 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 Patient_innen 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.

Eine weitere Einschränkung betrifft den Parameter *Arbeitsunfähigkeit*. Die Anzahl der Erwerbsfähigen ist unsicher. Hier wurde davon ausgegangen, dass alle Personen mit Versicherungsstatus Mitglied (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert), als erwerbsfähig gelten. Unter diesen Personen könnte also eine AU-Bescheinigung ausgestellt sein. Dies kann zur Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen. Letztlich kann der Parameter *Leidlinienadhärenz* nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Inhalte der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Inhalte 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 Parameters 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 bis einschließlich Berichtsjahr 2018, ohne ganz aufgelöst zu werden.

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 Ersten Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit der Zwischenberichte 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 in diesen 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 Diagnose-Übereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentiertere Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u.a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (5).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2016 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit den nachfolgenden Datenlieferungen im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich. Diese partielle Untererfassung betrifft nur in einem geringen Ausmaß die BARMER und TK als die beiden das Bochumer Modell kontrahierenden Kassen.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, in der Annahme, 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 war in der aktuellen Datenlieferung für einige Krankenkassen bereits enthalten, wird jedoch zukünftig dennoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden können. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.
- 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. Insofern müssen Verfahren der internen Diagnosevalidierung angewendet werden, die bislang aber primär für

somatische Krankheiten operationalisiert wurden (6). Diese Ansätze wurden auf die hier betrachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weitere Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.

- Schließlich muss auf das grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.

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 (6). 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 weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Herausforderungen und konkrete Lösungsansätze bei der Prüfung und Aufbereitung der in EVA64 genutzten Sekundärdaten finden sich bei March et al. (2).

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Häckl 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. 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; 82 (Suppl 1): S4-S12.
3. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), *PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern*. 2010.
4. 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.
5. 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.
6. Schubert I, Ihle P, Koster I. [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):316-22.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	825	825	825	825
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	11,5 %	34,8 %	10,3 %	42,8 %
	2,2 %	1,6 %	0,8 %	2,8 %
	10,3 %	11,4 %	11,9 %	13,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	4,4	16,2	3,3	24,6
	0,9	5,6	0,4	10,5
	5,3	21,8	3,7	35,1
	0,2	0,7	0,1	0,8
	0,2	0,6	0,1	0,7
	1,3	1,3	1,5	1,8

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	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	721	721	721	721
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	26,2 %	22,1 %	30,9 %	24,0 %
	2,9 %	2,5 %	3,1 %	2,5 %
	11,2 %	10,5 %	13,0 %	12,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	8,7	11,3	10,8	14,7
	2,0	3,4	4,5	4,5
	10,6	14,7	15,3	19,2
	0,8	0,4	0,5	0,6
	0,7	0,4	0,5	0,6
	1,3	1,4	1,3	1,8

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)

Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	825	825	825	825
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	816	818	814	814
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,6	4,0	0,3	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	5,2	8,2	4,2	6,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,3	7,6	9,2	9,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,2	0,4	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,3	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,4	0,1	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,3	5,9	4,7	5,5

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	721	721	721	721
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	715	711	712	713
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,9	9,2	7,5	8,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,6	5,0	4,1	3,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,3	8,5	9,0	9,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,2	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,3	0,3	1,3	1,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,5	0,4	0,6	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,4	5,7	8,1	7,1

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

Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	125	473	88	780
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,8 %	13,7 %	8,0 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,8 %	19,9 %	20,5 %	17,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,8 %	34,2 %	42,0 %	37,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,4 %	14,8 %	14,8 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,6 %	10,6 %	9,1 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	3,8 %	2,3 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,4 %	38,3 %	34,1 %	29,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,4 %	34,7 %	27,3 %	38,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	109	291	68	485
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,3 %	15,1 %	7,4 %	9,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,4 %	24,1 %	19,1 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	33,0 %	31,6 %	42,6 %	34,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,9 %	16,8 %	16,2 %	14,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,1 %	12,7 %	11,8 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	2,1 %	1,5 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,7 %	43,6 %	35,3 %	35,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,3 %	33,7 %	22,1 %	35,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	64	157	28	218
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,4 %	14,0 %	10,7 %	10,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,9 %	29,3 %	25,0 %	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	29,7 %	31,8 %	35,7 %	35,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,4 %	17,2 %	25,0 %	14,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,8 %	8,9 %	14,3 %	7,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	2,5 %	3,6 %	4,1 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,7 %	45,2 %	46,4 %	40,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,6 %	31,8 %	14,3 %	34,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	111	444	73	719
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	42,3 %	27,5 %	21,9 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,7 %	32,2 %	39,7 %	32,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	55,9 %	58,1 %	67,1 %	62,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,7 %	32,0 %	32,9 %	33,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,6 %	24,1 %	16,4 %	18,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,8 %	9,5 %	16,4 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,3 %	64,2 %	61,6 %	52,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,0 %	11,0 %	9,6 %	13,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	96	273	55	444
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	41,7 %	27,8 %	18,2 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,8 %	39,6 %	40,0 %	41,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,1 %	59,3 %	69,1 %	61,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,3 %	36,3 %	38,2 %	37,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,9 %	27,8 %	21,8 %	22,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,5 %	7,3 %	14,5 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,9 %	71,1 %	63,6 %	63,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,4 %	7,7 %	3,6 %	9,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	58	146	24	197
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	50,0 %	27,4 %	20,8 %	16,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	51,7 %	46,6 %	50,0 %	48,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,7 %	60,3 %	66,7 %	61,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,9 %	39,7 %	45,8 %	41,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,0 %	25,3 %	20,8 %	23,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	8,9 %	16,7 %	8,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,6 %	75,3 %	70,8 %	70,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,2 %	4,1 %	0,0 %	8,6 %

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	84	379	56	644
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	52,4 %	32,5 %	33,9 %	19,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	61,9 %	46,7 %	46,4 %	43,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,6 %	75,5 %	87,5 %	78,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,5 %	55,9 %	62,5 %	52,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	27,4 %	30,9 %	23,2 %	25,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,0 %	22,4 %	25,0 %	14,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	86,9 %	77,0 %	73,2 %	65,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,2 %	4,7 %	3,6 %	5,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	73	231	42	392
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	54,8 %	33,3 %	31,0 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	65,8 %	58,4 %	45,2 %	54,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,3 %	79,2 %	85,7 %	78,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,9 %	61,5 %	69,0 %	57,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	26,0 %	36,4 %	31,0 %	30,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,7 %	22,9 %	23,8 %	16,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	89,0 %	88,3 %	76,2 %	77,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,4 %	2,2 %	2,4 %	4,3 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	46	119	18	167
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	63,0 %	31,9 %	38,9 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	71,7 %	67,2 %	55,6 %	65,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,9 %	83,2 %	88,9 %	85,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,7 %	63,9 %	77,8 %	59,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	28,3 %	36,1 %	22,2 %	32,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,9 %	23,5 %	27,8 %	16,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	95,7 %	90,8 %	88,9 %	86,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	274	308	292	410
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,7 %	16,9 %	19,9 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,4 %	14,0 %	14,7 %	15,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	27,0 %	21,8 %	27,4 %	32,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,2 %	9,1 %	10,6 %	7,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	4,9 %	5,5 %	5,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	2,9 %	3,4 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,3 %	32,8 %	37,3 %	33,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,5 %	45,5 %	39,7 %	42,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	249	268	271	349
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,9 %	18,7 %	19,6 %	16,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,7 %	15,7 %	15,9 %	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	25,7 %	19,0 %	26,9 %	32,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	10,0 %	9,7 %	11,4 %	7,2 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	47,8 %	35,1 %	38,4 %	37,0 %
	35,3 %	45,1 %	39,1 %	39,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	161	169	173	223
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	28,6 %	21,3 %	23,7 %	18,8 %
	20,5 %	17,2 %	17,9 %	20,6 %
	26,7 %	17,2 %	24,9 %	33,2 %
	9,3 %	9,5 %	11,0 %	8,1 %
	4,3 %	2,4 %	7,5 %	6,7 %
	3,1 %	1,8 %	2,3 %	2,2 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	49,1 %	37,9 %	45,1 %	43,0 %
	34,8 %	43,8 %	36,4 %	35,9 %

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	235	282	259	376
Alle				
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	51,9 %	38,3 %	39,8 %	32,7 %
	23,4 %	25,9 %	29,0 %	27,7 %
	50,6 %	46,5 %	50,6 %	56,1 %
	28,1 %	27,0 %	27,4 %	24,2 %
	13,6 %	10,3 %	14,3 %	12,2 %
	10,2 %	8,5 %	8,1 %	6,4 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	68,1 %	62,8 %	68,0 %	61,2 %
	13,2 %	14,5 %	10,4 %	16,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	213	243	239	321
Schwere psychische Erkrankungen (A)				

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	54,0 %	40,7 %	40,6 %	34,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,4 %	27,2 %	31,0 %	31,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,8 %	44,4 %	49,8 %	56,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,2 %	25,1 %	29,7 %	25,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,6 %	8,6 %	15,5 %	13,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,4 %	8,2 %	8,8 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,4 %	65,4 %	70,7 %	67,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,7 %	13,6 %	9,2 %	13,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	131	156	149	202
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	55,7 %	44,9 %	43,0 %	38,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,5 %	27,6 %	30,2 %	35,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,6 %	44,9 %	49,0 %	59,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,2 %	23,7 %	30,2 %	30,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,0 %	7,7 %	18,1 %	13,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,2 %	7,7 %	8,1 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,3 %	69,9 %	73,2 %	75,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,6 %	12,2 %	8,1 %	10,4 %

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	181	232	203	307
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	69,1 %	50,9 %	59,1 %	38,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,5 %	39,2 %	36,9 %	40,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,1 %	74,6 %	70,0 %	76,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,5 %	50,4 %	52,2 %	49,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,4 %	17,7 %	17,2 %	21,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,8 %	21,6 %	14,8 %	14,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,6 %	81,5 %	84,2 %	75,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,9 %	3,9 %	2,5 %	5,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	166	198	188	269
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	68,7 %	53,5 %	60,6 %	39,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,1 %	40,9 %	39,4 %	43,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,9 %	74,7 %	69,1 %	77,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,6 %	51,0 %	53,7 %	49,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,7 %	15,2 %	18,6 %	23,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,1 %	22,2 %	16,0 %	13,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	86,1 %	84,8 %	87,8 %	80,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,6 %	3,5 %	2,1 %	4,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	97	127	119	165
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	71,1 %	59,8 %	59,7 %	42,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,2 %	42,5 %	39,5 %	49,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,4 %	76,4 %	67,2 %	80,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,8 %	52,0 %	57,1 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,6 %	11,8 %	23,5 %	25,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,7 %	18,9 %	14,3 %	12,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	92,8 %	92,1 %	89,9 %	87,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,0 %	2,4 %	1,7 %	1,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	797	797	779	779	797	797	779	779
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	145	368	112	565	145	368	112	565
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	47	131	39	217	47	131	39	217
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	16	35	10	59	16	35	10	59
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	94	201	55	258	94	201	55	258
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	32	75	21	106	32	75	21	106
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	11	21	<10	27	11	21	<10	27

* 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
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 <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB1) Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (dA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (dB1) 								
	9,0 %	7,3 %	14,3 %	13,8 %	4,1 %	4,1 %	5,4 %	12,0 %
	3,2 %	5,5 %	9,1 %	8,9 %	1,1 %	3,0 %	1,8 %	8,5 %
	0,0 %	2,3 %	0,0 %	4,6 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	2,8 %
	0,0 %	1,3 %	0,0 %	3,8 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,9 %
	0,0 %	2,9 %	10,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %
	0,0 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	197,0	427,8	223,1	684,4	271,3	682,9	414,5	786,6
	170,3	333,1	213,6	729,7	272,0	516,8	492,0	799,1

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	0,0	285,3	0,0	366,1	0,0	341,0	0,0	413,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	0,0	158,5	0,0	367,8	0,0	188,0	0,0	382,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	167,3	200,3	280,7	0,0	0,0	0,0	280,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	167,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	688	688	689	689	688	688	689	689
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	379	336	516	435	379	336	516	435
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	145	129	205	190	145	129	205	190
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	45	44	63	69	45	44	63	69
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	248	229	356	280	248	229	356	280
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	105	95	157	130	105	95	157	130
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	33	33	53	46	33	33	53	46

* 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
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 <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB1) Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (dA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (dB1) 								
	7,7 %	11,0 %	8,1 %	8,3 %	5,0 %	7,7 %	6,2 %	5,5 %
	4,4 %	7,9 %	5,3 %	4,6 %	2,8 %	4,8 %	3,7 %	2,1 %
	3,4 %	3,1 %	3,9 %	5,8 %	1,4 %	1,6 %	1,0 %	3,7 %
	1,9 %	1,1 %	3,2 %	3,8 %	1,0 %	1,1 %	0,6 %	1,5 %
	4,4 %	2,3 %	0,0 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	223,4	506,7	261,1	548,4	295,9	700,5	322,8	769,4
	186,5	362,8	219,1	396,3	230,0	518,4	279,4	745,8

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	227,3	417,6	202,4	274,3	293,8	493,8	256,3	445,9
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	248,3	586,0	161,5	181,5	314,0	586,0	201,0	382,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	155,2	142,7	0,0	374,2	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	0,0	0,0	360,7	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

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

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

Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	825	825	825	825
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	816	818	814	814
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	3,3%	4,5%	1,9%	3,3%
• Vier (B)	0,1%	1,3%	0,4%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,5%	0,2%	0,1%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	721	721	721	721
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	715	711	712	713
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	2,6%	3,1%	1,2%	1,9%
• Vier (B)	0,7%	0,8%	0,6%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%

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

Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	572	572	525	525
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)² • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	257 1,4 37,2 25,0%	366 1,5 85,3 17,8%	240 1,6 33,5 29,9%	407 1,5 91,7 16,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	10 1,0 0,1 0,0%	<10 1,4 0,9 0,2%	<10 1,4 0,2 0,2%	11 1,1 0,6 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.

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	455	455	404	404
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	208 1,6 46,9 15,4%	218 1,6 46,3 8,4%	186 1,8 36,0 13,4%	197 1,9 40,7 6,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	14 1,2 0,5 0,0%	12 1,1 0,4 0,0%	14 1,7 0,9 0,2%	13 1,3 0,8 0,2%

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

Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	398	604
<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) 	32,9% 103,4	35,8% 118,1
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	246	363
<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) 	22,1% 107,0	23,8% 122,9
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	133	153
<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) 	11,8% 108,4	11,3% 106,1

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	260	290
<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) 	32,7% 116,1	43,8% 108,9
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	220	256
<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) 	28,8% 114,8	38,3% 111,1
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	143	156
<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) 	21,5% 119,2	27,6% 115,6

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)

Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	825	825
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,2 3 1 - 4	3,2 3 2 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,2 2 1 - 3	2,0 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,0 1 0 - 1	1,2 1 0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	721	721
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,2 3 1 - 4	3,2 3 1 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,6 2 1 - 3	2,4 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	0,6 0 0 - 1	0,8 0 0 - 1

Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	825	825
<ul style="list-style-type: none">• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	1,5 %	1,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	721	721
<ul style="list-style-type: none">• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,1 %	2,1 %

Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	813	813
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	344 521 632	251 523 603
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) 	13,4 % 3,6 % 13,1 %	23,1 % 3,4 % 13,8 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	706	706
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	247 401 488	158 373 425
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	6,9 % 1,7 % 6,8 %	7,6 % 2,4 % 6,4 %

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

Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
(ohne Unterscheidung in kliniken und klinikbekannt)

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelte Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>44 13,6 %</p>	<p>42 4,8 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>68 10,3 %</p>	<p>80 2,5 %</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

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>79 7,6 %</p>	<p>62 8,1 %</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>22 68,2 %</p>	<p>15 33,3 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>47 51,1 %</p>	<p>37 32,4 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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 	694 51,9 %	626 50,5 %
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 	545 19,1 %	502 19,5 %

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

² ACT 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

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 	165 92,7 %	167 88,0 %
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 	67 95,5 %	82 91,5 %
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 25,0 %	26 23,1 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-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

14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Abbildung 51: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

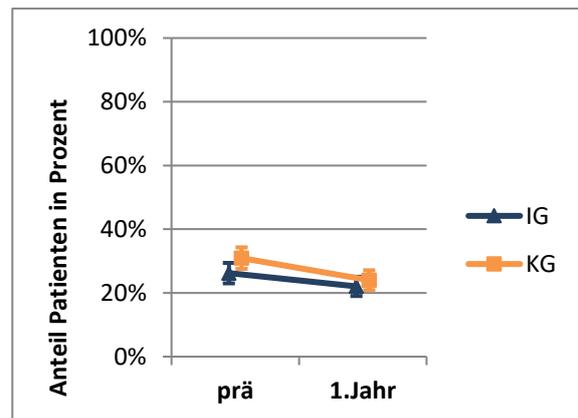
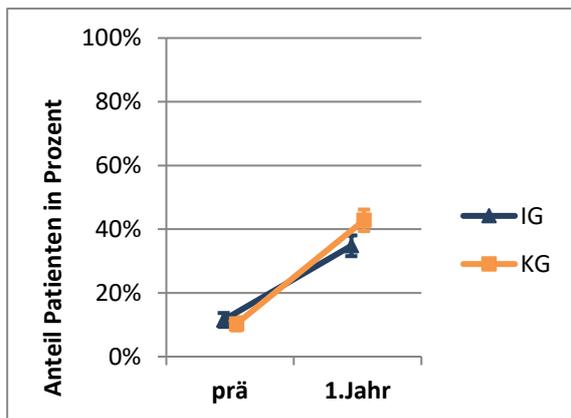
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

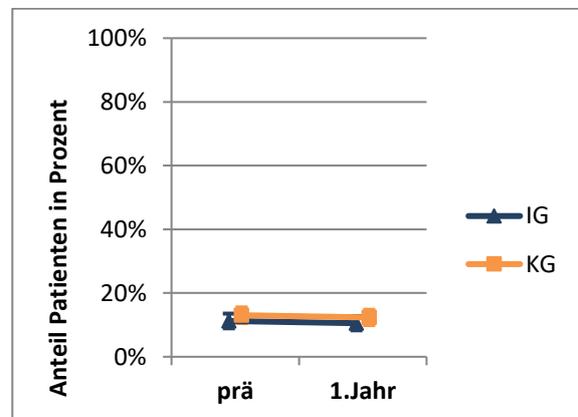
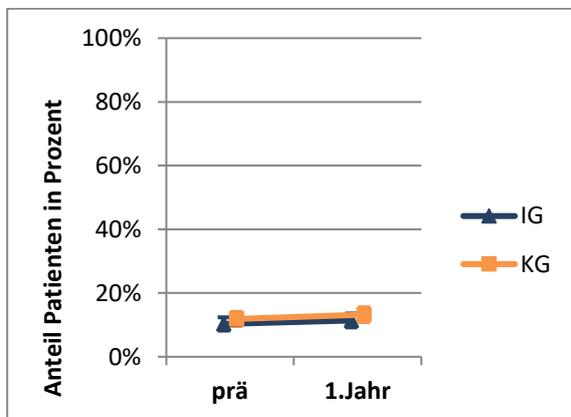


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

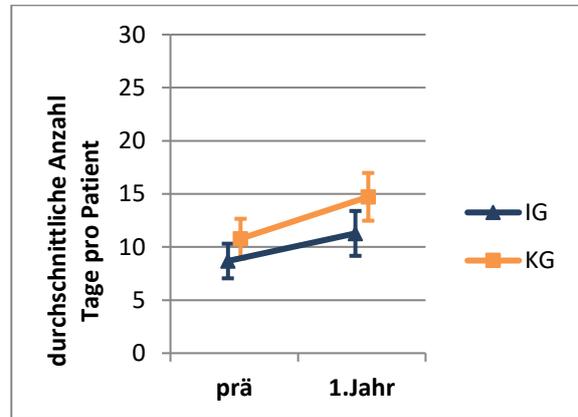
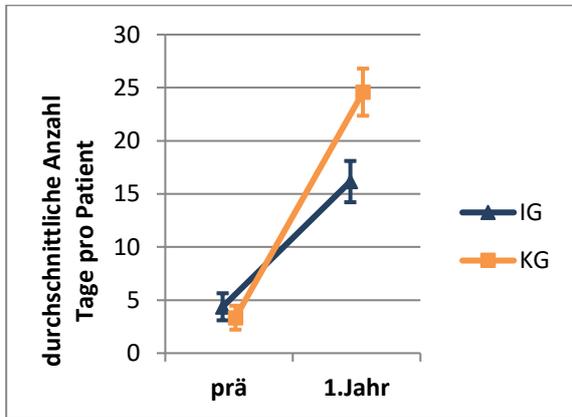


Klinikneue Patienten

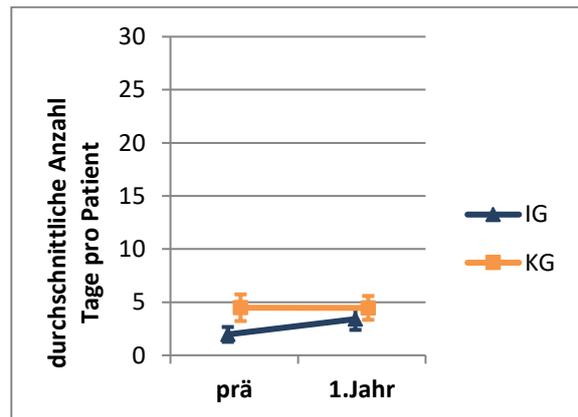
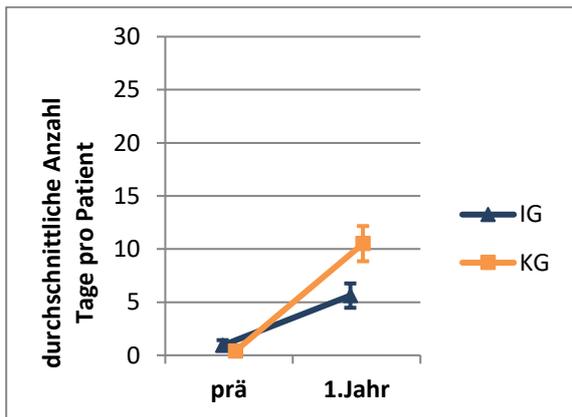
Klinikbekannte Patienten

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**



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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

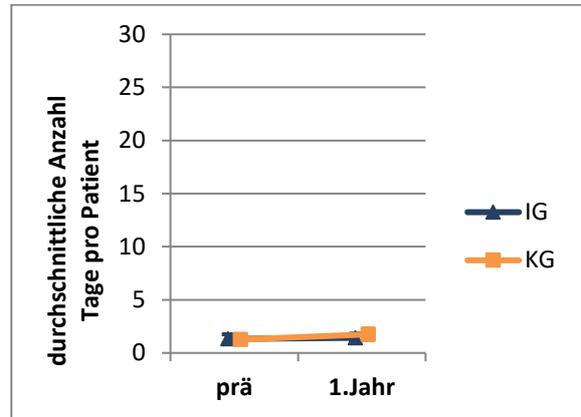
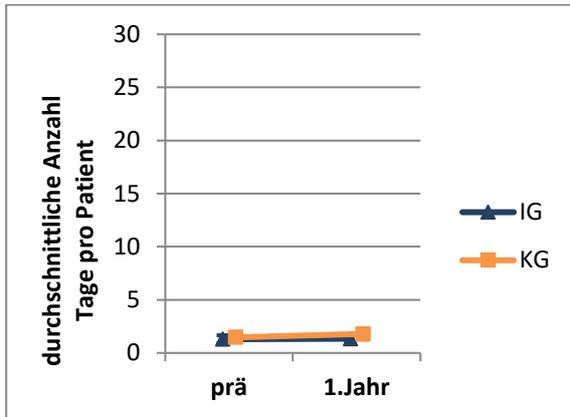


Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

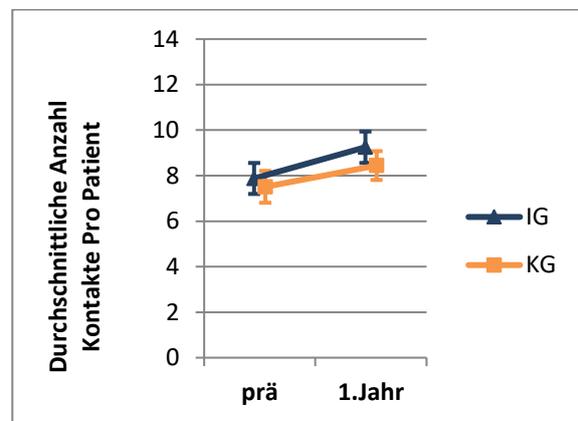
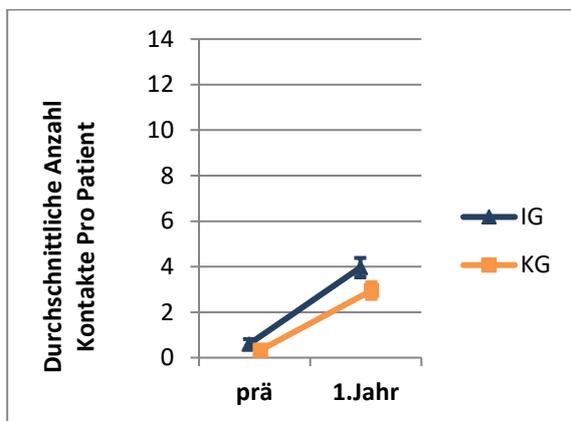
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

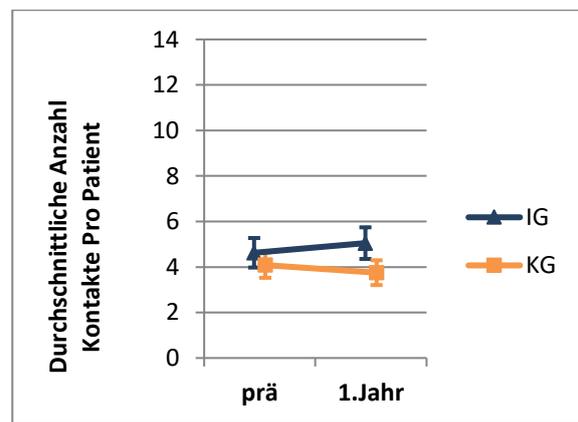
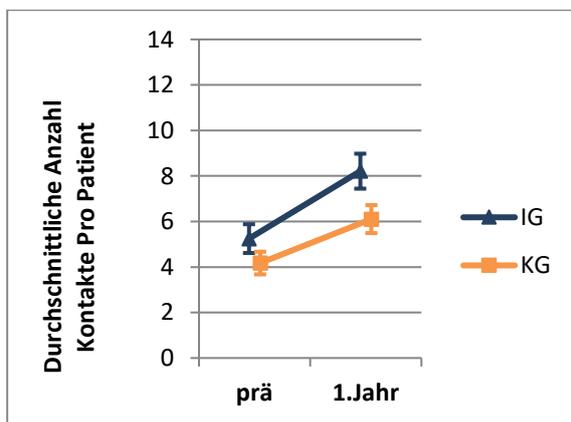
Klinikbekannte Patienten

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

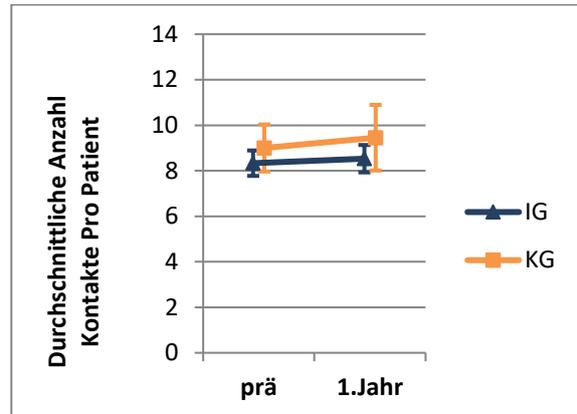
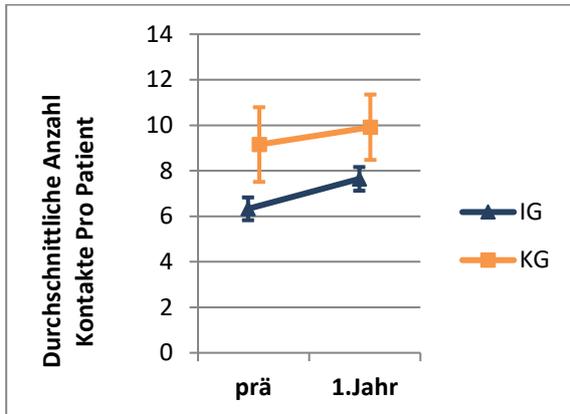
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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

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

Fallzahl zu klein

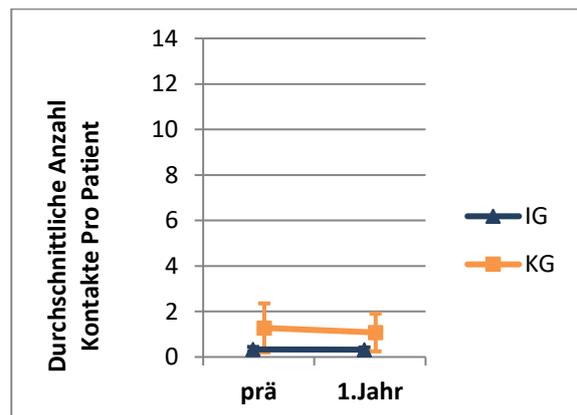
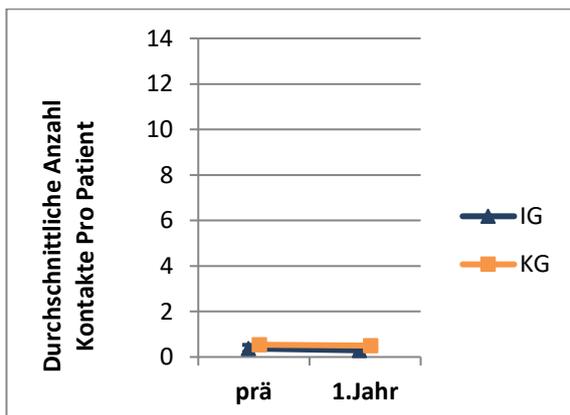
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

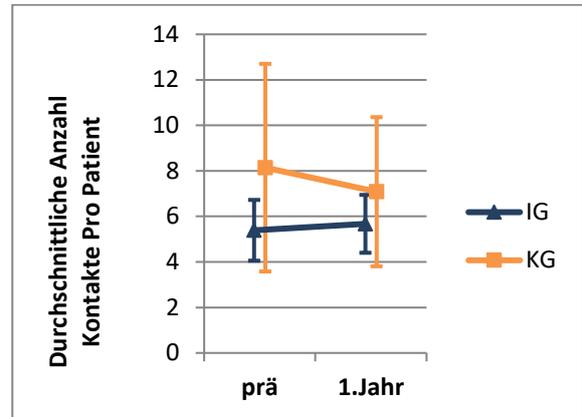
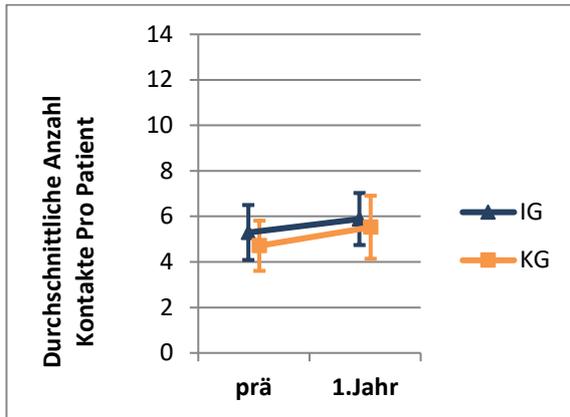


Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

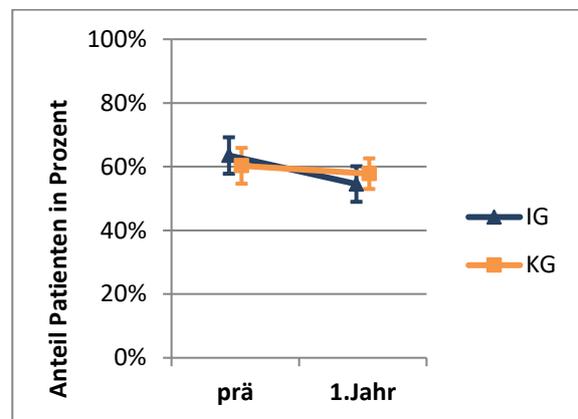
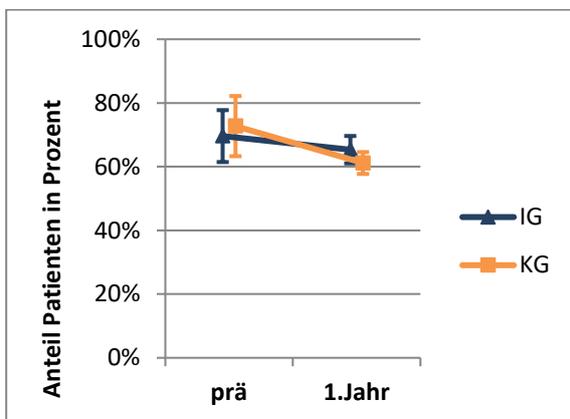
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

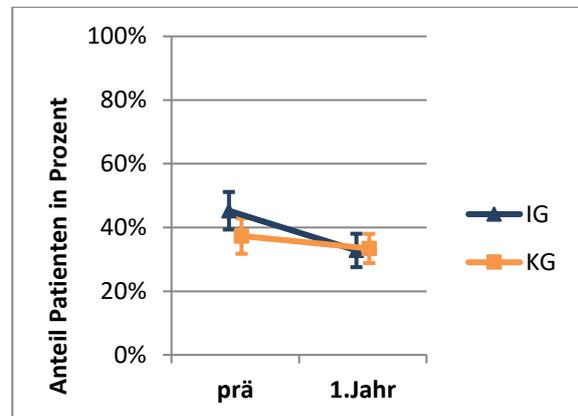
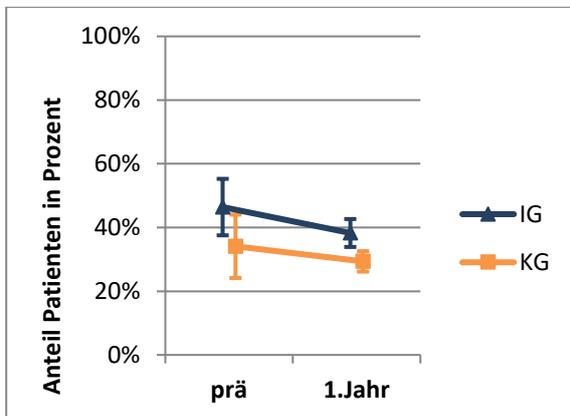
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

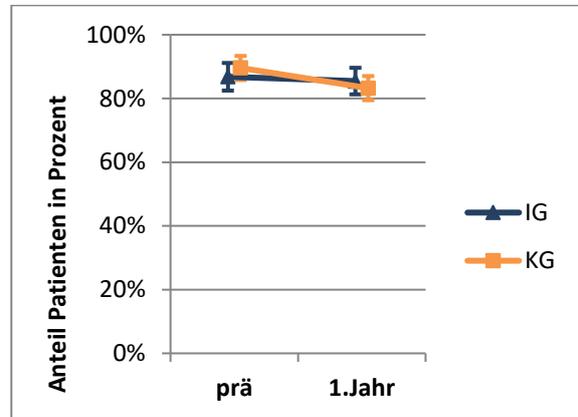
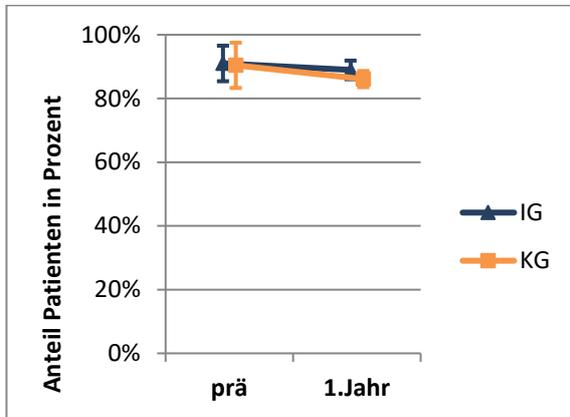


Klinikneue Patienten

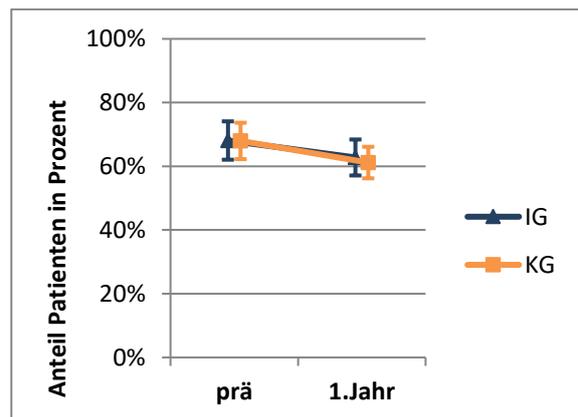
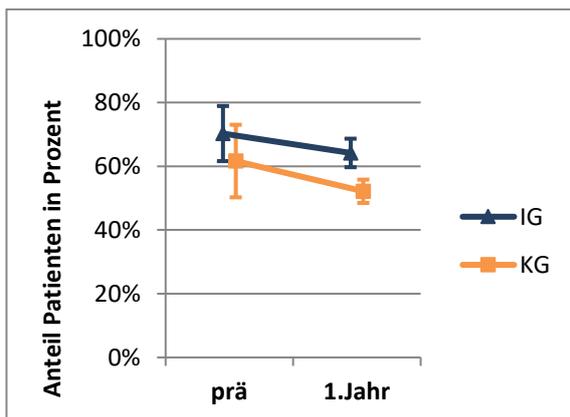
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

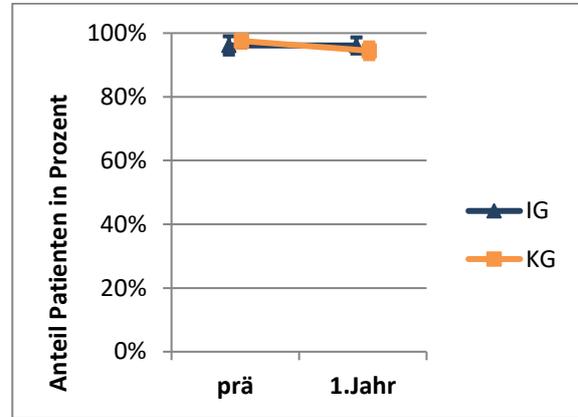
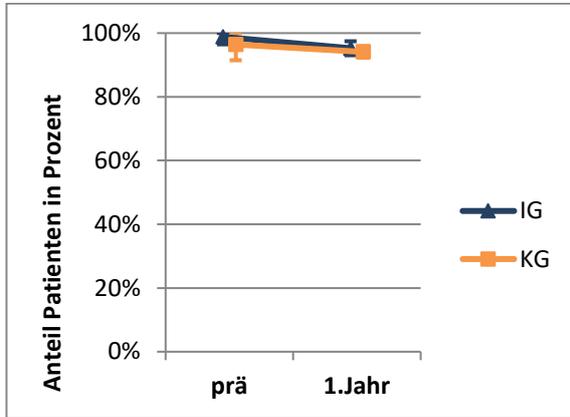


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

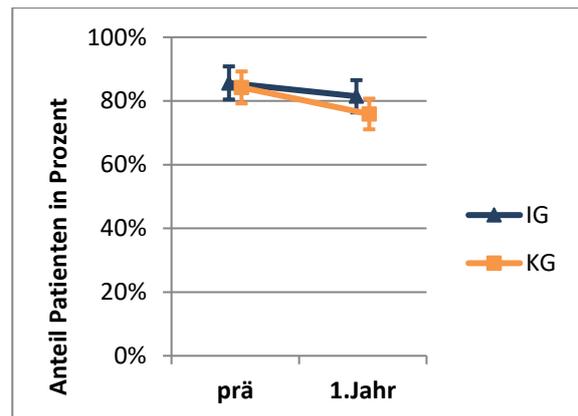
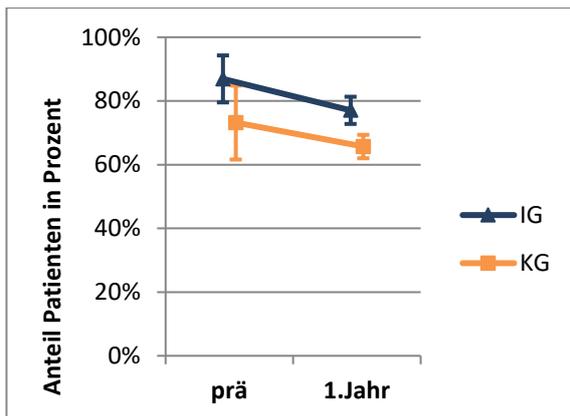


Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

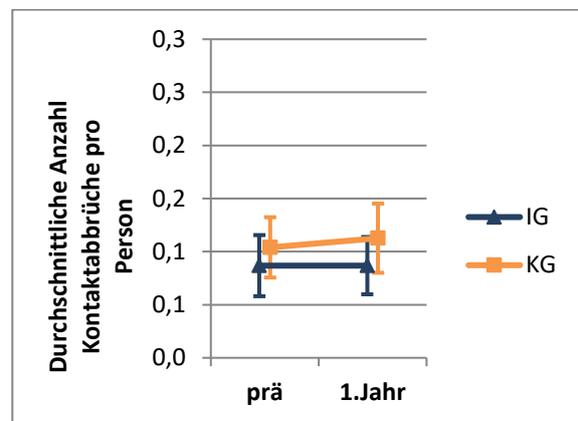
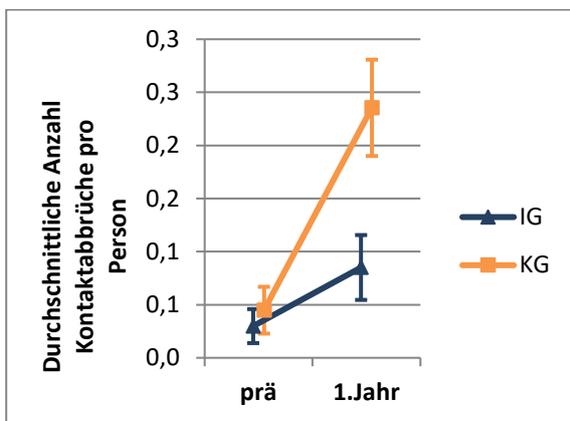
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

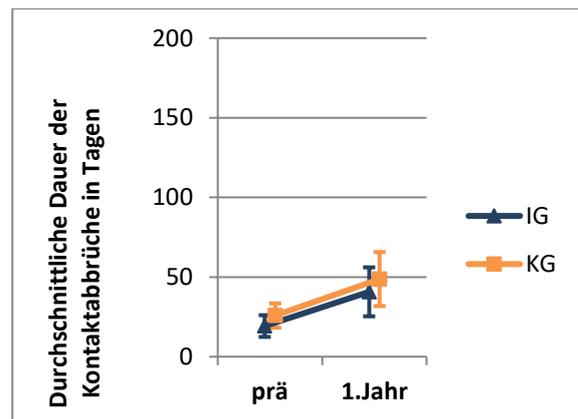
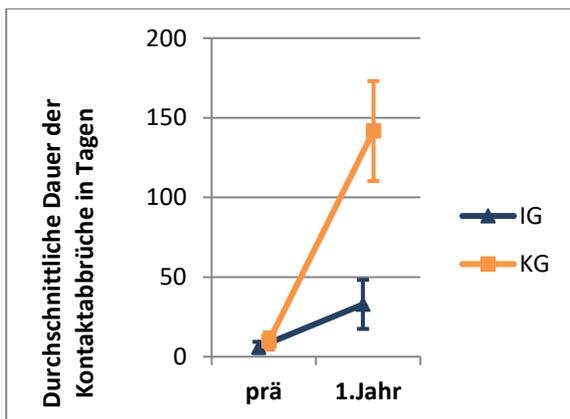


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



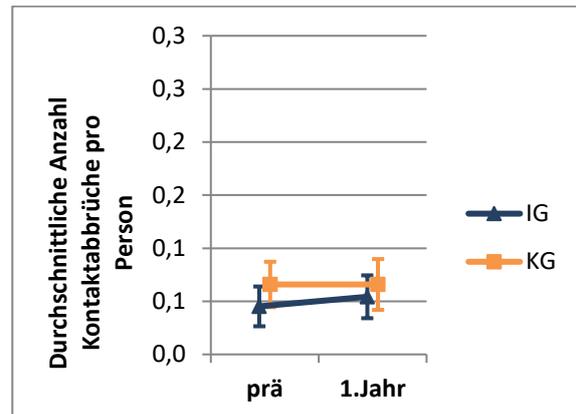
Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

Klinikbekannte Patienten



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

Klinikbekannte Patienten

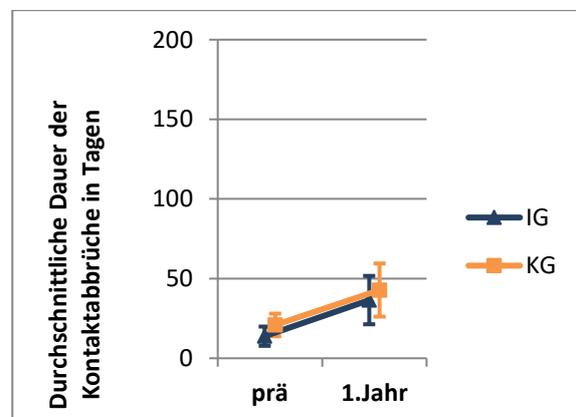


Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

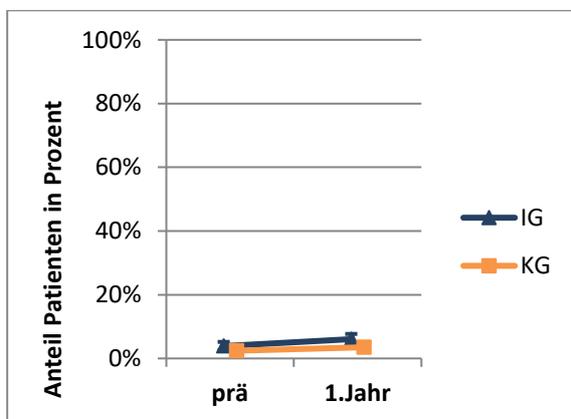
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten**

- **Anteil Patienten bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose**



Fallzahl zu klein

Abbildung 56: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

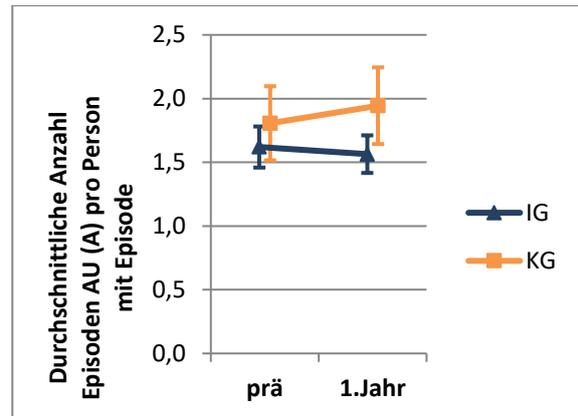
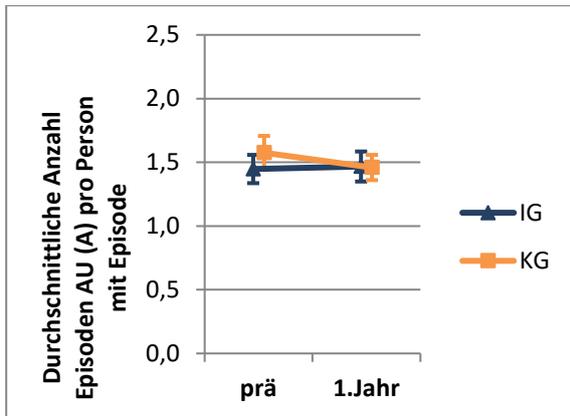
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

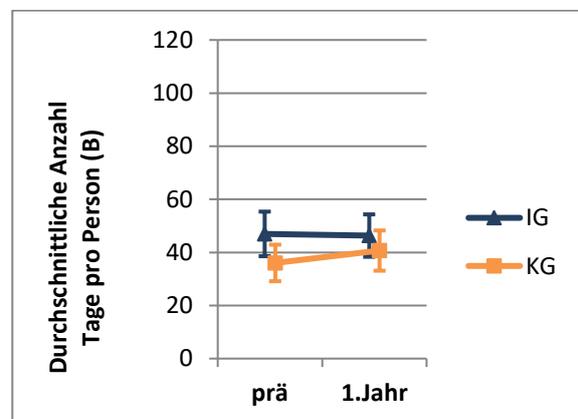
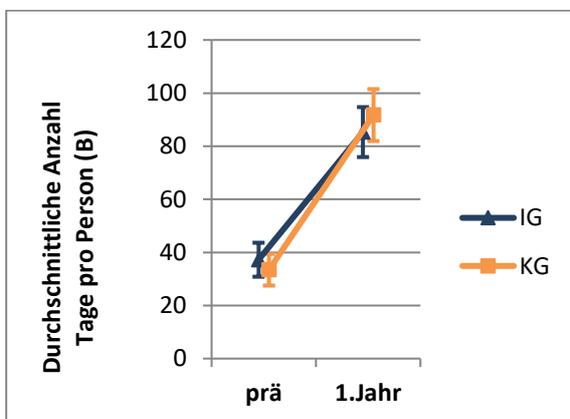
Klinikbekannte Patienten

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**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

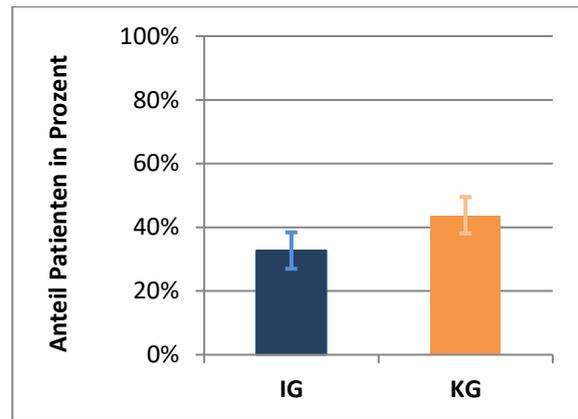
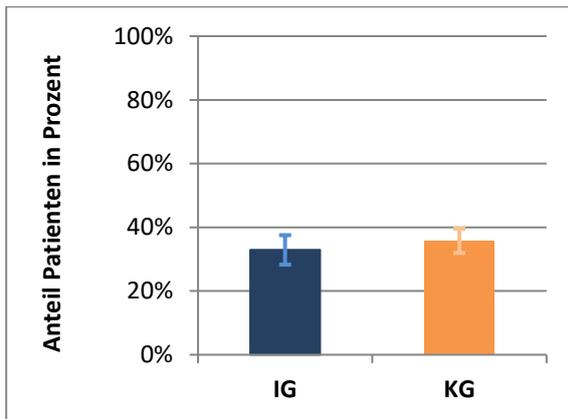
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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



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

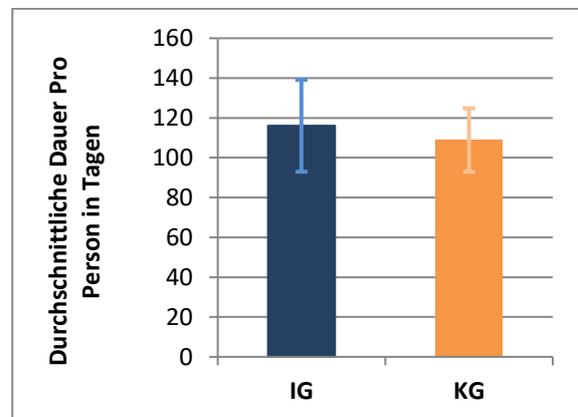
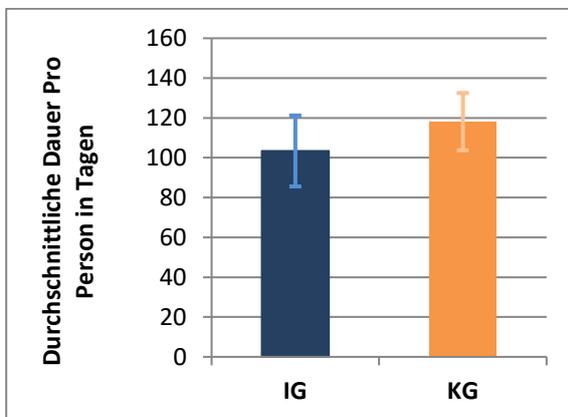


Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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.

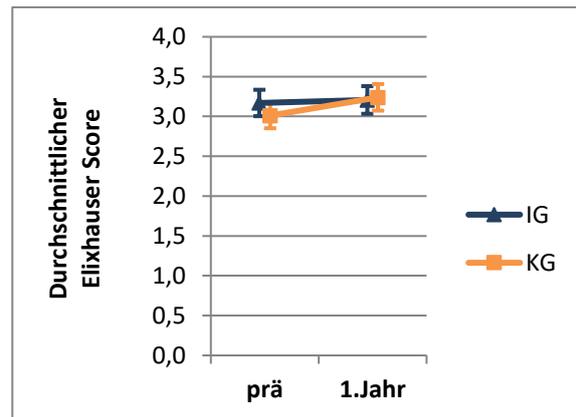
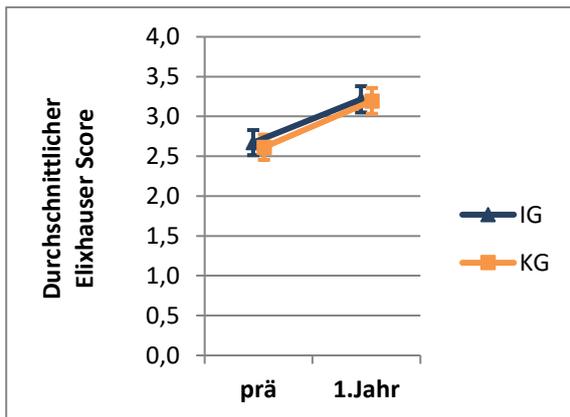
Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten****Mittlerer Elixhauser Score**

Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

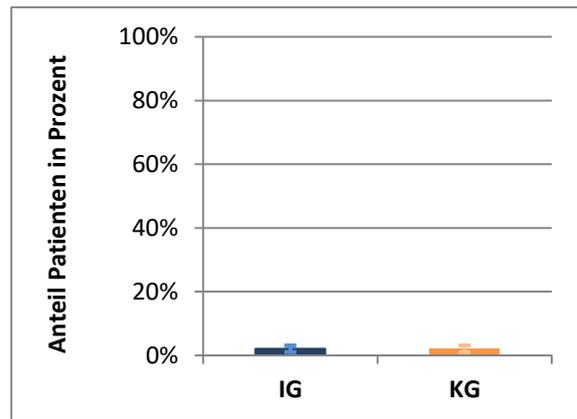
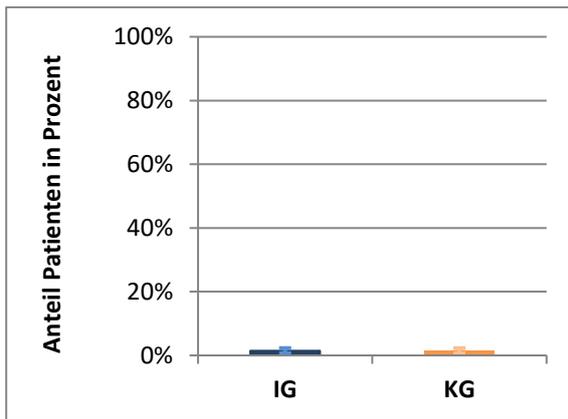


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

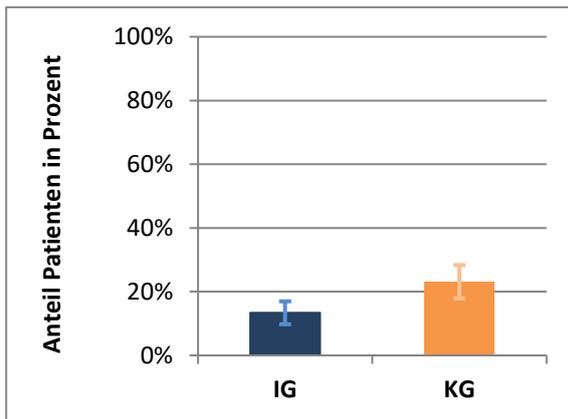
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Progression A (→ schwere depressive Störung)



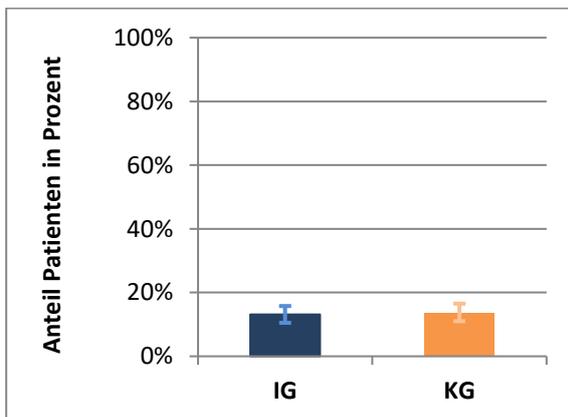
Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)



Fallzahl zu klein

Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alle Patienten

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

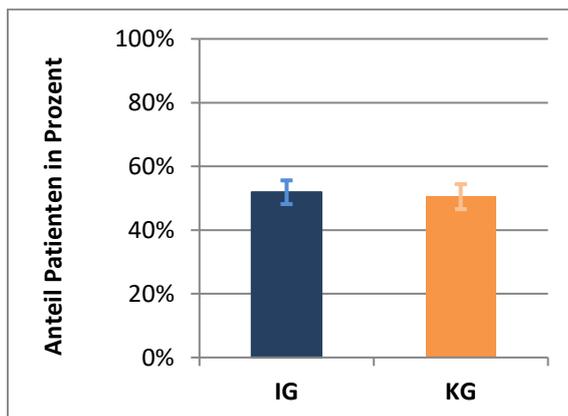
Demenz E

Fallzahl zu klein

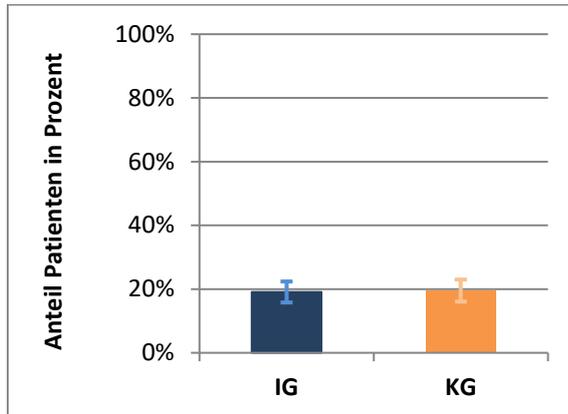
Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I



Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

14.3 Ergebnisse Modellierung

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 (erster Teil) oder im 3. Modelljahr (zweiter Teil) statt.

Interpretation: Umschließt der Konfidenzintervall den Wert 1 ist dieser Einflussfaktor statistisch nicht signifikant. Die Ausprägung der Signifikanz ist jeweils als violetter Hintergrund (violett = statistisch signifikant, nicht violett = nicht statistisch signifikant) und Markierung von * dargestellt. Je mehr *** dargestellt sind, desto höher ist die statistische Signifikanz.

Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-9,45*** -9,92...-8,97	kf	-0,28** -0,45...-0,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,50*** 0,48...0,53	kf	0,84** 0,75...0,95
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,62* 0,42-0,93	kf	0,87 0,52-1,45	0,50*** 0,48-0,53	kf	0,89 0,80-1,00
Gruppe	0,89 0,63-1,25	kf	0,86 0,55-1,34	1,11 0,78-1,58	kf	0,58 0,32-1,05
Zeit	8,50*** 6,26-11,52	kf	1,28 0,90-1,83	7,34*** 7,05-7,63	kf	1,18*** 1,10-1,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,08*** 2,21-4,31	kf	1,17 0,67-2,05	5,41*** 3,07-9,52	kf	1,88 0,74-4,81
Indexgruppe 9 (F43)	1,50*** 1,21-1,86	kf	0,66* 0,46-0,95	1,81** 1,26-2,60	kf	0,68 0,37-1,25
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,67** 0,51-0,87	kf	0,70 0,44-1,12	0,35*** 0,22-0,54	kf	0,56 0,26-1,21
Psy A ¹	1,81*** 1,44-2,28	kf	1,63* 1,08-2,46	1,57* 1,05-2,34	kf	1,71 0,87-3,37
Psy B ²	1,15 0,90-1,47	kf	1,24 0,82-1,89	2,09** 1,34-3,25	kf	1,21 0,59-2,47
Alter	0,99*** 0,98-0,99	kf	1,03*** 1,02-1,05	0,99* 0,98-1,00	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,20 0,98-1,46	kf	1,04 0,74-1,47	1,48* 1,06-2,09	kf	0,75 0,42-1,33
Komorbidität ³	1,07** 1,02-1,12	kf	1,30*** 1,20-1,40	1,03 0,95-1,12	kf	1,50*** 1,32-1,71
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,47-1,44	kf	1,96 0,96-4,01	0,89 0,37-2,11	kf	1,91 0,49-7,41
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,17*** 1,78-2,65	kf	2,07*** 1,46-2,93	2,21*** 1,58-3,10	kf	2,66** 1,50-4,72
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,40** 1,12-1,76	kf	0,96 0,65-1,41	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,76 0,40-1,43

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-1,34*** -1,83...-0,84	kf	-0,38*** -0,56...-0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,95* 0,91...0,99	kf	0,78*** 0,69...0,88
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,19 0,80-1,76	kf	1,12 0,63-2,00	0,96 0,92-1,00	kf	0,74*** 0,65-0,84
Gruppe	0,86 0,65-1,14	kf	0,63 0,39-1,03	0,75 0,46-1,21	kf	0,74 0,40-1,37
Zeit	0,61** 0,46-0,81	kf	0,86 0,58-1,27	1,36*** 1,32-1,40	kf	1,43*** 1,31-1,55
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,20 0,83-1,72	kf	0,55 0,28-1,09	1,63 0,73-3,65	kf	0,34* 0,12-0,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,93 0,70-1,23	kf	0,52* 0,30-0,88	0,54 0,29-1,02	kf	0,39* 0,17-0,88
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,28*** 0,18-0,45	kf	0,49 0,22-1,09	0,10*** 0,04-0,25	kf	0,35 0,10-1,18
Psy A ¹	2,12*** 1,47-3,04	kf	1,52 0,79-2,96	4,49*** 2,03-9,96	kf	1,40 0,50-3,89
Psy B ²	1,00 0,78-1,29	kf	1,15 0,71-1,85	0,80 0,45-1,42	kf	1,92 0,91-4,05
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,03*** 1,02-1,05	0,98* 0,96-0,99	kf	1,05*** 1,03-1,08
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,80-1,25	kf	0,66* 0,44-0,99	1,28 0,78-2,09	kf	0,38** 0,20-0,72
Komorbidität ³	1,01 0,96-1,07	kf	1,37*** 1,24-1,52	1,05 0,93-1,18	kf	1,43*** 1,24-1,66
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,84 0,53-1,33	kf	2,41* 1,18-4,93	1,30 0,47-3,58	kf	2,79 0,87-9,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	7,28*** 5,57-9,52	kf	3,26*** 2,10-5,06	24,57*** 14,78-40,84	kf	3,77*** 1,95-7,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,38*** 0,29-0,49	kf	0,58* 0,35-0,96	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,39* 0,18-0,84

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-9,22*** -9,64...-8,80	kf	0,25** 0,09...0,40
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,60*** 0,57...0,63	kf	1,20*** 1,09...1,32
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,66* 0,45-0,97	kf	1,17 0,75-1,82	0,59*** 0,56-0,62	kf	1,20*** 1,09-1,33
Gruppe	1,05 0,74-1,47	kf	0,96 0,67-1,38	1,05 0,73-1,52	kf	0,81 0,48-1,34
Zeit	7,79*** 5,82-10,44	kf	1,18 0,87-1,58	7,16*** 6,90-7,43	kf	1,03 0,97-1,10
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40** 1,13-1,72	kf	0,73* 0,56-0,96	1,63** 1,13-2,34	kf	0,50** 0,30-0,83
Indexgruppe 9 (F43)	0,79 0,60-1,05	kf	0,63* 0,42-0,93	0,47** 0,29-0,77	kf	0,52 0,25-1,06
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,10 0,84-1,45	kf	0,88 0,60-1,28	0,98 0,59-1,63	kf	0,50 0,24-1,04
Psy A ¹	1,93*** 1,54-2,43	kf	1,89*** 1,38-2,57	2,59*** 1,73-3,87	kf	3,04*** 1,72-5,37
Psy B ²	1,04 0,81-1,33	kf	1,03 0,75-1,41	1,31 0,82-2,07	kf	0,84 0,46-1,54
Alter	0,99** 0,98-1,00	kf	1,02*** 1,01-1,03	1,00 0,99-1,01	kf	1,04*** 1,02-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,83-1,23	kf	1,12 0,86-1,46	1,12 0,79-1,59	kf	0,81 0,49-1,33
Komorbidität ³	1,00 0,96-1,05	kf	1,27*** 1,20-1,35	0,94 0,87-1,02	kf	1,55*** 1,39-1,72
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,76 0,50-1,14	kf	1,86** 1,23-2,83	0,94 0,48-1,85	kf	2,92* 1,22-6,98
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,20*** 1,80-2,69	kf	2,08*** 1,60-2,72	2,60*** 1,84-3,69	kf	1,99** 1,23-3,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,71-1,11	kf	0,56*** 0,42-0,75	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,37*** 0,22-0,64

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-10,11*** -10,51...-9,71
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-10,52*** -10,91...-10,13
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-9,65*** -10,02...-9,28
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,46*** 0,43...0,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,38*** 0,36...0,40
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,55*** 0,52...0,58
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,44*** 0,42-0,46
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,36*** 0,34-0,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,53*** 0,51-0,56

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,68** 1,22-2,31
Zeit	8,40*** 8,09-8,72
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,55*** 1,25-1,91
Indexgruppe 9 (F43)	0,44*** 0,34-0,58
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,79 0,59-1,05
Psy A ¹	2,06*** 1,63-2,61
Psy B ²	1,74*** 1,34-2,26
Alter	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,95-1,42
Komorbidität ³	0,98 0,93-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,83 0,55-1,24
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,05*** 1,68-2,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,01-0,02
2. vs. 1.Jahr	0,99 0,71-1,38
3. vs. 1.Jahr	1,06 0,77-1,45

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,74*** 0,55...0,93	1,03*** 0,70...1,37	0,55** 0,16...0,95	kf	kf	-0,04 -0,13...0,05	kf	-0,22 -0,54...0,10
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,73*** 0,63...0,86	1,07* 1,01...1,13	1,12*** 1,06...1,17	kf	kf	0,84 0,68...1,04	kf	0,95 0,89...1,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,73*** 0,62-0,86	1,07* 1,01-1,14	1,11*** 1,06-1,17	kf	kf	0,88 0,71-1,10	kf	0,95 0,90-1,01
Gruppe	1,36** 1,11-1,65	1,38** 1,11-1,70	0,77*** 0,69-0,86	kf	kf	0,79 0,46-1,37	kf	0,72 0,44-1,17
Zeit	9,10*** 8,02-10,32	1,46*** 1,40-1,52	1,08*** 1,05-1,12	kf	kf	0,86* 0,76-0,99	kf	1,17*** 1,12-1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,95 0,73-1,23	0,43*** 0,29-0,63	1,11 0,92-1,33	kf	kf	1,13 0,46-2,77	kf	0,28** 0,12-0,67
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,84-1,13	1,90*** 1,52-2,36	1,01 0,91-1,13	kf	kf	0,69 0,39-1,21	kf	0,99 0,59-1,65
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,85 0,71-1,01	0,62*** 0,48-0,81	0,84* 0,74-0,96	kf	kf	0,77 0,39-1,52	kf	1,08 0,59-1,98
Psy A ¹	1,07 0,91-1,25	3,41*** 2,70-4,32	1,55*** 1,38-1,75	kf	kf	0,90 0,50-1,64	kf	0,81 0,46-1,41
Psy B ²	1,20 0,99-1,44	2,05*** 1,58-2,65	1,34*** 1,17-1,54	kf	kf	0,48 0,23-1,02	kf	0,74 0,39-1,41
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,97-1,01	kf	1,07*** 1,05-1,08
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,87-1,15	1,25* 1,02-1,53	1,31*** 1,18-1,46	kf	kf	0,64 0,38-1,08	kf	2,25** 1,38-3,64
Komorbidität ³	0,94*** 0,90-0,97	1,01 0,96-1,06	1,13*** 1,10-1,15	kf	kf	1,14* 1,01-1,29	kf	1,24*** 1,11-1,39
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,38*** 1,67-3,38	0,83 0,48-1,41	1,02 0,78-1,33	kf	kf	0,70 0,17-2,82	kf	2,69 0,77-9,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,94-1,24	1,29* 1,05-1,57	1,38*** 1,25-1,53	kf	kf	0,88 0,52-1,49	kf	2,71*** 1,69-4,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,00*** 4,17-6,00	0,80 0,63-1,01	0,96 0,85-1,08	kf	kf	0,95 0,52-1,74	kf	1,68 0,96-2,93

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,44* 0,02...0,86	0,76*** 0,45...1,06	-0,26 -0,69...0,18	kf	kf	0,19** 0,06...0,32	kf	1,34*** 0,97...1,72
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,04 0,99...1,10	1,19*** 1,11...1,28	0,97 0,93...1,02	kf	kf	1,15 0,93...1,40	kf	1,21*** 1,14...1,28
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,04 0,99-1,10	1,19*** 1,11-1,28	0,97 0,93-1,02	kf	kf	1,17 0,95-1,44	kf	1,20*** 1,13-1,27
Gruppe	0,96 0,86-1,07	1,96*** 1,42-2,69	1,10 0,99-1,22	kf	kf	0,61 0,34-1,09	kf	0,69 0,40-1,19
Zeit	1,13*** 1,09-1,17	0,91** 0,87-0,96	1,05** 1,02-1,09	kf	kf	0,82*** 0,74-0,90	kf	0,87*** 0,84-0,91
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,40*** 1,16-1,69	0,33*** 0,19-0,57	0,65*** 0,54-0,78	kf	kf	0,37 0,14-1,02	kf	0,14*** 0,05-0,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,93-1,23	1,27 0,84-1,92	0,83** 0,72-0,95	kf	kf	0,40* 0,19-0,83	kf	0,66 0,32-1,36
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,15 0,97-1,36	1,03 0,61-1,72	0,91 0,77-1,08	kf	kf	0,57 0,22-1,50	kf	0,91 0,38-2,19
Psy A ¹	0,96 0,81-1,13	3,49*** 2,09-5,81	1,22* 1,03-1,43	kf	kf	2,02 0,81-5,05	kf	0,33* 0,14-0,77
Psy B ²	1,52*** 1,33-1,74	1,96** 1,34-2,86	1,32*** 1,16-1,50	kf	kf	0,82 0,41-1,62	kf	2,03* 1,03-4,00
Alter	1,00*** 1,00-1,00	0,97*** 0,96-0,98	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,97-1,01	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,93-1,16	2,10*** 1,52-2,91	1,11* 1,00-1,24	kf	kf	1,01 0,56-1,83	kf	2,26** 1,30-3,93
Komorbidität ³	0,98 0,96-1,01	1,01 0,93-1,09	1,17*** 1,14-1,20	kf	kf	1,11 0,96-1,28	kf	1,40*** 1,22-1,61
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,21 0,97-1,51	0,70 0,35-1,41	1,24 1,00-1,53	kf	kf	0,29 0,06-1,36	kf	0,66 0,20-2,24
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17** 1,05-1,31	3,32*** 2,37-4,66	1,12* 1,00-1,25	kf	kf	1,65 0,90-3,03	kf	2,17** 1,22-3,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	6,57*** 5,53-7,79	0,21*** 0,14-0,32	1,01 0,88-1,17	kf	kf	0,77 0,36-1,63	kf	1,21 0,56-2,58

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 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach Klinikneu und Klinikbekannt)

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,93*** 1,73...2,12	0,65*** 0,36...0,94	-0,08 -0,44...0,28	kf	kf	-0,22*** -0,33...-0,12	kf	-1,74*** -2,08...-1,39
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,86*** 1,58...2,18	1,14*** 1,07...1,20	1,01 0,97...1,06	kf	kf	0,66*** 0,56...0,77	kf	0,78*** 0,74...0,81
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,86*** 1,59-2,19	1,14*** 1,08-1,20	1,01 0,97-1,06	kf	kf	0,69*** 0,59-0,81	kf	0,78*** 0,74-0,82
Gruppe	0,70*** 0,58-0,85	0,97 0,78-1,20	0,86** 0,78-0,95	kf	kf	0,61 0,36-1,02	kf	1,02 0,63-1,65
Zeit	9,92*** 8,89-11,07	1,47*** 1,42-1,53	1,14*** 1,11-1,18	kf	kf	0,96 0,87-1,06	kf	1,39*** 1,35-1,44
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,86-1,12	2,04*** 1,65-2,53	1,03 0,94-1,14	kf	kf	1,18 0,71-1,95	kf	0,79 0,49-1,28
Indexgruppe 9 (F43)	0,72*** 0,60-0,85	0,87 0,66-1,16	0,95 0,84-1,08	kf	kf	2,05* 1,09-3,86	kf	0,74 0,39-1,38
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,84 0,70-1,01	1,49** 1,12-1,97	1,01 0,89-1,15	kf	kf	1,21 0,60-2,44	kf	0,62 0,32-1,20
Psy A ¹	1,00 0,87-1,16	3,06*** 2,42-3,86	1,53*** 1,38-1,70	kf	kf	0,60 0,34-1,04	kf	0,83 0,49-1,41
Psy B ²	1,05 0,88-1,24	2,42*** 1,87-3,13	1,29*** 1,14-1,45	kf	kf	0,78 0,40-1,54	kf	1,22 0,66-2,27
Alter	1,00 0,99-1,00	0,99** 0,98-1,00	1,00 1,00-1,01	kf	kf	1,00 0,98-1,02	kf	1,05*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,95-1,23	0,95 0,78-1,16	1,16** 1,06-1,28	kf	kf	0,48** 0,30-0,77	kf	3,67*** 2,32-5,79
Komorbidität ³	0,95** 0,92-0,98	1,01 0,97-1,06	1,16*** 1,14-1,18	kf	kf	1,14* 1,02-1,27	kf	1,28*** 1,15-1,42
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,77*** 1,39-2,24	0,83 0,56-1,24	1,24* 1,04-1,47	kf	kf	0,76 0,30-1,93	kf	2,60* 1,08-6,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,03 0,91-1,17	1,56*** 1,27-1,90	1,27*** 1,16-1,39	kf	kf	0,84 0,52-1,35	kf	2,78*** 1,76-4,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,26*** 4,44-6,23	0,88 0,70-1,11	0,98 0,88-1,09	kf	kf	0,91 0,52-1,57	kf	2,52** 1,46-4,32

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 86: Prädiktoren Kontinuität, klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,23*** -0,30...-0,16	-0,31*** -0,40...-0,23	-0,33*** -0,41...-0,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,48*** 0,33...0,68	0,42*** 0,30...0,58	0,39*** 0,27...0,56
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,04 0,72-1,48	0,99 0,71-1,39	0,99 0,68-1,43
Gruppe	0,98 0,70-1,36	0,99 0,72-1,36	0,96 0,68-1,37
Zeit	1,00 0,76-1,31	1,14 0,88-1,48	1,05 0,79-1,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,95 0,77-1,18	0,98 0,81-1,19	0,95 0,78-1,15
Indexgruppe 9 (F43)	1,01 0,87-1,17	0,97 0,85-1,11	0,98 0,86-1,13
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,84 0,69-1,03	0,94 0,79-1,11	0,98 0,83-1,17
Psy A ¹	1,08 0,92-1,28	1,11 0,96-1,28	1,05 0,91-1,22
Psy B ²	1,08 0,92-1,27	1,06 0,92-1,23	1,00 0,86-1,16
Alter	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,91-1,20	1,02 0,90-1,15	1,03 0,91-1,16
Komorbidität ³	1,02 0,99-1,05	1,02 0,99-1,04	1,01 0,98-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,23 0,89-1,69	1,02 0,75-1,40	1,05 0,77-1,43
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,20* 1,04-1,40	1,12 0,98-1,27	1,05 0,92-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,82-1,09	1,02 0,90-1,16	1,02 0,90-1,16

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,09* -0,17...-0,02	-0,06 -0,15...0,02	-0,06 -0,14...0,02
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,72* 0,54...0,96	0,88 0,68...1,13	0,88 0,67...1,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,81 0,60-1,08	1,01 0,78-1,30	1,03 0,79-1,35
Gruppe	1,13 0,91-1,40	0,99 0,82-1,20	0,96 0,78-1,19
Zeit	1,14 0,93-1,39	1,11 0,93-1,33	1,08 0,90-1,31
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,02 0,79-1,31	1,00 0,81-1,25	0,96 0,77-1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,89-1,36	1,01 0,84-1,20	0,97 0,81-1,17
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,00 0,69-1,46	1,01 0,73-1,39	1,00 0,72-1,39
Psy A ¹	0,94 0,71-1,25	0,96 0,76-1,22	0,98 0,76-1,25
Psy B ²	1,29** 1,09-1,53	1,19* 1,03-1,38	1,12 0,96-1,31
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,82-1,10	0,95 0,83-1,09	1,00 0,87-1,16
Komorbidität ³	1,05* 1,01-1,08	1,03 1,00-1,06	1,01 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,78-1,41	0,99 0,76-1,29	0,97 0,72-1,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27* 1,02-1,59	1,27* 1,05-1,53	1,11 0,92-1,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,81-1,10	0,99 0,86-1,13	1,01 0,87-1,16

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,07 -0,39...0,24	0,01 -0,36...0,37	0,01 -0,37...0,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,91 0,64...1,30	1,00 0,73...1,38	1,00 0,70...1,44
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,87 0,61-1,24	0,98 0,71-1,36	1,00 0,70-1,43
Gruppe	0,99 0,71-1,37	1,01 0,75-1,36	0,99 0,71-1,39
Zeit	1,09 0,85-1,41	1,00 0,79-1,27	1,02 0,79-1,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,90-1,19	1,01 0,89-1,14	1,00 0,88-1,14
Indexgruppe 9 (F43)	0,90 0,74-1,09	0,98 0,82-1,16	1,02 0,86-1,22
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,04 0,86-1,25	1,01 0,85-1,19	1,00 0,84-1,19
Psy A ¹	1,07 0,92-1,26	1,07 0,93-1,23	1,01 0,88-1,17
Psy B ²	1,02 0,87-1,20	1,03 0,90-1,19	0,98 0,85-1,14
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,18* 1,03-1,35	1,06 0,94-1,20	1,06 0,94-1,20
Komorbidität ³	1,03* 1,00-1,07	1,02 0,99-1,05	1,01 0,99-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,83-1,38	1,01 0,80-1,27	1,00 0,78-1,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15 0,99-1,32	1,07 0,94-1,21	1,05 0,92-1,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87* 0,75-1,00	0,90 0,80-1,02	0,95 0,83-1,08

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² 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 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,53 0,24-1,17	0,40*** 0,38-0,42	kf	kf
Gruppe	0,98 0,47-2,03	0,66 0,23-1,89	kf	kf
Zeit	5,24*** 3,25-8,45	14,07*** 13,65-14,51	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,26** 1,33-3,84	22,62** 2,89-176,88	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,87 0,60-1,26	1,03 0,36-2,95	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,40 0,89-2,19	1,75 0,49-6,17	kf	kf
Psy B ²	0,56** 0,39-0,80	0,40 0,14-1,09	kf	kf
Alter	0,98** 0,97-0,99	0,95* 0,91-0,99	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,59-1,17	1,11 0,41-3,03	kf	kf
Komorbidität ³	1,08* 1,00-1,17	1,08 0,86-1,35	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61 0,19-1,92	0,42 0,02-8,58	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,82-1,65	0,89 0,34-2,35	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,32*** 0,22-0,47	0,10*** 0,03-0,31	kf	kf

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 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,91 0,53-1,55	1,12*** 1,08-1,15	1,24 0,62-2,50	1,25*** 1,21-1,29
Gruppe	1,11 0,68-1,80	0,81 0,32-2,04	1,02 0,53-1,93	0,97 0,30-3,17
Zeit	1,08 0,76-1,54	1,89*** 1,85-1,92	0,98 0,63-1,53	2,08*** 2,03-2,13
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,37** 0,19-0,73	0,08** 0,01-0,46	0,37* 0,15-0,90	0,42 0,07-2,66
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,63 0,38-1,04	0,43 0,14-1,33	0,65 0,34-1,23	0,35 0,08-1,60
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,40* 0,17-0,96	0,36 0,07-1,96	0,65 0,24-1,78	0,35 0,03-4,72
Psy B ²	0,51** 0,34-0,76	0,37* 0,14-0,98	0,42** 0,25-0,72	0,77 0,22-2,70
Alter	0,97*** 0,96-0,99	0,96* 0,92-0,99	0,98* 0,96-1,00	0,99 0,95-1,03
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,61-1,37	0,74 0,28-1,94	1,06 0,62-1,81	2,06 0,57-7,47
Komorbidität ³	1,08 0,98-1,20	1,12 0,89-1,41	1,04 0,92-1,19	0,94 0,70-1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,43-2,46	0,62 0,06-6,32	1,57 0,54-4,56	1,09 0,07-16,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,66* 1,06-2,59	1,43 0,53-3,86	1,34 0,76-2,39	0,70 0,19-2,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,19*** 0,13-0,30	0,04*** 0,01-0,13	0,15*** 0,08-0,26	0,07*** 0,02-0,26

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

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 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf	kf
Psy B ²	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	1,24 0,64-2,41	kf
Gruppe	1,67 0,74-3,75	kf
Zeit	1,28 0,75-2,19	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,69 0,54-5,32	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,70 0,82-3,55	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,08 0,45-2,59	kf
Psy A ¹	2,32 0,99-5,44	kf
Psy B ²	2,10 0,98-4,54	kf
Alter	0,99 0,97-1,02	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,80 0,41-1,55	kf
Komorbidität ³	0,96 0,82-1,13	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,34 0,22-8,02	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23 0,63-2,37	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,42-2,03	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf
Psy B ²	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	0,47* 0,24-0,89	kf
Gruppe	2,22* 1,03-4,81	kf
Zeit	3,62*** 2,13-6,14	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,62-2,07	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,43 0,15-1,21	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,88 0,91-3,86	kf
Psy A ¹	1,25 0,60-2,59	kf
Psy B ²	2,84** 1,40-5,75	kf
Alter	0,99 0,97-1,01	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,77 0,43-1,37	kf
Komorbidität ³	0,98 0,86-1,13	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,20 0,79-6,11	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,71-2,28	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05 0,53-2,08	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,12 -0,28...0,03	-10,17*** -11,48...-8,85	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,92 0,76...1,10	0,84*** 0,82...0,86	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,92 0,76-1,11	0,84*** 0,82-0,86	kf	kf
Gruppe	0,97 0,82-1,14	0,90 0,64-1,25	kf	kf
Zeit	1,57*** 1,38-1,79	2,74*** 2,69-2,79	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,42*** 1,19-1,70	1,85* 1,07-3,20	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,27*** 1,12-1,44	3,49*** 2,46-4,97	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,88 0,76-1,02	0,55** 0,37-0,83	kf	kf
Psy A ¹	1,39*** 1,23-1,58	3,28*** 2,28-4,71	kf	kf
Psy B ²	1,16* 1,01-1,34	1,25 0,81-1,95	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,01* 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,91-1,13	1,19 0,86-1,63	kf	kf
Komorbidität ³	1,03* 1,00-1,06	1,06 0,97-1,16	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,63 0,37-1,09	0,42 0,11-1,59	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73*** 0,64-0,83	0,28*** 0,19-0,42	kf	kf

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 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,11 -0,28...0,06	-5,28*** -6,51...-4,05	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,89 0,72...1,10	0,87*** 0,85...0,90	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,89 0,72-1,09	0,87*** 0,84-0,90	kf	kf
Gruppe	1,10 0,91-1,34	1,68* 1,05-2,69	kf	kf
Zeit	1,14 0,99-1,32	1,13*** 1,11-1,16	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,11 0,85-1,45	0,81 0,36-1,83	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,85-1,27	1,89* 1,05-3,41	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,37*** 0,27-0,49	0,08*** 0,04-0,16	kf	kf
Psy A ¹	1,39* 1,08-1,79	7,66*** 3,78-15,54	kf	kf
Psy B ²	1,04 0,86-1,25	0,40** 0,23-0,69	kf	kf
Alter	0,99* 0,99-1,00	0,99 0,97-1,01	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,78-1,08	1,05 0,66-1,69	kf	kf
Komorbidität ³	1,09*** 1,04-1,14	1,13 0,98-1,29	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,33** 0,17-0,64	0,15* 0,03-0,75	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44*** 0,36-0,53	0,06*** 0,03-0,11	kf	kf

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 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,29*** -0,42...-0,15	-16,73*** -17,85...-15,61	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,76** 0,64...0,91	0,81*** 0,79...0,83	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76** 0,64-0,91	0,81*** 0,79-0,83	kf	kf
Gruppe	1,06 0,90-1,24	0,68* 0,46-0,99	kf	kf
Zeit	1,72*** 1,52-1,94	2,91*** 2,86-2,96	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,25*** 1,10-1,41	4,86*** 3,28-7,21	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,14 0,98-1,32	1,36 0,83-2,23	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,04 0,89-1,21	1,25 0,74-2,10	kf	kf
Psy A ¹	1,56*** 1,37-1,77	3,56*** 2,36-5,38	kf	kf
Psy B ²	0,90 0,78-1,03	0,70 0,43-1,14	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,03*** 1,01-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,84-1,05	1,05 0,73-1,51	kf	kf
Komorbidität ³	1,03* 1,00-1,06	1,03 0,94-1,14	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,50** 0,33-0,75	0,11*** 0,04-0,33	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,60*** 0,53-0,69	0,13*** 0,09-0,21	kf	kf

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 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr

	Indexdiag- nose, Tage AU
DiD-Schätzer, 1. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-11,44*** -12,52...-10,36
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-17,75*** -18,83...-16,67
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-17,29*** -18,26...-16,32
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,85*** 0,83...0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,81*** 0,79...0,83
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,81*** 0,79...0,83
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,85*** 0,83-0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,81*** 0,79-0,83
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,81*** 0,79-0,83

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

	Indexdiag- nose, Tage AU
Gruppe	0,84 0,61-1,14
Zeit	2,60*** 2,56-2,64
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,92*** 3,15-4,86
Indexgruppe 9 (F43)	0,84 0,65-1,09
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,32 0,99-1,75
Psy A ¹	2,88*** 2,29-3,60
Psy B ²	1,08 0,83-1,40
Alter	1,02*** 1,02-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,96-1,42
Komorbidität ³	1,02 0,97-1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26*** 0,13-0,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,17*** 0,14-0,22
2. vs. 1.Jahr	0,87 0,62-1,22
3. vs. 1.Jahr	0,79 0,58-1,09

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikeue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,78 0,57-1,06	0,88*** 0,86-0,91
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,30 0,83-2,03	1,00 0,97-1,03
Index- gruppe 9 (F43)	1,14 0,83-1,56	0,88*** 0,86-0,90
Index- gruppe 11 (F40-F48)	0,94 0,63-1,42	1,29*** 1,25-1,33
Psy A ¹	1,29 0,92-1,81	1,27*** 1,24-1,30
Psy B ²	1,13 0,79-1,60	0,82*** 0,80-0,84
Alter	0,99 0,98-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,67-1,19	0,82*** 0,80-0,84
Komorbidität ³	1,09* 1,02-1,16	1,00* 1,00-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24 0,61-2,52	0,71*** 0,67-0,75
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,35* 1,02-1,80	0,88*** 0,86-0,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,68* 0,51-0,93	1,07*** 1,04-1,09

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,58** 0,39-0,85	1,00 0,98-1,03
Index- gruppe 7 (F20-F29)	0,86 0,47-1,58	0,91*** 0,87-0,95
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,70 0,42-1,17	0,88*** 0,85-0,91
Index- gruppe 16 (F90-F98)	0,42 0,16-1,08	1,12** 1,04-1,20
Psy A ¹	0,69 0,36-1,30	1,06* 1,01-1,11
Psy B ²	2,10** 1,34-3,28	1,12*** 1,08-1,16
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,47*** 0,32-0,70	0,90*** 0,87-0,92
Komorbidität ³	1,15** 1,04-1,27	1,02*** 1,02-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,33* 0,13-0,87	0,67*** 0,62-0,73
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34 0,89-2,01	1,10*** 1,07-1,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91 0,61-1,34	1,21*** 1,18-1,24

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	1,02 0,72-1,44	0,94*** 0,92-0,96
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,91 0,66-1,27	0,97* 0,95-0,99
Index- gruppe 9 (F43)	0,75 0,46-1,20	0,96 0,93-1,00
Index- gruppe 11 (F40-F48)	0,85 0,54-1,33	1,10*** 1,06-1,13
Psy A ¹	1,53* 1,06-2,19	0,84*** 0,81-0,86
Psy B ²	0,71 0,48-1,04	1,02 0,99-1,05
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,34 0,98-1,84	1,00 0,98-1,03
Komorbidität ³	1,08* 1,01-1,16	1,03*** 1,03-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,70 0,36-1,37	1,03 0,98-1,08
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,72-1,34	0,91*** 0,89-0,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55*** 0,39-0,77	1,10*** 1,07-1,13

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,04 -0,27...0,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,91...1,07
DiD-Schätzer	0,98 0,91-1,06
Gruppe	1,01 0,93-1,09
Zeit	1,22*** 1,16-1,30
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,31*** 1,18-1,45
Indexgruppe 9 (F43)	1,08* 1,01-1,16
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,99 0,91-1,07
Psy A ¹	1,12** 1,04-1,20
Psy B ²	1,27*** 1,18-1,38
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,94-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28** 1,11-1,48
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19*** 1,12-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,95-1,09

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,19 -0,45...0,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,94 0,87...1,02
DiD-Schätzer	0,94 0,87-1,02
Gruppe	1,07 0,99-1,15
Zeit	1,08* 1,01-1,14
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,02 0,92-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,93-1,09
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,77*** 0,69-0,85
Psy A ¹	1,14** 1,03-1,25
Psy B ²	1,20*** 1,12-1,29
Alter	1,01*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,93-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,25*** 1,12-1,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19*** 1,11-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89** 0,82-0,97

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,04 -0,26...0,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,00 0,93...1,07
DiD-Schätzer	1,00 0,93-1,07
Gruppe	0,99 0,92-1,06
Zeit	1,18*** 1,12-1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,99-1,11
Indexgruppe 9 (F43)	0,98 0,91-1,06
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,94 0,87-1,02
Psy A ¹	1,19*** 1,12-1,27
Psy B ²	1,15*** 1,07-1,24
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,07* 1,01-1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17** 1,06-1,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21*** 1,14-1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,95-1,08

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 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,32 0,56-3,08
Psy A ¹	0,53 0,16-1,70
Psy B ²	1,15 0,31-4,23
Alter	1,10*** 1,06-1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,66 0,28-1,55
Komorbidität ³	1,07 0,95-1,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,30 0,07-1,34
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,01 0,43-2,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,71 0,30-1,68

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,21 0,57-2,59
Psy A ¹	0,72 0,28-1,86
Psy B ²	0,71 0,29-1,78
Alter	1,12*** 1,09-1,16
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,37-2,12
Komorbidität ³	1,03 0,90-1,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,04** 0,01-0,33
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,32 0,60-2,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,32-2,35

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinisch neu und klinisch bekannt)

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,99 0,51-1,89
Psy A ¹	0,54 0,26-1,14
Psy B ²	1,09 0,43-2,78
Alter	1,11*** 1,08-1,14
Geschlecht (m vs. w)	0,55 0,29-1,07
Komorbidität ³	1,09 0,99-1,20
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,31** 0,14-0,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,44 0,74-2,80
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,40** 0,21-0,77

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,70 0,46-1,08	kf	1,16 0,82-1,64
Psy A ¹	1,10 0,70-1,73	kf	0,57** 0,38-0,86
Psy B ²	0,57 0,32-1,03	kf	1,34 0,81-2,22
Alter	0,99 0,98-1,01	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,32 0,86-2,02	kf	0,79 0,57-1,10
Komorbidität ³	1,01 0,91-1,12	kf	0,80*** 0,72-0,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26 0,04-1,97	kf	0,87 0,32-2,32
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,51 0,99-2,30	kf	1,15 0,82-1,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,26 0,77-2,05	kf	0,55** 0,38-0,79

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 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf	kf
Psy B ²	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,47*** 0,33-0,67	kf	1,19 0,86-1,65
Psy A ¹	0,93 0,66-1,32	kf	1,00 0,71-1,40
Psy B ²	0,59* 0,37-0,93	kf	0,76 0,48-1,21
Alter	0,99 0,98-1,00	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,30 0,94-1,80	kf	0,72* 0,53-0,97
Komorbidität ³	1,09* 1,01-1,16	kf	0,81*** 0,74-0,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,48 0,23-1,00	kf	0,92 0,47-1,80
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,57** 1,14-2,17	kf	0,84 0,62-1,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,76 0,54-1,08	kf	0,71 0,50-1,01

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	<u>Alkoholabhängig-</u> <u>keit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,11 0,88-1,40	1,10 0,79-1,55	1,65 0,76-3,58	1,76 0,37-8,42	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02*** 1,01-1,02	0,99 0,98-1,00	1,02 0,99-1,05	1,03 0,96-1,09	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,35* 1,07-1,70	1,46* 1,04-2,03	0,92 0,42-2,00	0,71 0,15-3,36	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,06* 1,00-1,13	0,97 0,90-1,05	1,05 0,86-1,28	1,64 0,95-2,85	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,79 0,40-1,56	0,30 0,07-1,31	2,83 0,36-22,11	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,33* 1,06-1,66	1,58** 1,14-2,19	1,15 0,53-2,48	5,92 0,96-36,62	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,78 0,59-1,02	0,83 0,58-1,19	1,33 0,62-2,86	4,66 0,80-27,18	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	<u>Alkoholabhängig-</u> <u>keit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,91 0,68-1,24	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01* 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,21 0,92-1,60	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	0,99 0,92-1,06	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,70 0,83-3,47	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,03 0,79-1,35	kf	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,08 0,77-1,50	kf	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)

Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)

Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (klinikneue und klinikbekannte Patienten zusammen)

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	12.2016 - 11.2017	12.2016 - 11.2017
Alle Patienten (n)	3.039	27.370
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ² <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) 	24,2 %	52,0 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	6,5	13,5
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	2.051	14.845
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	1.062 55,0	9.986 60,7

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)

⁴ 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.

14.5 Ergebnisse Kosten

14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	800	799	768	748	762	762	746	708
durchschnittliche Kosten	2.571,54 €	2.976,27 €	2.417,28 €	2.666,95 €	2.895,36 €	2.595,40 €	2.413,51 €	2.713,88 €
Standardabweichung	6.335,44 €	8.217,13 €	5.418,98 €	8.177,89 €	7.905,79 €	6.655,99 €	5.888,00 €	11.656,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	298,84 €	275,40 €	258,94 €	157,77 €	296,99 €	257,72 €	244,57 €	147,11 €
Median	763,57 €	769,98 €	711,62 €	548,92 €	859,19 €	652,55 €	657,56 €	469,05 €
75%-Perzentil	2.550,16 €	2.765,79 €	2.176,26 €	2.360,95 €	2.623,59 €	2.092,90 €	2.282,98 €	1.910,62 €
Maximum	107.302,64 €	122.406,88 €	81.854,37 €	113.091,26 €	115.004,24 €	109.710,99 €	91.087,97 €	253.779,82 €

Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	696	686	667	652	689	683	668	657
durchschnittliche Kosten	2.271,30 €	2.678,92 €	2.763,46 €	3.011,03 €	1.955,98 €	2.428,62 €	2.440,57 €	2.384,52 €
Standardabweichung	5.350,59 €	6.492,23 €	7.499,26 €	9.301,39 €	3.845,34 €	6.154,52 €	6.650,17 €	6.033,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	296,67 €	263,97 €	289,10 €	235,17 €	283,03 €	250,28 €	255,71 €	235,18 €
Median	745,47 €	686,34 €	697,26 €	701,23 €	696,95 €	597,23 €	687,09 €	648,28 €
75%-Perzentil	2.249,04 €	1.997,22 €	2.260,49 €	2.212,42 €	2.028,89 €	2.125,85 €	1.979,88 €	2.097,53 €
Maximum	77.139,33 €	74.207,99 €	101.757,74 €	126.801,57 €	48.106,66 €	77.036,24 €	99.127,08 €	81.860,55 €

Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	214	205	166	168	239	193	177	160
durchschnittliche Kosten	1.307,05 €	1.644,65 €	1.100,84 €	1.298,78 €	1.766,94 €	1.429,22 €	1.153,21 €	1.680,40 €
Standardabweichung	4.329,09 €	5.999,28 €	3.586,99 €	5.793,46 €	7.050,68 €	5.695,77 €	3.474,06 €	10.257,40 €
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	713,74 €	663,95 €	0,00 €	0,00 €	1.538,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	80.650,29 €	99.494,12 €	42.390,69 €	107.268,70 €	106.908,07 €	108.645,79 €	39.777,73 €	234.917,68 €

Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	170	152	151	141	174	153	147	160
durchschnittliche Kosten	1.083,94 €	1.288,59 €	1.444,08 €	1.793,22 €	865,92 €	1.260,70 €	1.189,99 €	1.251,96 €
Standardabweichung	4.005,93 €	3.733,28 €	5.548,99 €	8.513,64 €	2.216,08 €	4.648,42 €	4.089,81 €	4.555,28 €
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	76.772,37 €	34.935,77 €	76.321,84 €	125.433,24 €	17.523,89 €	75.550,66 €	54.993,97 €	63.028,53 €

Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	3,54 €	1,65 €	0,00 €	0,53 €	2,43 €	0,58 €	6,76 €	1,09 €
Standardabweichung	72,59 €	47,03 €	0,00 €	14,80 €	55,31 €	16,27 €	187,16 €	29,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.985,90 €	1.338,38 €	0,00 €	415,99 €	1.490,13 €	453,76 €	5.180,03 €	821,24 €

Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	3,13 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	36,83 €	37,89 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	81,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	962,65 €	985,15 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	2.140,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	25.158,13 €	25.613,91 €

Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	69	86	87	93	36	43	45	44
durchschnittliche Kosten	26,83 €	41,50 €	51,85 €	101,23 €	15,36 €	26,10 €	21,60 €	19,45 €
Standardabweichung	191,80 €	228,05 €	298,17 €	458,66 €	133,62 €	242,03 €	184,68 €	128,53 €
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	3.359,27 €	3.070,80 €	3.227,14 €	4.661,00 €	2.409,96 €	4.523,97 €	3.474,30 €	2.257,35 €

Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	70	74	70	82	25	19	23	21
durchschnittliche Kosten	51,67 €	45,07 €	79,93 €	89,63 €	15,17 €	9,26 €	12,80 €	10,98 €
Standardabweichung	317,92 €	239,46 €	453,66 €	462,87 €	116,47 €	100,79 €	95,34 €	91,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.162,65 €	2.836,28 €	5.457,01 €	5.085,74 €	2.009,66 €	2.252,54 €	1.439,27 €	1.646,38 €

Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	797	792	763	702	761	758	742	675
durchschnittliche Kosten	537,68 €	495,18 €	501,83 €	291,18 €	534,12 €	489,36 €	490,97 €	277,71 €
Standardabweichung	507,94 €	462,63 €	506,92 €	366,63 €	520,61 €	510,21 €	470,31 €	374,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	199,14 €	171,72 €	167,43 €	51,02 €	180,29 €	173,89 €	178,46 €	47,75 €
Median	396,57 €	365,88 €	347,62 €	170,23 €	384,86 €	347,63 €	351,95 €	153,58 €
75%-Perzentil	709,49 €	689,07 €	697,25 €	399,88 €	709,27 €	639,55 €	636,28 €	378,51 €
Maximum	4.369,07 €	4.281,00 €	4.733,62 €	2.681,60 €	4.071,75 €	5.538,47 €	3.595,71 €	3.509,39 €

Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	693	682	662	634	685	683	665	643
durchschnittliche Kosten	505,51 €	509,12 €	510,54 €	428,99 €	466,92 €	478,61 €	467,87 €	400,35 €
Standardabweichung	565,23 €	681,69 €	617,44 €	461,72 €	483,47 €	505,24 €	460,33 €	434,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	188,18 €	172,21 €	184,93 €	115,18 €	184,04 €	161,38 €	175,95 €	132,01 €
Median	363,64 €	338,75 €	355,46 €	288,54 €	322,19 €	327,05 €	346,09 €	280,67 €
75%-Perzentil	650,41 €	661,43 €	656,62 €	606,29 €	587,35 €	616,72 €	640,96 €	530,21 €
Maximum	8.933,12 €	12.706,32 €	9.920,65 €	3.435,77 €	5.923,12 €	5.058,97 €	5.322,34 €	4.521,46 €

Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	688	676	668	661	675	670	628	631
durchschnittliche Kosten	611,33 €	710,13 €	669,18 €	843,63 €	508,66 €	575,97 €	658,90 €	618,42 €
Standardabweichung	3.938,03 €	4.722,35 €	3.415,69 €	4.985,30 €	2.515,74 €	2.604,71 €	3.954,62 €	3.264,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,50 €	24,15 €	25,03 €	24,59 €	29,30 €	25,08 €	17,26 €	25,94 €
Median	108,43 €	112,72 €	111,09 €	113,10 €	105,20 €	98,06 €	105,75 €	113,74 €
75%-Perzentil	338,58 €	362,45 €	351,95 €	359,53 €	325,11 €	319,77 €	349,82 €	340,56 €
Maximum	96.374,24 €	98.897,04 €	71.346,82 €	105.814,95 €	57.471,44 €	40.344,72 €	88.559,44 €	68.597,45 €

Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	608	599	591	570	621	598	591	588
durchschnittliche Kosten	554,71 €	754,50 €	632,67 €	574,72 €	545,23 €	623,75 €	670,45 €	606,77 €
Standardabweichung	2.516,79 €	4.276,35 €	2.639,28 €	2.031,85 €	2.418,15 €	3.523,00 €	3.479,89 €	2.275,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	27,33 €	28,28 €	30,41 €	29,15 €	28,23 €	25,45 €	28,68 €	30,64 €
Median	107,85 €	101,84 €	113,73 €	118,30 €	104,55 €	107,01 €	121,12 €	114,64 €
75%-Perzentil	342,55 €	345,29 €	347,27 €	343,66 €	352,20 €	351,54 €	357,66 €	390,37 €
Maximum	43.196,41 €	66.935,59 €	44.230,91 €	34.714,96 €	40.957,88 €	69.193,59 €	56.846,63 €	37.701,37 €

Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	810	810	798	790	778	778	766	755
N mit Fall	154	191	177	171	168	153	147	175
durchschnittliche Kosten	85,11 €	83,16 €	93,58 €	131,59 €	67,85 €	74,16 €	82,07 €	116,81 €
Standardabweichung	341,17 €	294,57 €	402,20 €	494,74 €	295,30 €	331,69 €	349,90 €	489,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.516,86 €	3.894,16 €	7.262,60 €	6.523,65 €	5.861,42 €	5.209,61 €	4.975,46 €	6.660,25 €

Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	700	700	685	675	698	698	683	676
N mit Fall	129	123	145	147	111	124	126	122
durchschnittliche Kosten	75,47 €	81,64 €	93,10 €	124,47 €	62,74 €	56,30 €	62,63 €	76,57 €
Standardabweichung	315,57 €	296,37 €	345,53 €	482,79 €	293,49 €	243,37 €	302,01 €	347,09 €
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	3.982,74 €	3.096,96 €	4.497,18 €	5.627,40 €	5.384,76 €	4.640,22 €	6.320,75 €	5.773,81 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	940	939	940	940						
N mit Fall	916	912	920	911						
durchschnittliche Kosten	3.024,82 €	2.700,71 €	3.124,10 €	2.795,70 €	-99,28 €	0,812	-94,99 €	0,76	4,28 €	0,997
Standardabweichung	10.044,59 €	6.080,25 €	7.918,01 €	7.331,84 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	301,99 €	175,32 €	332,87 €	154,10 €						
Median	847,34 €	603,22 €	857,90 €	502,24 €						
75%-Perzentil	2.767,91 €	2.882,49 €	2.939,47 €	2.396,56 €						
Maximum	224.404,62 €	100.355,44 €	103.565,58 €	81.188,73 €						

Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	940	939	940	940						
N mit Fall	254	243	276	242						
durchschnittliche Kosten	1.547,59 €	1.505,94 €	1.619,28 €	1.539,85 €	-71,69 €	0,779	-33,91 €	0,875	37,78 €	0,901
Standardabweichung	6.268,66 €	4.319,18 €	4.705,56 €	4.988,02 €						
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	802,77 €	769,36 €	1.489,99 €	787,19 €						
Maximum	151.918,67 €	63.395,34 €	63.602,11 €	66.363,60 €						

Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	940	939	940	940						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,34 €	44,51 €	110,69 €	-44,51 €	0,113	-110,35 €	0,114	-65,84 €	0,193
Standardabweichung	0,00 €	10,28 €	859,30 €	2.141,43 €						
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 €	314,92 €	24.845,09 €	46.389,49 €						

Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	940	939	940	940						
N mit Fall	95	125	52	53						
durchschnittliche Kosten	31,74 €	97,03 €	11,67 €	33,19 €	20,07 €	0,002	63,84 €	0	43,77 €	0,004
Standardabweichung	182,30 €	418,67 €	70,98 €	270,48 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.635,77 €	3.682,25 €	856,29 €	6.113,69 €						

Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	940	939	940	940						
N mit Fall	906	864	911	856						
durchschnittliche Kosten	539,80 €	299,28 €	541,30 €	276,90 €	-1,50 €	0,954	22,38 €	0,18	23,88 €	0,328
Standardabweichung	545,25 €	373,36 €	577,38 €	350,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	189,27 €	58,07 €	203,86 €	49,15 €						
Median	393,27 €	179,81 €	391,85 €	160,31 €						
75%-Perzentil	702,81 €	394,16 €	713,79 €	375,98 €						
Maximum	4.806,85 €	3.452,09 €	10.277,33 €	2.905,01 €						

Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	940	939	940	940						
N mit Fall	765	799	819	803						
durchschnittliche Kosten	794,92 €	655,97 €	816,72 €	718,23 €	-21,80 €	0,941	-62,26 €	0,724	-40,46 €	0,81
Standardabweichung	7.517,27 €	3.868,36 €	4.894,18 €	3.759,10 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	22,96 €	25,21 €	29,14 €	26,79 €						
Median	105,58 €	112,23 €	112,80 €	108,38 €						
75%-Perzentil	390,59 €	403,88 €	374,79 €	367,95 €						
Maximum	222.194,88 €	99.293,02 €	91.575,30 €	79.411,76 €						

Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	940	939	940	940						
N mit Fall	210	218	210	201						
durchschnittliche Kosten	110,77 €	142,16 €	90,61 €	116,85 €	20,16 €	0,307	25,31 €	0,317	5,15 €	0,763
Standardabweichung	461,12 €	567,91 €	390,73 €	528,13 €						
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	6.788,18 €	8.393,88 €	5.567,40 €	9.542,50 €						

14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Klinikneue Patienten

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	735	825	747	825						
durchschnittliche Kosten	1.935,73 €	6.243,10 €	1.506,05 €	8.420,56 €	429,68 €	0,076	-2.177,47 €	<0,001	-2.607,15 €	<0,001
Standardabweichung	4.945,28 €	8.126,09 €	4.900,90 €	8.645,32 €						
Minimum	0,00 €	42,00 €	0,00 €	76,55 €						
25%-Perzentil	45,99 €	516,86 €	50,79 €	1.179,89 €						
Median	280,75 €	2.554,02 €	285,09 €	6.614,40 €						
75%-Perzentil	1.339,00 €	9.776,55 €	848,62 €	12.304,08 €						
Maximum	56.054,93 €	50.876,38 €	65.377,35 €	63.250,46 €						

Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	98	316	85	496						
durchschnittliche Kosten	1.053,84 €	4.103,48 €	890,96 €	5.871,51 €	162,88 €	0,451	-1.768,03 €	<0,001	-1.930,91 €	<0,001
Standardabweichung	4.255,97 €	7.147,00 €	4.506,37 €	7.744,72 €						
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 €	2.685,76 €						
75%-Perzentil	0,00 €	6.326,99 €	0,00 €	9.579,84 €						
Maximum	49.758,83 €	39.602,20 €	60.690,42 €	62.633,69 €						

Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	18	129	<10	177						
durchschnittliche Kosten	133,82 €	813,88 €	54,77 €	1.433,28 €	79,05 €	0,059	-619,41 €	0	-698,45 €	<0,001
Standardabweichung	1.062,87 €	2.364,08 €	558,16 €	3.271,42 €						
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	17.911,60 €	20.739,91 €	8.870,79 €	20.885,16 €						

Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	107	751	51	541						
durchschnittliche Kosten	48,78 €	285,17 €	24,59 €	240,95 €	24,19 €	0,002	44,22 €	0,004	20,04 €	0,187
Standardabweichung	176,35 €	298,22 €	134,15 €	329,64 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	126,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	168,74 €	0,00 €	141,06 €						
75%-Perzentil	0,00 €	360,45 €	0,00 €	329,41 €						
Maximum	2.495,31 €	2.619,19 €	1.700,83 €	2.736,12 €						

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	1,01 €	0,71 €	0,00 €	1,38 €	1,01 €	0,178	-0,67 €	0,664	-1,68 €	0,285
Standardabweichung	21,56 €	19,96 €	0,00 €	39,53 €						
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	551,51 €	573,25 €	0,00 €	1.135,27 €						

Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	715	747	732	762						
durchschnittliche Kosten	363,99 €	632,88 €	306,29 €	482,48 €	57,70 €	0,044	150,39 €	0	92,69 €	0,019
Standardabweichung	623,09 €	907,93 €	539,13 €	725,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	28,35 €	42,53 €	28,35 €	40,84 €						
Median	123,59 €	199,36 €	127,68 €	171,19 €						
75%-Perzentil	340,48 €	876,04 €	306,65 €	483,34 €						
Maximum	3.849,49 €	4.810,23 €	6.568,47 €	4.296,13 €						

Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	502	581	527	649						
durchschnittliche Kosten	320,84 €	381,30 €	217,01 €	356,95 €	103,83 €	0,023	24,36 €	0,606	-79,47 €	0,032
Standardabweichung	1.109,37 €	1.150,43 €	703,97 €	715,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15,34 €						
Median	32,78 €	95,70 €	40,45 €	137,96 €						
75%-Perzentil	201,92 €	398,08 €	173,45 €	410,94 €						
Maximum	18.567,72 €	26.401,10 €	13.616,60 €	12.337,80 €						

Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	18	30	18	44						
durchschnittliche Kosten	13,45 €	25,68 €	12,42 €	34,02 €	1,03 €	0,881	-8,34 €	0,356	-9,37 €	0,341
Standardabweichung	146,44 €	170,64 €	133,23 €	195,54 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.957,40 €	2.191,68 €	3.219,89 €	3.490,72 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	712	721	716	721						
durchschnittliche Kosten	4.496,89 €	4.968,95 €	4.984,32 €	5.852,41 €	-487,43 €	0,185	-883,46 €	0,031	-396,03 €	0,373
Standardabweichung	6.872,93 €	7.545,31 €	7.087,10 €	8.001,89 €						
Minimum	0,00 €	28,04 €	0,00 €	105,15 €						
25%-Perzentil	683,37 €	768,05 €	794,41 €	992,10 €						
Median	1.519,90 €	1.871,18 €	1.859,42 €	2.190,27 €						
75%-Perzentil	5.034,26 €	6.519,19 €	6.444,59 €	7.716,94 €						
Maximum	56.003,18 €	72.287,23 €	48.266,17 €	52.461,17 €						

Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	171	183	193	225						
durchschnittliche Kosten	2.524,22 €	2.852,91 €	2.750,77 €	3.529,87 €	-226,54 €	0,495	-676,96 €	0,07	-450,42 €	0,274
Standardabweichung	6.218,27 €	6.940,93 €	6.381,58 €	7.226,36 €						
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 €	662,48 €	653,83 €	3.596,49 €						
Maximum	54.159,48 €	70.837,49 €	44.626,31 €	44.734,07 €						

Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	59	61	71	73						
durchschnittliche Kosten	366,88 €	501,69 €	589,99 €	579,42 €	-223,10 €	0,025	-77,73 €	0,461	145,37 €	0,31
Standardabweichung	1.541,99 €	2.014,90 €	2.171,77 €	1.986,88 €						
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	10.753,50 €	22.624,53 €	18.170,21 €	12.155,47 €						

Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	618	678	570	619						
durchschnittliche Kosten	426,37 €	377,21 €	428,15 €	542,25 €	-1,78 €	0,932	-165,04 €	<0,001	-163,26 €	<0,001
Standardabweichung	366,78 €	351,63 €	420,66 €	406,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	151,78 €	167,43 €	125,97 €	214,77 €						
Median	398,98 €	284,58 €	401,88 €	572,97 €						
75%-Perzentil	584,85 €	487,80 €	620,29 €	759,22 €						
Maximum	2.886,77 €	2.597,35 €	4.496,86 €	3.697,88 €						

Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,26 €	0,318	0,00 €		-0,26 €	0,318
Standardabweichung	7,05 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	189,18 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	667	662	638	628						
durchschnittliche Kosten	346,78 €	407,76 €	307,83 €	304,13 €	38,95 €	0,214	103,63 €	0,004	64,68 €	0,062
Standardabweichung	644,45 €	776,58 €	541,46 €	564,46 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	34,67 €	31,12 €	26,66 €	23,49 €						
Median	96,53 €	97,87 €	79,06 €	70,98 €						
75%-Perzentil	301,10 €	309,89 €	278,25 €	276,72 €						
Maximum	6.149,57 €	6.568,88 €	3.464,82 €	3.235,27 €						

Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	619	636	630	643						
durchschnittliche Kosten	804,80 €	800,02 €	825,55 €	829,04 €	-20,75 €	0,795	-29,02 €	0,697	-8,27 €	0,854
Standardabweichung	1.425,39 €	1.314,14 €	1.596,45 €	1.507,67 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	68,41 €	89,86 €	82,59 €	94,94 €						
Median	286,58 €	345,66 €	287,47 €	334,33 €						
75%-Perzentil	878,79 €	989,67 €	863,10 €	948,99 €						
Maximum	12.214,94 €	10.746,36 €	15.381,91 €	14.063,75 €						

Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	22	29	57	56						
durchschnittliche Kosten	27,56 €	29,36 €	82,03 €	67,69 €	-54,47 €	0,008	-38,34 €	0,003	16,13 €	0,391
Standardabweichung	214,36 €	169,29 €	503,88 €	303,49 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.530,28 €	1.553,12 €	7.874,20 €	3.384,62 €						

14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	815	812	805	808						
durchschnittliche Kosten	2.554,69 €	2.942,25 €	2.823,16 €	2.549,81 €	-268,47 €	0,439	392,44 €	0,279	660,91 €	0,048
Standardabweichung	6.292,28 €	8.147,46 €	7.721,23 €	6.494,46 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	298,76 €	274,01 €	293,82 €	255,93 €						
Median	763,26 €	769,54 €	804,05 €	643,65 €						
75%-Perzentil	2.541,49 €	2.731,20 €	2.579,70 €	2.103,27 €						
Maximum	107.302,64 €	122.406,88 €	115.004,24 €	109.710,99 €						

Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	217	206	249	207						
durchschnittliche Kosten	1.300,14 €	1.618,50 €	1.707,23 €	1.410,38 €	-407,09 €	0,149	208,12 €	0,463	615,20 €	0,043
Standardabweichung	4.304,72 €	5.948,45 €	6.864,32 €	5.553,97 €						
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	713,57 €	0,00 €	1.487,00 €	307,98 €						
Maximum	80.650,29 €	99.494,12 €	106.908,07 €	108.645,79 €						

Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	3,48 €	1,62 €	2,29 €	0,55 €	1,18 €	0,705	1,07 €	0,531	-0,11 €	0,973
Standardabweichung	71,93 €	46,60 €	53,72 €	15,80 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.985,90 €	1.338,38 €	1.490,13 €	453,76 €						

Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	70	87	36	44						
durchschnittliche Kosten	26,46 €	43,41 €	14,49 €	25,26 €	11,97 €	0,135	18,15 €	0,12	6,18 €	0,613
Standardabweichung	190,09 €	238,25 €	129,80 €	235,77 €						
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	3.359,27 €	3.070,80 €	2.409,96 €	4.523,97 €						

Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	812	805	804	804						
durchschnittliche Kosten	535,47 €	492,91 €	529,77 €	484,55 €	5,70 €	0,822	8,36 €	0,725	2,66 €	0,91
Standardabweichung	505,31 €	460,43 €	520,74 €	504,79 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	196,51 €	170,35 €	179,83 €	166,89 €						
Median	396,12 €	366,14 €	377,70 €	338,99 €						
75%-Perzentil	709,03 €	687,03 €	698,23 €	637,66 €						
Maximum	4.369,07 €	4.281,00 €	4.071,75 €	5.538,47 €						

Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	700	688	712	710						
durchschnittliche Kosten	604,73 €	704,04 €	502,23 €	556,66 €	102,50 €	0,524	147,37 €	0,427	44,87 €	0,714
Standardabweichung	3.902,75 €	4.680,27 €	2.477,20 €	2.536,20 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	24,76 €	22,37 €	29,00 €	25,08 €						
Median	106,12 €	109,09 €	103,55 €	96,37 €						
75%-Perzentil	338,41 €	356,50 €	311,40 €	314,07 €						
Maximum	96.374,24 €	98.897,04 €	57.471,44 €	40.344,72 €						

Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	825	825	825	825						
N mit Fall	155	192	175	162						
durchschnittliche Kosten	84,41 €	81,77 €	67,15 €	72,41 €	17,26 €	0,266	9,36 €	0,537	-7,90 €	0,416
Standardabweichung	338,90 €	292,07 €	290,08 €	323,34 €						
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	4.516,86 €	3.894,16 €	5.861,42 €	5.209,61 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	717	705	712	706						
durchschnittliche Kosten	2.250,33 €	2.652,45 €	1.959,52 €	2.412,17 €	290,81 €	0,233	240,28 €	0,466	-50,53 €	0,868
Standardabweichung	5.291,49 €	6.412,44 €	3.843,39 €	6.083,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	296,97 €	266,15 €	272,96 €	242,88 €						
Median	746,06 €	686,72 €	694,60 €	596,47 €						
75%-Perzentil	2.220,59 €	1.992,60 €	2.030,12 €	2.109,18 €						
Maximum	77.139,33 €	74.207,99 €	48.106,66 €	77.036,24 €						

Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	175	159	179	158						
durchschnittliche Kosten	1.071,17 €	1.276,50 €	869,35 €	1.253,71 €	201,83 €	0,233	22,78 €	0,917	-179,04 €	0,461
Standardabweichung	3.957,42 €	3.687,75 €	2.221,84 €	4.594,05 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	76.772,37 €	34.935,77 €	17.523,89 €	75.550,66 €						

Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €		0,00 €	
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	71	77	26	20						
durchschnittliche Kosten	50,24 €	46,91 €	15,13 €	9,12 €	35,10 €	0,005	37,79 €	0	2,69 €	0,821
Standardabweichung	313,36 €	246,78 €	115,20 €	99,25 €						
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	4.162,65 €	2.836,28 €	2.009,66 €	2.252,54 €						

Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	714	701	708	706						
durchschnittliche Kosten	506,65 €	507,87 €	465,00 €	476,16 €	41,65 €	0,13	31,71 €	0,311	-9,95 €	0,663
Standardabweichung	562,50 €	674,60 €	478,78 €	500,47 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	184,64 €	172,76 €	182,47 €	160,13 €						
Median	364,37 €	340,84 €	323,08 €	326,64 €						
75%-Perzentil	653,37 €	663,04 €	591,72 €	626,94 €						
Maximum	8.933,12 €	12.706,32 €	5.923,12 €	5.058,97 €						

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	626	615	642	617						
durchschnittliche Kosten	546,46 €	739,55 €	548,34 €	617,95 €	-1,88 €	0,988	121,60 €	0,55	123,48 €	0,464
Standardabweichung	2.482,48 €	4.215,99 €	2.395,58 €	3.471,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	27,68 €	28,20 €	28,21 €	25,00 €						
Median	106,16 €	101,70 €	104,49 €	107,05 €						
75%-Perzentil	333,43 €	330,73 €	354,84 €	351,97 €						
Maximum	43.196,41 €	66.935,59 €	40.957,88 €	69.193,59 €						

Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	721	721	721	721						
N mit Fall	132	124	116	127						
durchschnittliche Kosten	75,80 €	81,63 €	61,70 €	55,23 €	14,11 €	0,376	26,40 €	0,064	12,30 €	0,145
Standardabweichung	315,24 €	298,57 €	289,09 €	239,81 €						
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	3.982,74 €	3.096,96 €	5.384,76 €	4.640,22 €						

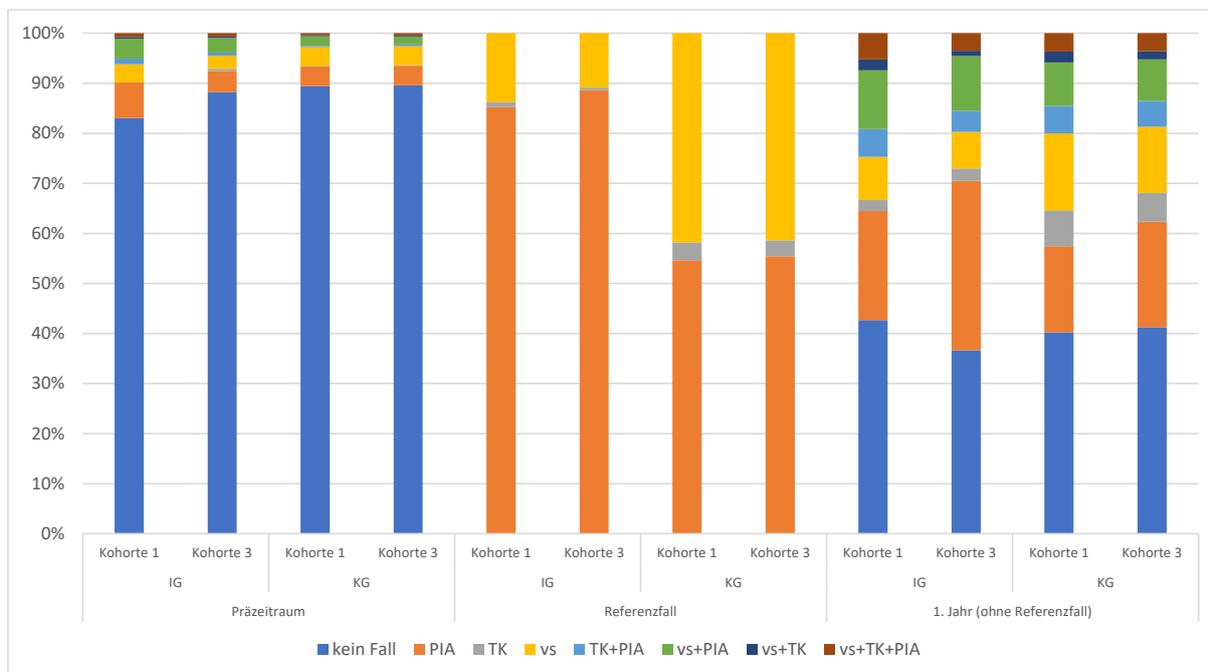
14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungssetting	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	6	6	3	4					43	33	30	34
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	3	3	2	2					18	10	18	15
vs+PIA	33	27	16	15					97	103	72	78
vs+HT												
TK+PIA	9	6	2	3					46	39	45	49
TK+HT												
HT+PIA												
vs	30	25	31	36	113	102	345	389	71	69	127	124
TK		4	1	1	9	5	29	30	18	23	59	54
PIA	59	40	32	37	703	832	451	521	180	318	142	198
HT												
kein Fall	685	829	738	842					352	344	332	388
Gesamtergebnis	825	940	825	940	825	939	825	940	825	939	825	940

(N_{Kontrollkliniken} = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Modellklinik	Kontrollkliniken								
Anzahl Patienten	1478	3577	2674	3640	2723	3510	3162	3473	3149	3312
Anzahl Fälle	3840	9805	5602	9918	5999	9479	6964	9228	7138	8749
Ausgaben	4.572.614 €	16.073.603 €	7.586.019 €	15.443.156 €	7.786.763 €	15.288.199 €	8.254.105 €	14.904.185 €	7.695.912 €	13.618.029 €
Ausgaben je Patient	3.094 €	4.493 €	2.837 €	4.243 €	2.860 €	4.356 €	2.610 €	4.292 €	2.444 €	4.112 €
Ausgaben je Fall	1.191 €	1.639 €	1.354 €	1.557 €	1.298 €	1.613 €	1.185 €	1.615 €	1.078 €	1.557 €

Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Modellklinik	Kontrollkliniken								
Anzahl Patienten	367	1503	607	1440	612	1371	575	1364	563	1226
Anzahl Fälle	530	2218	724	2031	746	1850	726	1800	715	1625
Ausgaben	3.595.067 €	13.016.322 €	5.899.078 €	12.252.777 €	5.962.218 €	12.102.798 €	6.274.376 €	11.754.456 €	5.629.449 €	10.597.630 €
Ausgaben je vs Patient	9.796 €	8.663 €	9.718 €	8.512 €	9.742 €	8.826 €	10.912 €	8.620 €	9.999 €	8.648 €
Ausgaben je Fall	6.783 €	5.870 €	8.148 €	6.032 €	7.992 €	6.543 €	8.642 €	6.532 €	7.873 €	6.520 €

Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Modellklinik	Kontrollkliniken								
Anzahl Patienten	99	333	205	320	214	303	198	298	192	267
Anzahl Fälle	112	383	222	351	225	327	208	318	208	285
Ausgaben	405.306 €	1.805.773 €	1.036.090 €	1.869.633 €	1.075.856 €	1.884.328 €	1.074.853 €	1.830.698 €	1.004.939 €	1.723.249 €
Ausgaben je vs Patient	4.094 €	5.426 €	5.054 €	5.844 €	5.027 €	6.215 €	5.429 €	6.143 €	5.234 €	6.444 €
Ausgaben je Fall	3.619 €	4.719 €	4.667 €	5.325 €	4.782 €	5.764 €	5.168 €	5.750 €	4.831 €	6.049 €

Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Modellklinik	Kontrollkliniken								
Anzahl Patienten	1381	2610	2436	2713	2489	2611	2959	2540	3012	2478
Anzahl Fälle	3198	7204	4656	7536	5028	7303	6030	7110	6215	6838
Ausgaben	572.240 €	1.251.508 €	650.851 €	1.320.746 €	748.689 €	1.301.073 €	904.876 €	1.319.031 €	1.061.523 €	1.297.150 €
Ausgaben je vs Patient	414 €	480 €	267 €	487 €	301 €	498 €	306 €	519 €	352 €	523 €
Ausgaben je Fall	179 €	174 €	140 €	175 €	149 €	178 €	150 €	186 €	171 €	190 €

14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.935,73 €		825	6.243,10 €		825	4.307,36 €	
	KG	1.506,05 €		825	8.420,56 €		825	6.914,51 €	
	Diff (IG - KG)	429,68 €	0,076		-2.177,47 €	0,000		-2.607,15 €	0,000
KH-Tage	IG	4,37		825	16,16		825	11,79	
	KG	3,34		825	24,58		825	21,24	
	Diff (IG - KG)	1,02	0,238		-8,42	0,000		-9,45	0,000
ICER (€/d)		275,89							

Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.779,58 €		572	6.103,96 €		572	4.324,38 €	
	KG	1.134,11 €		525	7.843,46 €		525	6.709,35 €	
	Diff (IG - KG)	645,46 €	0,007		-1.739,51 €	0,000		-2.384,97 €	0,000
AU-Tage	IG	37,23		572	85,31		572	48,08	
	KG	33,47		525	91,71		525	58,24	
	Diff (IG - KG)	3,76	0,400		-6,40	0,355		-10,17	0,218
ICER (€/d)		234,51							