

Zwischenbericht

Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 30.06.2021

Autoren:

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

Danksagung

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

⁴ Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

⁵ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	19
2. Hintergrund.....	27
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	27
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	27
5. Methoden	27
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	28
6.1 Patientenmatching	30
8. Darstellung Modellvorhaben Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH.....	33
9. Ergebnisse: Effektivität	34
9.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	35
9.2 Ergebnisse Outcomeparameter	44
9.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	46
9.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	62
9.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	77
9.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	105
9.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	107
9.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten	113
9.2.7 Wiederaufnahmeraten	124
9.2.8 Komorbidität	128
9.2.9 Mortalität.....	132
9.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	137
9.2.11 Leitlinienadhärenz	147
10. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	155
10.1 Patientenmix	155
10.2 Leistungserbringung	162
11. Ergebnisse: Kosten	170
11.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	170
11.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	177
11.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	183
11.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	189

11.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 195	
11.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	201
11.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung	207
11.8	Kosten der Heilmittelversorgung	213
12.	Ergebnisse: Effizienz	219
13.	Diskussion	221
13.1	Hauptergebnisse.....	221
13.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	226
13.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	229
14.	Literatur	231
15.	Anhang.....	232
15.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	232
15.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	261
15.3	Ergebnisse Modellierung	281
15.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 327	
15.5	Ergebnisse Kosten	328
15.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	329
15.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr....	333
15.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	337
15.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	344
15.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	349
15.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 351	
15.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 352	

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 Prä-Zeitraum als auch im ersten Jahr). Analog dazu lassen sich aus dem *Zeithaupteffekt* Aussagen über Unterschiede zwischen dem Prä-Zeitraum 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.

Prä-Zeitraum 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
OPS	- Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	- Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	- Psychiatrische Institutsambulanz
QI	- Qualitätsindikator
RR	- Risk Ratio
SGB	- Sozialgesetzbuch
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 .	50
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	58
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	66
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	74
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	90
Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	101
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	105
Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	106
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	110
Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	111
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	116
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	122
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	124
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	126
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	129
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	131
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	133
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	135
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	140
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	145
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	147
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	153
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	156
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	158
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	160
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	171
Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	172
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	174

Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	178
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	181
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	184
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	187
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	193
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)	196
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)	197
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	199
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	202
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	203
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	205
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	208
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	209
Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	211
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	214

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	215
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	217
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	220
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	261
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	265
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	268
Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	271
Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	273
Abbildung 56: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	274
Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	275
Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	276
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität.....	277
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	278
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	279
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	350

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	31
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken.....	31
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	32
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle	35
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle	38
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	47
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	57
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	63
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	73
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	78
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	97
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	105
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	106
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	108
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	111
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	114
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	121
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	124
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	125
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	128
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	130
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	132
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	135
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	138
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	144
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	148
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	149
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	150
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	152
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	155
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	157
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	160
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)	163
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)	164
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).....	165
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).....	166
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).....	167
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).....	168
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)	172
Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	174
Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	176
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	177
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	179
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	181
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	183
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	185
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	187
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	193
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).....	195
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).....	197

Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	199
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	201
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	203
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	205
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	208
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	209
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	211
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	213
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	215
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	217
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	219
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr	219
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	232
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	234
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	236
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	244
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	250
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	251
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	253
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	255
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	257
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	258
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	259
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	282
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	284
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	286
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	288
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	290

Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	292
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	294
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	300
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	302
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	304
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	307
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	310
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	311
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	314
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	315
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	318
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	321
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	322
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	324
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr	326
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	327
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	329

Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	329
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	329
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	329
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	330
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	330
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	330
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	330
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	331
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	331
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	331
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	331
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	332
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	332
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	334
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	334
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	334
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	335
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	335
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	335
Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	336
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	338
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	338
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	338
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	339

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	339
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	339
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	340
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	340
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	340
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	341
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	341
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	341
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	342
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	342
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	342
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	343
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	344
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	344
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	344
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	345
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	345
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	345
Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	346
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	346
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	346
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	347
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	347
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	347

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	348
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	348
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	349
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	351
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	351
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	351
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	351
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	352
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	352

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 der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2016 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein 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 der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach § 64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu 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 Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH 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, Patientenkontingent 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 Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

Primäre Zielparameter der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Zielparameter 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 Zielparameter 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 Zielparameter - 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 die Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.766 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung waren zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 46 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG im ersten Jahr und war sonst nahezu deckungsgleich. Der Peak war in der IG mit 18,9 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 19,9 vollstationären Tagen (Seite 47 ff.). Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG um 2,3 vollstationäre Tage geringer als in der KG. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer im ersten Modelljahr in der IG höher als in der KG bzw. auch die Zunahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. In der IG nahm der *Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt* bei den linikneuen in der IG stärker als in der KG zu. Bei den linikbekannten war dieser Anteil in der IG zunächst geringer als in der KG und glich sich über den Zeitverlauf an. Die Dauer der teilstationären Aufenthalte war besonders bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr in der IG deutlich gegenüber der KG erhöht (Seite 47 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr wies die IG einen signifikant geringeren Anstieg der Behandlungsdauer von Prä- zum Postzeitraum auf (Seite 57 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 und linikbekannten Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert und auch im Niveau zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war jedoch in der IG um ca. 18,8 AU-Tage höher im Vergleich zur KG (Seite 114 ff.). Weiterhin wiesen Patienten der IG stets mehr AU-Tage im Vergleich zur den Patienten der KG auf. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG um 14,7 AU-Tage dennoch größer. Bei den linikbekannten Patienten waren die Verläufe nahezu identisch. Die IG lag hier jedoch im gesamten Beobachtungszeitraum hinsichtlich der Anzahl an AU-Tagen über dem Niveau der KG (Seite 114 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl AU-Episoden aufgrund von Indexdiagnosen fast identisch. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen in der IG signifikant stärker an als in der KG (Seite 120 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 62 ff.) über die Beobachtungszeit vergleichbare Muster zwischen der IG und der KG. Hier hatten jedoch sowohl linikneue als auch linikbekannte Patienten in der IG über alle Jahre in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) aufgrund Indexdiagnose mehr Kontakte als Patienten der KG, wobei sich dieser Unterschied über den Zeitverlauf annäherte. Weiterhin war in der IG ein stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte als in der KG vom Jahr vor Referenzfall im Vergleich zum Jahr danach ersichtlich. Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar. Die Werte wa-

ren hier jedoch nahezu identisch (sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten, Seite 63 ff.). Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr stieg sowohl bei der IG als auch bei der KG erwartungsgemäß die Inanspruchnahme der PIA vom patientenindividuellen Jahr vor zu dem Jahr nach Referenzfall, wobei der Anstieg der Inanspruchnahme in der IG statistisch signifikant höher als in der KG war. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ähnlich dem aus dem Zeitverlauf, auch hier stieg die Inanspruchnahme in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant stärker als in der KG (Seite 72 ff.).

Bei dem Zielparameter *Behandlungskontinuität* (Seite 77 ff.) zeigten sich sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen im Zeitverlauf und zwischen den Gruppen. Die Parameter *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 107 ff.), *Wiederaufnahme* (Seite 130 ff.), *Komorbidität* (Seite 128 ff.), *Mortalität* (Seite 132 ff.), *Progressionsrate* (Seite 137 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitliniennahe Behandlung)* (Seite 147 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 teurer. Auch im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 2.376,66 € je Patient signifikant höher (IG = 9.452,14 €; KG = 7.075,48 €). Im zweiten Jahr betrug die Differenz 1.967,28 € (IG = 6.225,92 €; KG = 4.258,64 €) und im dritten Jahr 1.833,20 € (IG = 5.448,13 €; KG = 3.614,93 €). Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die signifikant höheren Versorgungskosten in allen Krankenhausbereichen (vollstationär, tagesklinisch sowie PIA) zurückzuführen: bei der vollstationären Versorgung war die IG im ersten Jahr um 942,91 € teurer als die KG, wobei die Anteile der Patienten mit vollstationärem Fall in beiden Gruppen gleich hoch waren. Bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient war die IG ebenfalls um 990,73 € signifikant teurer, wobei in beiden Gruppen etwa gleich viele Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 19 %; KG: 16 %). Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als in der KG: Im ersten Jahr um 289,53 € im zweiten Jahr um 220,88 € je Patient.

Bei den linikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellbar. Während die Kosten der KG zum ersten Nachbeobachtungsjahr nur leicht anstiegen, war der Anstieg in der IG deutlich höher. Somit ergab sich auch eine signifikant höhere Kostendifferenz von 3.227,99 € (IG = 9.131,03 €; KG = 5.903,04 €). Zwar sanken die durchschnittlichen Kosten in beiden Gruppen im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr, die der IG übersteigen jedoch weiterhin signifikant die der KG: im zweiten Jahr um 1.967,28 € und im dritten Nachbeobachtungsjahr um 1.833,20 €. Wie bei den klinikneuen Patienten lagen auch hier die Kosten der IG in den Teilversorgungsbereichen vollstationär, tagesklinisch sowie PIA stets über den Kosten der KG.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG in der Difference-in-Difference-Betrachtung je Patient einen um 2.439,18 € signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Hier waren die Versorgungsbereiche der tagesklinischen sowie der PIA-Versorgung durch signifikant höhere Kostenanstiege vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr gekennzeichnet.

Anders als bei anderen Modellvorhaben, bei denen die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung zwischen IG und KG in der Regel auf vergleichbaren Niveaus lagen, zeigten sich hier über alle Perspektiven hinweg deutlich höhere Kosten der vertragsärztlichen Versorgung, die sich aufgrund der gleichen Patientenanteile über ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten (was ein sich zwischen IG und KG unterscheidendes Angebot nicht ausschließt) erklären lassen. Hierzu muss dieser Bereich jedoch stärker beleuchtet werden.

Kosten-Effektivität

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 2.439,18 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 3,0 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosten-effektivitätsverhältnis von -810,36 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag fielen zusätzlich 810,36 € an psychiatrischen Versorgungskosten je Patient an.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 2.560,23 € je Patient signifikant teurer. Gleichzeitig fielen in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 3,6 zusätzliche Arbeitsunfähigkeitstage an. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 707,25 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag fielen ebenfalls 707,25 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich an. Da in Variante A der Effizienzbetrachtung vollstationäre Tage vermieden wurden, die Kosten aber gestiegen sind, ist die Entscheidung für die Fortführung von der Zahlungsbereitschaft der Kostenträger abhängig.

Diskussion

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH 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. 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.

In diesem Bericht lassen sich zwei Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. (2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte und die Inanspruchnahme teilstationärer Behandlungsangebote können die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer erklären.

Der Peak bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver war. Die kürzere durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ist zudem ein Hinweis, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Für klinikneue Patienten steht einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage eine Erhöhung teilstationärer Behandlungstage und Kontakte in der PIA im ersten patientenindividuellen Jahr gegenüber. Möglicherweise wurde demnach ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert und die Behandlung in der PIA ausgebaut.

Der beobachtete Unterschied längerer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG, besonders im ersten patientenindividuellen Jahr steht zunächst im Widerspruch mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. So gibt es möglicherweise weitere Effekte, welche die AU-Zeiten modifizieren, die in den vorhandenen Sekundärdaten jedoch nicht abgebildet werden konnten. Die Patienten der IG wiesen stets mehr AU-Tage als die Patienten der KG auf. Für diesen Parameter muss 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.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität ersichtlich ist.

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten für die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren deutlich höher als in der KG, was wiederum auf höhere voll- und teilstationäre Kosten zurückzuführen war. Entsprechend müssen die Hypothesen der geringeren voll- und teilstationären Kosten verworfen werden. Ebenso muss die Hypothese der insgesamt geringeren Kosten verworfen werden.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten klinikbekannter Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren deutlich höher als in der KG. Dies war ebenfalls auf die höheren durchschnittlichen Kosten der voll- und teilstationären Behandlung zurückzuführen. Insgesamt muss also auch hier die Hypothese, dass stationäre Kosten gesenkt und damit die Gesamtkosten sinken, verworfen werden.

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelten sich die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der in der IG ebenfalls signifikant stärker gegenüber der KG, was auf die deutlich höheren Kosten der teilstationären Behandlung zurückzuführen war. Die Hypothese der geringeren vollstationären Kosten, durch welche auch die Gesamtkosten sinken, kann an

dieser Stelle nicht bestätigt werden, da die vollstationären Kosten der IG in gleichem Maße wie in der KG stiegen, dies aber durch höhere teilstationäre Kosten überlagert wurde.

Die Hypothese der Verschiebung von Kosten hin zum vertragsärztlichen Bereich kann an dieser Stelle nicht eindeutig bewertet werden, da zwar höhere Kosten in der IG anfielen, diese Differenz aber bereits im Prä-Zeitraum bestand.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von verschiedenen 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 Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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 sowohl vollstationäre Tage 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.

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. Die spezifischen Herausforderungen der Datenaufbereitung bei EVA64 sind zudem in March et al. 2020 (1) beschrieben.

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

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

- AOK Hessen
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016)
- Techniker Krankenkasse
- BKK Werra-Meissner
- BKK Schwenninger
- Knappschaft
- BKK Mobil Oil
- VIActiv Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein und der BKK Basell zum 01.01.2016, der TBK und Brandenburgische BKK zum 01.01.2020)
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Novitas BKK
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK Herkules
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- Actimonda BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
- BKK PwC
- BKK VerbundPlus.

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

- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- IKK classic
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- AOK Plus
- AOK Baden-Württemberg
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BMW BKK
- SKD BKK
- WMF BKK
- BKK Adolf Wuerth GmbH & Co. KG.

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

6.1 Patientenmatching

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

Insgesamt kamen 2.022 Individuen der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 2.022 Patienten verfügten 1.777 Patienten (87,9 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 1.777 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 1.766 Patienten (99,4 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war in der IG bei den klinikneuen Patienten über alle Kohorten hinweg gesamt und einzeln betrachtet sowie bei den klinikbekannten Patienten ab Kohorte 2 signifikant höher als in der KG. Der Anteil vollstationärer Referenzfälle lag bei den klinikneuen Patienten in der IG in den jeweiligen Kohorten statistisch betrachtet auf gleichem Niveau wie der der KG, in Summe zeigte sich jedoch aufgrund der höheren Zahl bei Addition aller drei Kohorten ein signifikant geringerer Anteil in der IG. Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Für die Behandlung im Prä-Zeitraum ergab sich bei der vollstationären Behandlung insgesamt (alle Kohorten sowie klinikneu und klinikbekannt) ein signifikant geringer Anteil vollstationär behandelter Menschen in der IG, wobei sich die Signifikanz in den einzelnen Patientengruppen und Kohorten nicht wiederfindet. Gleiches gilt für die vertragsärztliche Versorgung. In der teilstationären Versorgung im Prä-Zeitraum zeigten sich keine Unterschiede.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	1.283	13.992	1.135 (88,5%)	12.112 (86,6%)	1.127 (87,8% ; 99,3%)	1.127 (8,1% ; 9,3%)
	Kohorte 2	801	7.545	666 (83,1%)	6.345 (84,1%)	663 (82,8% ; 99,5%)	663 (8,8% ; 10,4%)
	Kohorte 3	739	6.920	642 (86,9%)	5.868 (84,8%)	639 (86,5% ; 99,5%)	639 (9,2% ; 10,9%)
	Gesamt	2.823	28.457	2.443 (86,5%)	24.325 (85,5%)	2.429 (86,0% ; 99,4%)	2.429 (8,5% ; 10,0%)
Klinikneu	Kohorte 1	675	7.773	578 (85,6%)	6.490 (83,5%)	577 (85,5% ; 99,8%)	577 (7,4% ; 8,9%)
	Kohorte 2	725	6.928	598 (82,5%)	5.814 (83,9%)	596 (82,2% ; 99,7%)	596 (8,6% ; 10,3%)
	Kohorte 3	692	6.463	603 (87,1%)	5.473 (84,7%)	601 (86,8% ; 99,7%)	601 (9,3% ; 11,0%)
	Gesamt	2.092	21.164	1.779 (85,0%)	17.777 (84,0%)	1.774 (84,8% ; 99,7%)	1.774 (8,4% ; 10,0%)
Klinik-bekannt	Kohorte 1	608	6.219	557 (91,6%)	5.622 (90,4%)	550 (90,5% ; 98,7%)	550 (8,8% ; 9,8%)
	Kohorte 2	76	617	68 (89,5%)	531 (86,1%)	67 (88,2% ; 98,5%)	67 (10,9% ; 12,6%)
	Kohorte 3	47	457	39 (83,0%)	395 (86,4%)	38 (80,9% ; 97,4%)	38 (8,3% ; 9,6%)
	Gesamt	731	7.293	664 (90,8%)	6.548 (89,8%)	655 (89,6% ; 98,6%)	655 (9,0% ; 10,0%)

(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 Kontroll-klinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontroll-patienten
1	14,3	333
2	15,6	443
3	18,9	431
4	20,8	440
5	22,9	742
6	23,0	63
7	23,0	33
8	23,4	120
9	24,4	53
10	25,0	73

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs 3		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	2.429	2.429		1.127	1.127		663	663		639	639				
	ambulante	1.774	1.774		577	577		596	596		601	601				
	ambulanten	655	655		550	550		67	67		38	38				
Mittleres Alter	gesamt	49,8	49,0	0,664	49,7	49,0	1	50,8	49,5	0,932	48,9	48,5	1	1		
	ambulante	49,5	48,7	0,375	48,7	47,6	1	50,8	49,6	1	49,1	48,7	1	1	1	1
	ambulanten	50,4	50,0	1	50,7	50,5	1	51,4	48,8	1	45,1	45,4	1	1		
Anteil Frauen	gesamt	54,5%	53,6%	0,965	55,3%	55,1%	1	53,2%	51,7%	1	54,5%	53,1%	1	1		
	ambulante	54,3%	52,9%	0,762	54,9%	54,4%	1	53,2%	51,5%	1	54,9%	52,7%	1	1	1	1
	ambulanten	55,0%	55,7%	1	55,6%	55,8%	1	53,7%	53,7%	1	47,4%	57,9%	1	1		
Anteil ambulanten Patienten	gesamt	27,0%	27,0%	1	48,8%	48,8%	1	10,1%	10,1%	1	5,9%	5,9%	1	1		
	ambulante	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			<0,001	<0,001
	ambulanten	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%				
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	70,2%	63,2%	<0,001	71,3%	69,4%	1	67,4%	58,4%	0,009	71,0%	57,1%	<0,001	0,009		
	ambulante	69,2%	57,9%	<0,001	66,0%	58,4%	0,081	68,0%	57,0%	0,001	73,5%	58,2%	<0,001	0,002	0,480	1
	ambulanten	72,8%	77,4%	0,472	76,9%	80,9%	0,965	62,7%	70,1%	1	31,6%	39,5%	1	1		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	27,6%	31,6%	0,003	26,2%	27,1%	1	31,5%	36,8%	0,343	26,0%	34,1%	0,017	0,337		
	ambulante	29,8%	36,3%	<0,001	32,6%	37,4%	0,670	31,5%	37,8%	0,188	25,5%	33,8%	0,014	0,254	0,122	1
	ambulanten	21,5%	18,8%	1	19,5%	16,2%	1	31,3%	28,4%	1	34,2%	39,5%	1	1		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	2,2%	3,9%	0,003	2,5%	2,8%	1	1,1%	3,5%	0,056	3,0%	6,3%	0,061	1		
	ambulante	1,0%	3,9%	<0,001	1,4%	2,8%	0,892	0,5%	3,7%	0,002	1,0%	5,3%	<0,001	0,119	0,557	0,052
	ambulanten	5,6%	3,7%	0,669	3,6%	2,7%	1	6,0%	1,5%	1	34,2%	21,1%	1	1		
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,4%	<0,001	0,0%	0,8%	0,083	0,0%	1,4%	0,067	0,0%	2,5%	0,002	0,072		
	ambulante	0,0%	1,9%	<0,001	0,0%	1,4%	0,104	0,0%	1,5%	0,059	0,0%	2,7%	0,001	0,065		1
	ambulanten	0,0%	0,2%	1	0,0%	0,2%	1	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%				
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	11,6%	11,1%	0,965	15,9%	17,5%	1	8,0%	5,6%	0,609	7,7%	5,5%	0,996	0,196		
	ambulante	5,9%	4,2%	0,020	5,9%	4,2%	1	5,5%	3,5%	0,628	6,3%	4,8%	1	0,291	1	1
	ambulanten	26,9%	29,8%	1	26,4%	31,5%	0,653	29,9%	23,9%	1	28,9%	15,8%	1	1		
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,4%	1,9%	0,965	4,7%	3,7%	1	0,5%	0,2%	1	0,3%	0,5%	1	1		
	ambulante	0,5%	0,3%	0,762	0,7%	0,2%	1	0,5%	0,2%	1	0,3%	0,5%	1	1	1	1
	ambulanten	7,5%	6,3%	1	8,9%	7,5%	1	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		1		
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	23,5%	21,8%	0,664	41,4%	38,2%	1	7,7%	7,1%	1	8,3%	8,1%	1	1		
	ambulante	4,3%	2,8%	0,038	5,0%	1,9%	0,062	4,5%	3,4%	1	3,3%	3,0%	1	1	0,249	<0,001
	ambulanten	75,6%	73,4%	1	79,6%	76,4%	1	35,8%	40,3%	1	86,8%	89,5%	1	1		
Anteil Pat. mit vertragsärztli. Fall Prä	gesamt	45,6%	41,5%	0,032	43,3%	40,3%	1	47,1%	40,9%	0,215	48,0%	44,4%	1	1		
	ambulante	46,5%	43,0%	0,191	43,7%	43,2%	1	47,8%	41,3%	0,188	47,9%	44,4%	1	1	0,709	1
	ambulanten	43,1%	37,7%	0,268	42,9%	37,3%	0,649	40,3%	37,3%	1	50,0%	44,7%	1	1		

7. (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)

8. Darstellung Modellvorhaben Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH begann zum 01.01.2016 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

Am Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 80 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 60 in der Tagesklinik vorgesehen.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre Leistungen, teilstationäre Leistungen sowie stationsungebundene Leistungen wie institutsambulante Behandlung (PIA), Home-Treatment, ACT und ambulante Akutbehandlung (AAB).

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 wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2017 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen, Gruppentherapie (auch gemischte Gruppen, AAB, PIA, stat.), Einzelgespräche (Einzelleistung mit dem Patienten und/oder seinem sozialen Umfeld und/oder seinem professionellen Umfeld, auch telefonisch), Visite (Visite der AAB-Patienten mit Überprüfung der Behandlungsplanung) sowie Sachkosten (Erstattung der Fahrkosten für AAB-Patienten in Verbindung mit Leistung Sozialarbeit). Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur vor Modellstart in 2016.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Rahmen des Vertrages zwischen den beteiligten Krankenkassen und dem Gesundheitszentrum Wetterau zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen wird.

9. 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.

9.1 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 Prä-Zeitraum 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 Einschlusses in die Evaluation.

Ca. 70% der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
depressive Episoden (F32) und
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	577	577
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	75,4 %	78,9 %
• Zwei Diagnosen	21,1 %	18,4 %
• Drei Diagnosen	3,1 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,3 %

Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F32	14	13
2. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F43	13	12
3. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F43	11	9

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)	550	550
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	66,4 %	64,5 %
• Zwei Diagnosen	27,3 %	25,6 %
• Drei Diagnosen	5,6 %	8,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,7 %	1,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	16	22
2. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F20	11	12
3. IG: F10 & F20 / KG: F33 & F43	9	10

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)	639	639
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	79,7 %	79,8 %
• Zwei Diagnosen	17,5 %	17,2 %
• Drei Diagnosen	2,3 %	2,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F43	12	17
2. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F33	11	13
3. F33 & F41	11	12

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

Das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6.1) konnte die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im 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	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	435	455	577	577
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	0,4 %	0,7 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,4 %	3,3 %	3,5 %	2,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,7 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,2 %	0,7 %	1,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,6 %	16,0 %	20,6 %	20,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,6 %	8,4 %	8,0 %	7,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	42,8 %	44,0 %	49,2 %	49,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,2 %	17,8 %	22,0 %	22,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	0,9 %	2,9 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,4 %	6,4 %	11,6 %	10,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,1 %	1,3 %	2,6 %	2,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	0,2 %	1,6 %	0,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,0 %	1,7 %	0,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,1	48,4	48,7	47,6
• Median	49	47	49	47
• (Interquartilsabstand)	(34 - 60)	(33 - 60)	(34 - 60)	(33 - 58)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,5 %	54,1 %	54,9 %	54,4 %
• Männer	45,5 %	45,9 %	45,1 %	45,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	30,8 %	38,0 %	34,0 %	41,6 %
• PIA	69,2 %	62,0 %	66,0 %	58,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	1,1 %	0,9 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,7 %	8,1 %	6,6 %	8,5 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	12,4 %	14,1 %	12,7 %	14,6 %

• Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe	7,1 %	9,5 %	7,3 %	8,7 %
	9,4 %	8,6 %	9,7 %	9,7 %
	63,7 %	58,7 %	62,9 %	57,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe	6,9 %	7,5 %	6,9 %	7,1 %
	20,0 %	21,5 %	20,3 %	22,7 %
	0,5 %	1,1 %	0,7 %	1,4 %
	0,0 %	0,9 %	0,2 %	0,7 %
	2,1 %	3,3 %	2,3 %	2,9 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	6,9 %	7,0 %	6,8 %	7,6 %
	63,7 %	58,7 %	62,9 %	57,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja • Nein • Fehlende Angabe	14,0 %	9,5 %	14,7 %	8,8 %
	64,8 %	64,8 %	64,0 %	64,3 %
	21,1 %	25,7 %	21,3 %	26,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B	27,8 %	26,8 %	28,6 %	28,2 %
	23,0 %	16,0 %	24,1 %	15,9 %
	49,2 %	57,1 %	47,3 %	55,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe	57,0 %	58,7 %	58,8 %	60,5 %
	6,0 %	9,5 %	5,5 %	9,4 %
	34,9 %	29,7 %	34,0 %	28,2 %
	2,1 %	2,2 %	1,7 %	1,9 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	365	355	550	550
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	0,8 %	0,5 %	0,7 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,1 %	1,7 %	0,7 %	1,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,3 %	0,5 %	0,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,2 %	14,6 %	20,4 %	21,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	28,2 %	28,5 %	26,7 %	25,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	39,5 %	41,4 %	50,2 %	51,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,1 %	3,7 %	11,1 %	10,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,6 %	4,5 %	4,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,0 %	5,6 %	12,0 %	14,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,0 %	1,5 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,7 %	2,3 %	7,5 %	7,5 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,3 %	1,1 %	1,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,3 %	0,7 %	3,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,6	52,8	50,7	50,5
• Median	53	53	52	51
• (Interquartilsabstand)	(44 - 62)	(44 - 62)	(41 - 60)	(40 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,3 %	53,2 %	55,6 %	55,8 %
• Männer	47,7 %	46,8 %	44,4 %	44,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	20,8 %	18,9 %	23,1 %	19,1 %
• PIA	79,2 %	81,1 %	76,9 %	80,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	2,3 %	0,0 %	2,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,9 %	7,6 %	5,1 %	6,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,4 %	6,8 %	6,0 %	6,5 %
• Abitur/Fachabitur	4,7 %	6,2 %	4,2 %	6,0 %
• Abschluss unbekannt	6,8 %	6,5 %	6,7 %	5,6 %

• Fehlende Angabe	79,2 %	70,7 %	78,0 %	72,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,7 %	4,8 %	3,3 %	5,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	11,0 %	14,9 %	11,5 %	14,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	2,0 %	0,4 %	1,5 %
• Bachelor	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,6 %	2,0 %	1,5 %	1,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,7 %	5,4 %	5,1 %	4,5 %
• Fehlende Angabe	79,2 %	70,7 %	78,0 %	72,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,3 %	15,5 %	14,7 %	13,3 %
• Nein	65,2 %	49,3 %	65,8 %	50,7 %
• Fehlende Angabe	19,5 %	35,2 %	19,5 %	36,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	26,6 %	32,1 %	28,0 %	32,9 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	59,2 %	48,2 %	61,3 %	52,0 %
• Weder A noch B	14,2 %	19,7 %	10,7 %	15,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	44,9 %	47,6 %	45,5 %	49,5 %
• Familienversicherter	5,8 %	7,0 %	5,5 %	7,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	46,6 %	43,4 %	47,1 %	40,9 %
• Fehlende Angabe	2,7 %	2,0 %	2,0 %	2,2 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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)	
Gruppe		IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)		509	510	639	639
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)		0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)		1,8 %	2,7 %	2,2 %	2,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)		0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)		1,2 %	1,6 %	1,6 %	1,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)		0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)		10,2 %	9,0 %	13,8 %	14,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)		10,0 %	9,0 %	8,9 %	8,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)		46,0 %	46,9 %	51,8 %	51,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)		22,4 %	22,7 %	22,8 %	24,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)		0,8 %	0,4 %	3,6 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴		6,3 %	6,5 %	12,2 %	12,7 %
• F 50 (Essstörungen)		0,2 %	0,0 %	0,8 %	0,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)		0,4 %	0,2 %	1,9 %	1,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)		0,4 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)		0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)		0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,6 %
Alter ¹					
• Mittelwert		49,4	49,0	48,9	48,5
• Median		50	48	49	48
• (Interquartilsabstand)		(35 - 59)	(34 - 62)	(35 - 59)	(34 - 60)
Geschlecht (%)					
• Frauen		54,8 %	54,5 %	54,5 %	53,1 %
• Männer		45,2 %	45,5 %	45,5 %	46,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)					
• stationär		25,7 %	38,2 %	29,0 %	42,9 %
• PIA		74,3 %	61,8 %	71,0 %	57,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)					
• Ohne Schulabschluss		1,0 %	1,2 %	0,9 %	1,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss		8,8 %	7,8 %	8,8 %	9,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss		11,2 %	9,0 %	11,1 %	10,5 %
• Abitur/Fachabitur		7,3 %	10,6 %	7,2 %	9,2 %
• Abschluss unbekannt		7,9 %	8,2 %	8,1 %	8,0 %

• Fehlende Angabe	63,9 %	63,1 %	63,8 %	61,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,5 %	6,9 %	4,4 %	6,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,4 %	17,1 %	21,3 %	18,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,4 %	0,8 %	1,3 %	0,9 %
• Bachelor	0,8 %	1,2 %	0,6 %	1,1 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,6 %	3,7 %	2,2 %	3,1 %
• Promotion	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
• Abschluss unbekannt	6,3 %	6,9 %	6,3 %	7,2 %
• Fehlende Angabe	63,9 %	63,1 %	63,8 %	61,8 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	12,8 %	12,7 %	13,1 %	11,4 %
• Nein	64,4 %	63,1 %	65,1 %	63,5 %
• Fehlende Angabe	22,8 %	24,1 %	21,8 %	25,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	26,5 %	27,8 %	28,8 %	28,8 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	29,3 %	21,6 %	29,0 %	21,9 %
• Weder A noch B	44,2 %	50,6 %	42,3 %	49,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	64,0 %	65,1 %	65,4 %	66,7 %
• Familienversicherter	7,7 %	5,9 %	7,4 %	6,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	27,1 %	27,8 %	26,1 %	26,1 %
• Fehlende Angabe	1,2 %	1,2 %	1,1 %	1,1 %

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

9.2 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 Prä-Zeitraum nachweisen konnten.

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population teilweise in klinikneue und klinikbekannte Patienten. Klinikneue sind Patienten, die mit dem Referenzaufenthalt zum ersten Mal in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. in der PIA der Referenz-Klinik aufgetreten sind. Klinikbekannte sind Patienten, die bereits im Prä-Zeitraum 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 einjährige Zeit ab Einschluss in die Evaluation nach Beginn des Modellvorhabens, während der Prä-Zeitraum 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“ (Prä-Zeitraum) und „1. Jahr“ (erstes Jahr des Patienten im Modellvorhaben) dargestellt. In der Längsschnittdarstellung werden darüber hinaus patientenindividuell der Prä-Zeitraum, 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 den Regressionsanalysen wurde zusätzlich ein Parameter aufgenommen, welcher diese Patienten gesondert betrachtet. Generell lässt 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-Zeit, 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-Zeit, 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.
- 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).

9.2.1 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)	557	557	535	520	544	544	528	515
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)	10,4 %	44,5 %	15,7 %	13,8 %	9,4 %	35,1 %	12,3 %	11,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,9 %	6,1 %	3,6 %	2,3 %	2,0 %	2,9 %	1,5 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,3 %	13,3 %	14,4 %	12,3 %	10,7 %	14,2 %	7,8 %	9,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,5	18,8	6,5	6,4	1,3	19,9	4,7	4,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	10,3	2,2	1,0	0,0	5,8	0,9	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,7	29,0	8,7	7,4	1,4	25,7	5,6	5,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	1,8	0,7	0,9	0,5	0,7	0,3	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,4	1,6	0,6	0,7	0,5	0,7	0,3	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	1,6	1,8	1,5	1,5	2,3	0,8	1,3

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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)	537	537	528	515	535	535	523	512
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)	28,9 %	25,7 %	20,6 %	17,9 %	32,1 %	27,3 %	22,2 %	16,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,1 %	4,1 %	2,7 %	2,1 %	6,5 %	3,2 %	2,9 %	2,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,0 %	11,7 %	15,9 %	12,0 %	17,2 %	16,1 %	15,1 %	13,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	11,2	17,2	9,3	9,6	12,1	13,4	9,0	6,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	4,2	4,2	1,7	1,0	3,0	3,6	1,0	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	15,4	21,4	11,0	10,6	15,1	17,0	10,0	7,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,4	1,5	1,2	0,3	1,9	0,8	0,9	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	2,1	1,4	1,1	0,3	1,9	0,7	0,9	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	1,4	2,2	1,8	1,8	2,5	1,7	1,6

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

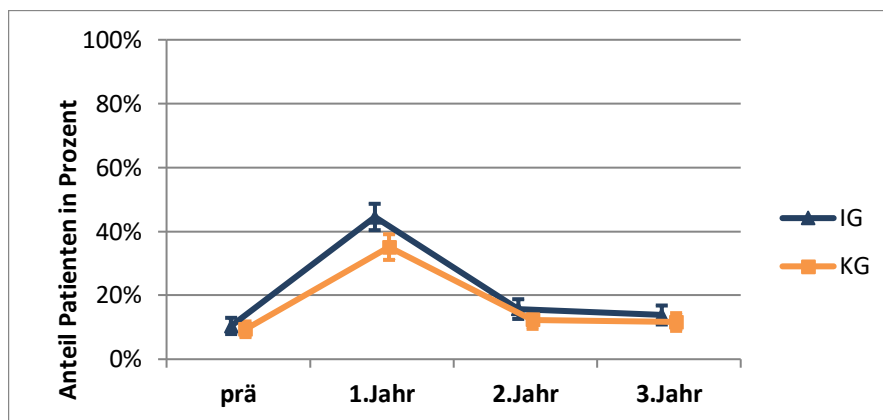
Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

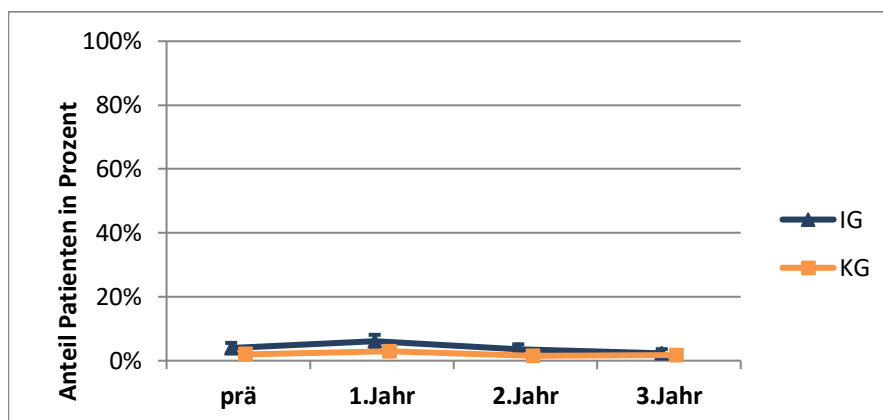
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

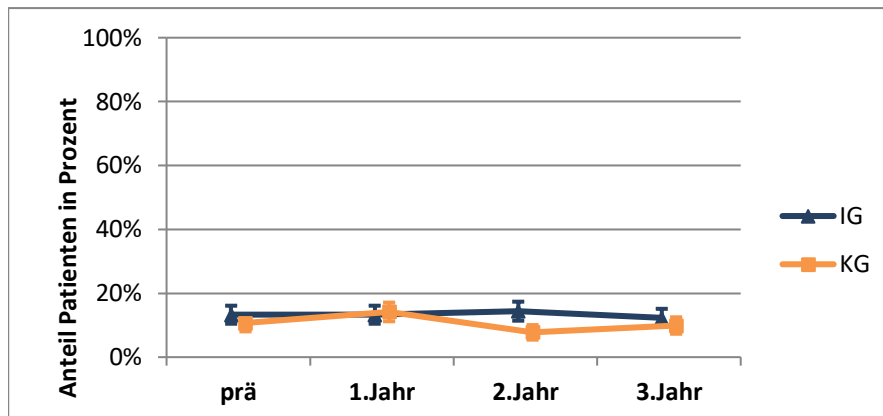
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

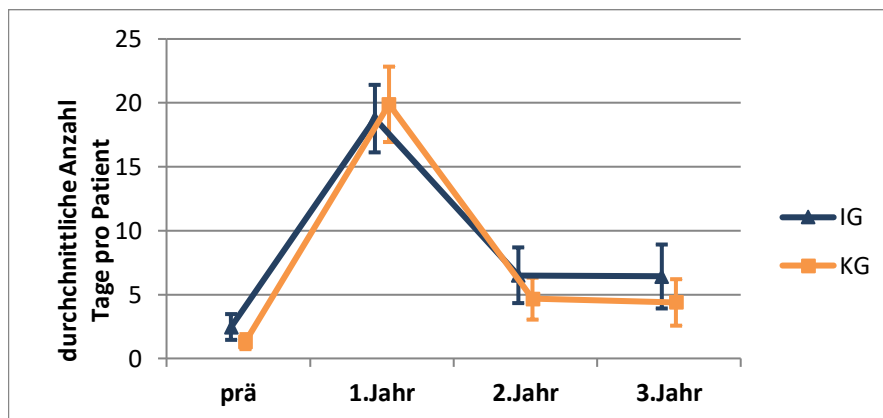


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

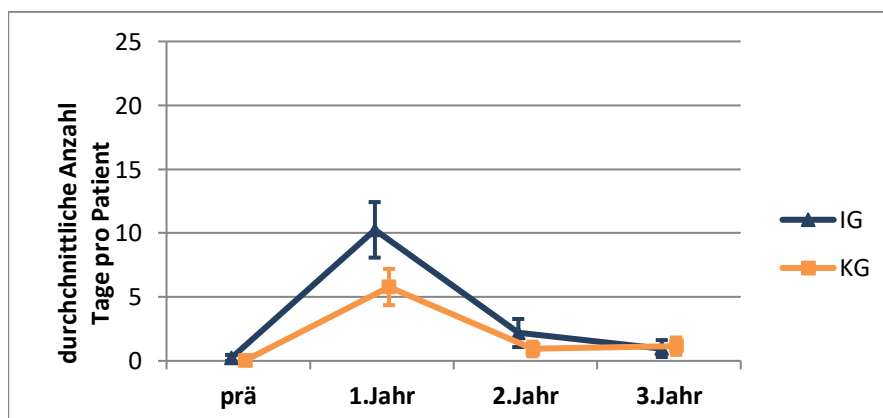


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

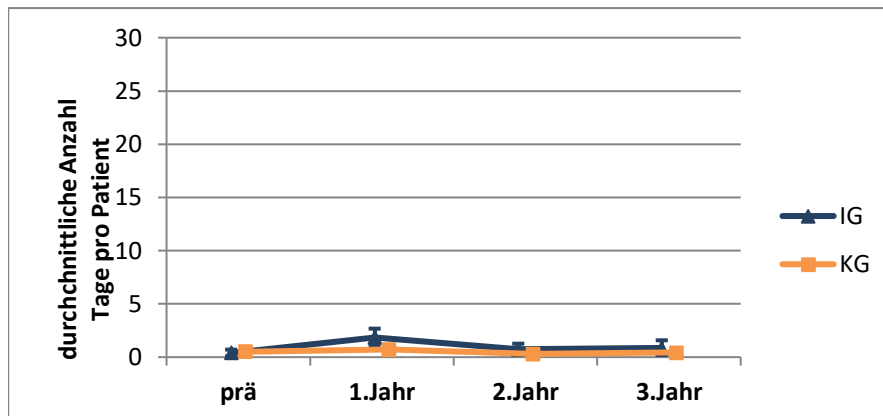
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



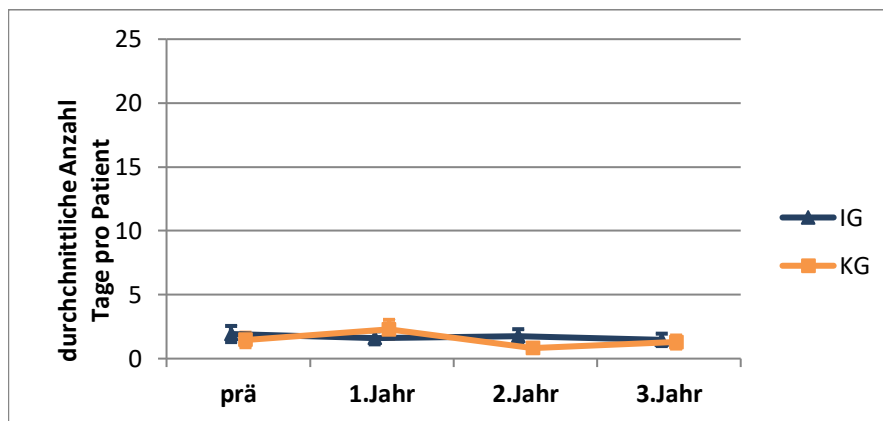
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

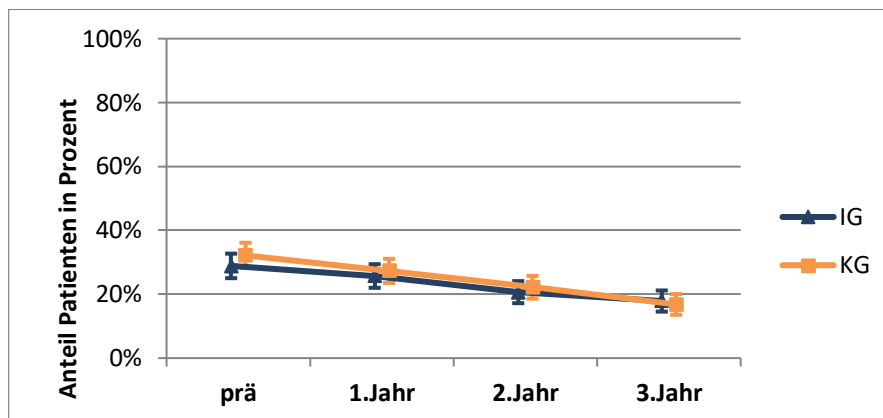
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

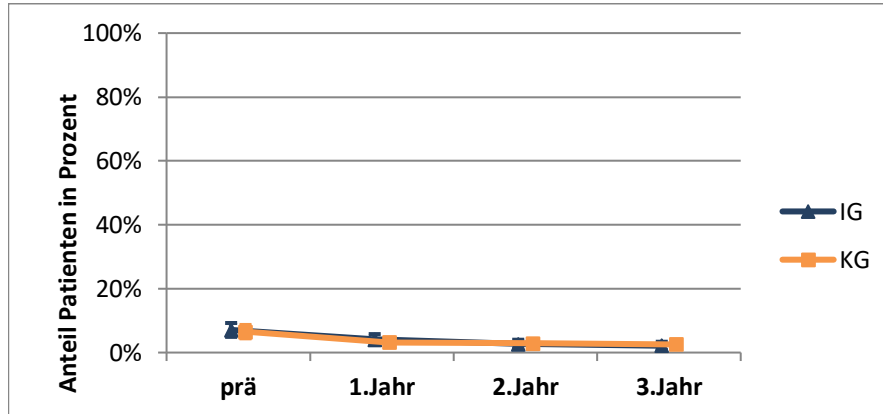
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

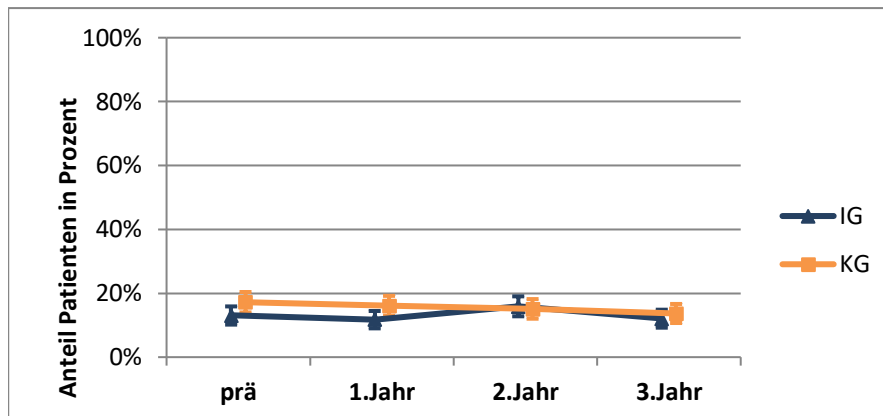
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

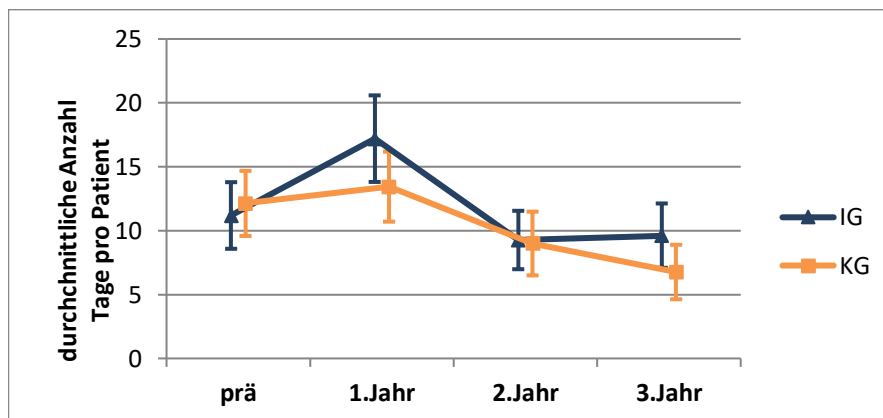


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

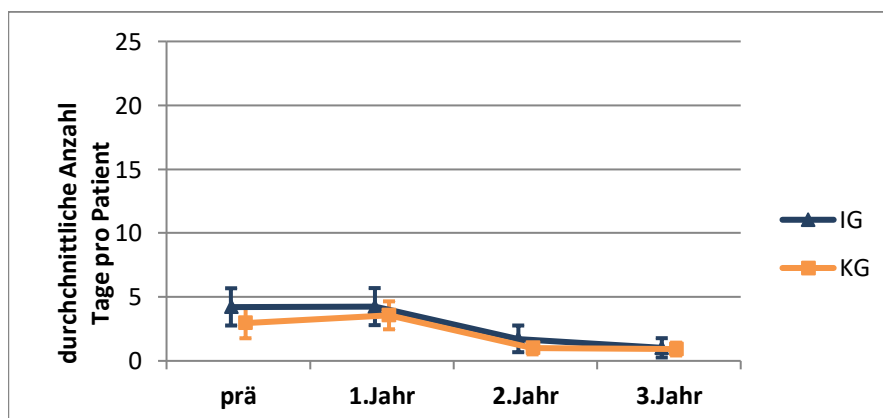


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

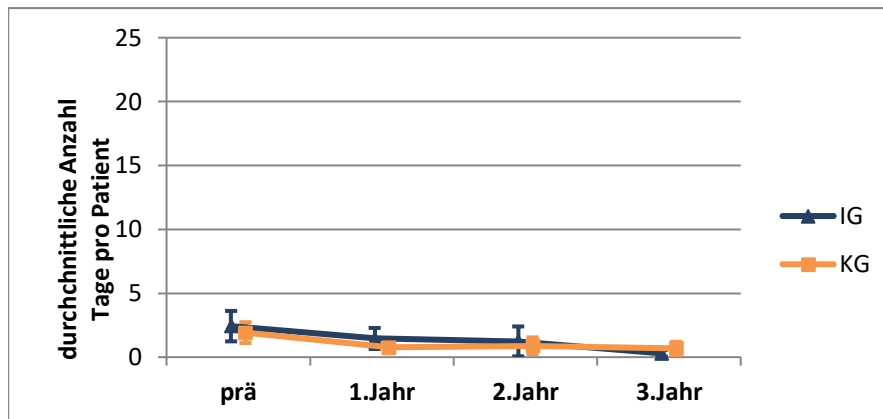
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



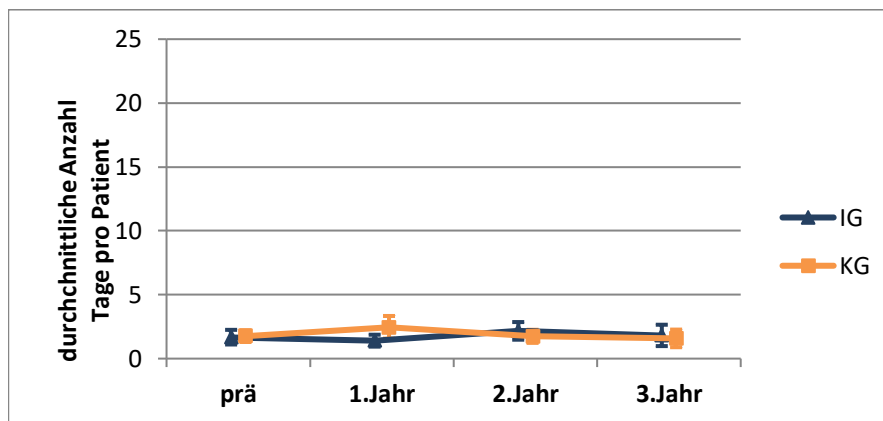
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



- 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 ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=557, KG=544; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=537, KG=535).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den Klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,5; KG: 1,3 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 18,8; KG: 19,9 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 6,5 und 6,4 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 4,7 und 4,4 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau unterschied sich dabei im ersten Modelljahr und war ab dem zweiten Modelljahr in der IG leicht höher als in der KG. Der Peak war in der IG mit 18,8 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 19,9 vollstationären Tagen. Zudem war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG um 2,3 vollstationäre Tage geringer. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 10,3 teilstationäre Tage; KG: 7,3 teilstationäre Tage). Auch der Anstieg war in der IG mit +10,0 teilstationären Behandlungstagen größer als in der KG mit +5,7 teilstationären Tagen.

Auch bei den Klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der KG sehr kleinem, Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer im ersten Modelljahr in der IG höher als in der KG (1. Jahr: +3,8 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich war in beiden Gruppen bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar, lag jedoch im gesamten Beobachtungszeitraum in der IG über dem Niveau der KG.

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 war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

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)	639	639	639	639
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)	8,9 %	39,6 %	6,7 %	30,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,6 %	3,9 %	2,8 %	2,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,5 %	9,5 %	9,2 %	11,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ^{3,4} (B1)	3,2	16,1	2,6	18,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	12,8	0,1	7,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,3	28,9	2,7	26,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,5	0,7	0,5	0,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,5	0,7	0,5	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,2	1,4	1,4

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:

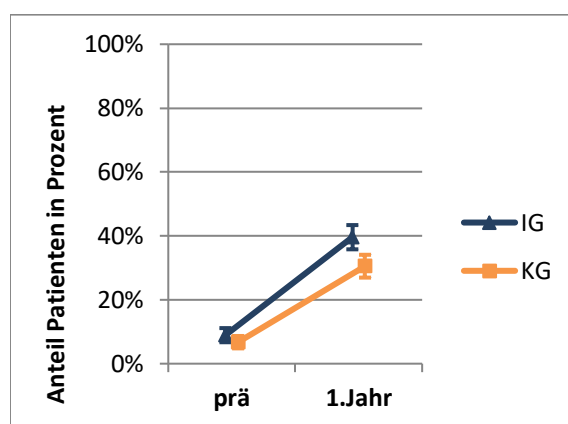
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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)

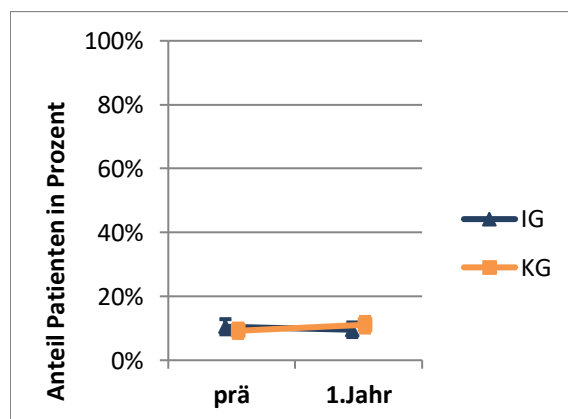
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

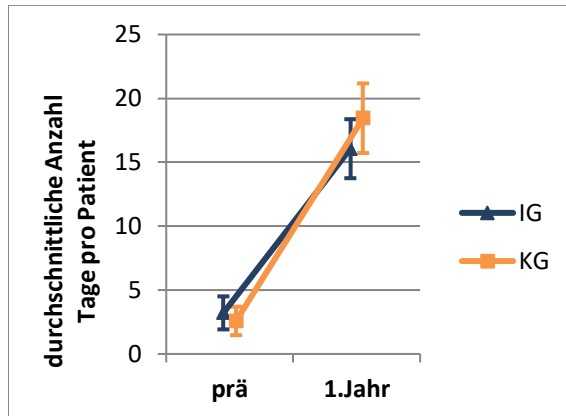
Fallzahl zu klein

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

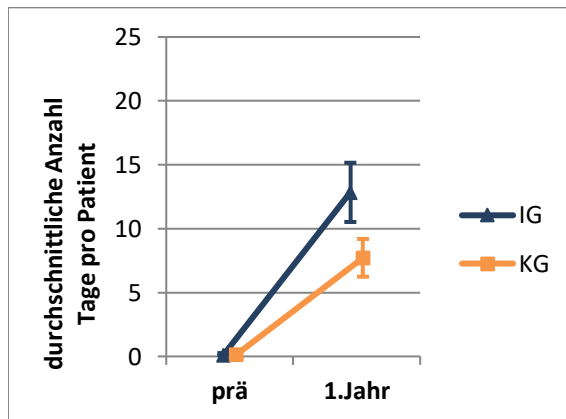


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- 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)**

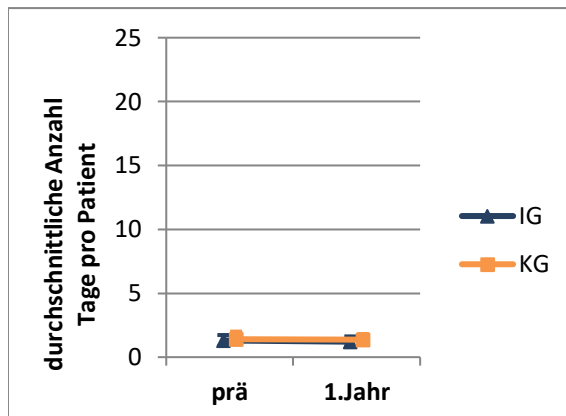


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten 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 261 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=639 pro Gruppe) zeigten sich Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnose zwischen der Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 3,2; KG: 2,6 vollstationäre Tage) und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 16,1; KG: 18,4 vollstationäre Tage). Dabei wies die IG einen statistisch signifikant geringeren Anstieg der Behandlungsdauer von Prä- zum Postzeitraum auf (DiD = -3,0 vollstationäre Tage).

Die Fallzahlen bezüglich stationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnose sind generell in beiden Gruppen sehr gering. Aufgrund dieser geringen Fallzahlen wurde kein inferenzstatistischer Vergleich durchgeführt.

In der *Gesamtregression* aller linikneuen 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 den Kohorten der Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Jahr in der IG signifikant geringer als in der KG.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 327 ff.).

9.2.2 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)	551	551	529	514	537	537	521	508
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	537	541	514	491	521	527	507	490
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	4,6	2,8	2,0	0,3	4,1	2,1	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,9	5,6	4,4	3,1	2,2	4,7	4,3	3,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,8	13,7	11,6	10,8	9,9	13,0	10,4	9,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,7	0,5	0,4	0,9	0,5	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,7	8,4	10,8	12,0	6,0	12,1	8,3	5,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	534	534	525	512	531	531	519	508
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	527	531	518	498	521	525	509	489
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,0	11,7	11,1	9,1	6,8	10,0	7,7	7,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	2,7	2,2	1,9	2,1	2,5	2,2	2,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,8	15,4	13,4	13,4	13,9	14,6	14,5	14,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,7	1,0	1,2	0,7	0,7	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,7	5,0	8,9	8,8	13,6	15,2	16,9	14,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

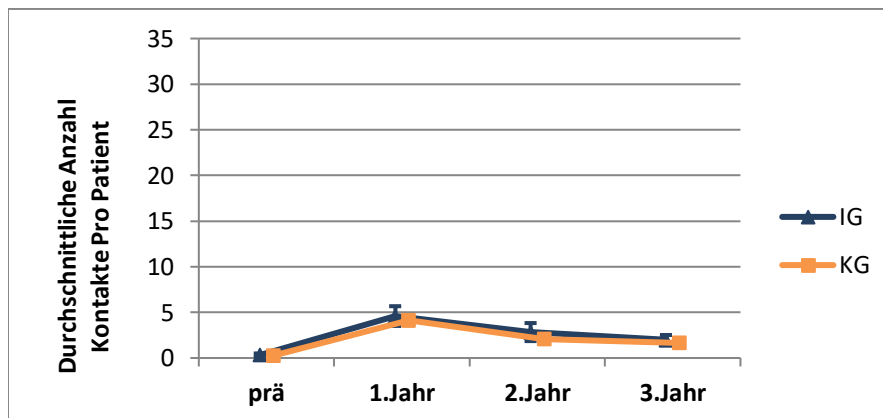
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

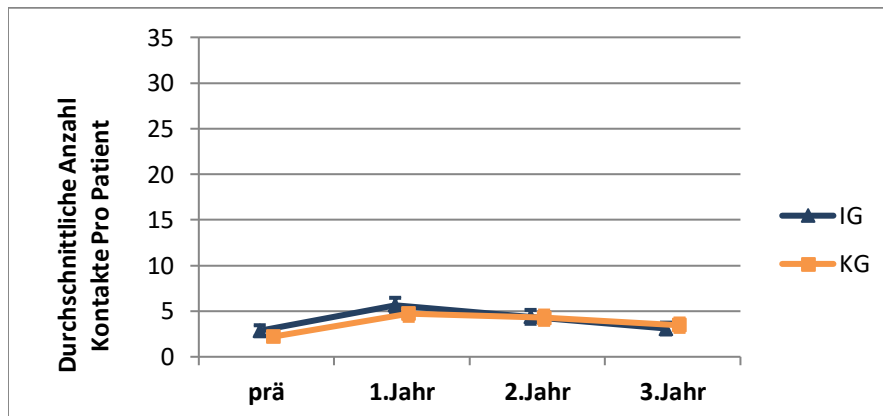
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

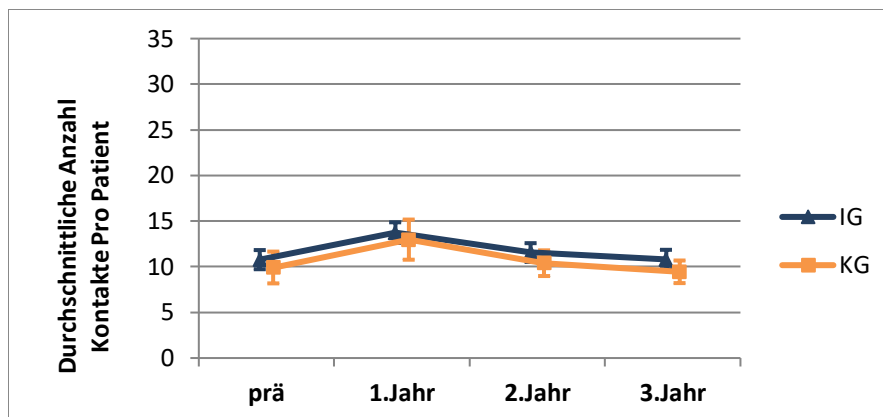
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

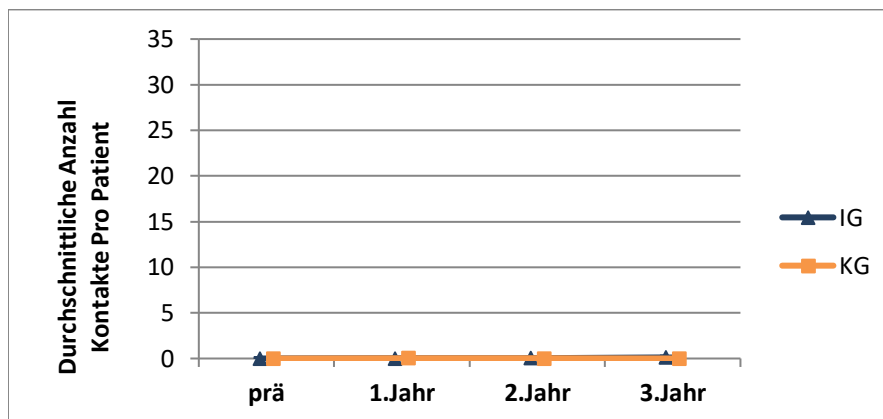


- bei anderen Vertragsärzten (E)

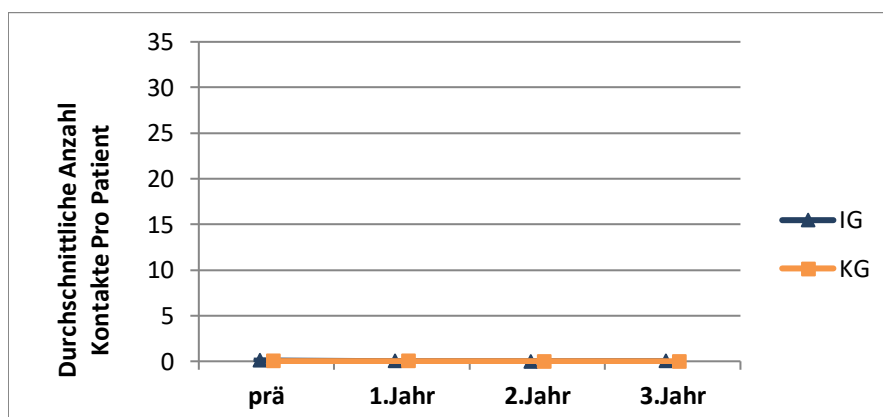


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

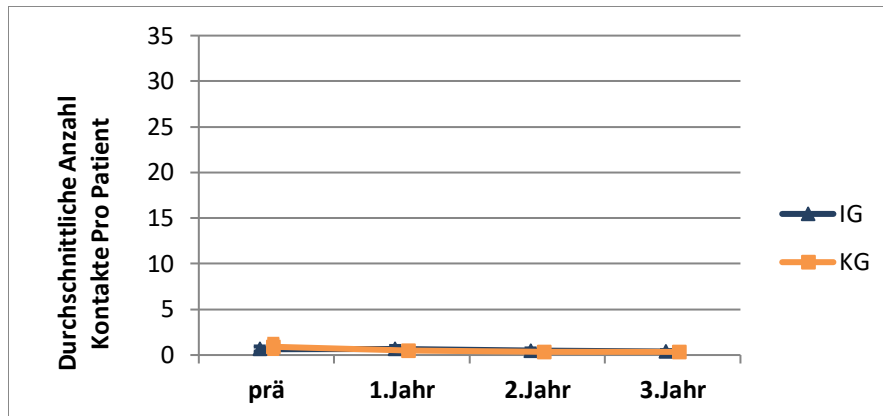
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

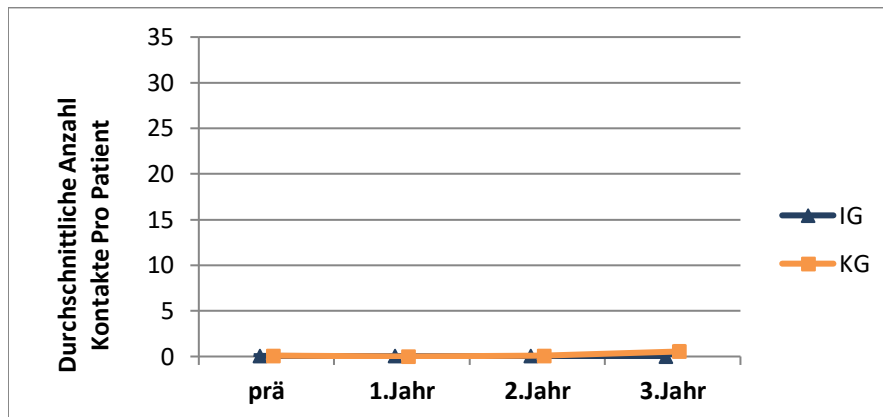


- bei anderen Vertragsärzten (F)

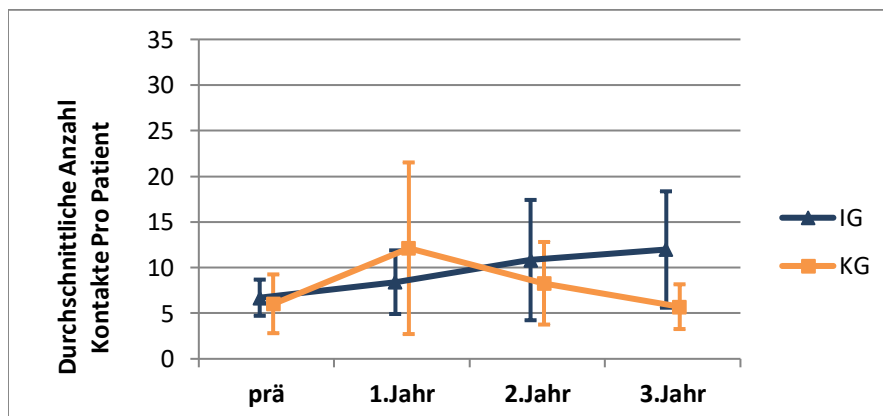


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

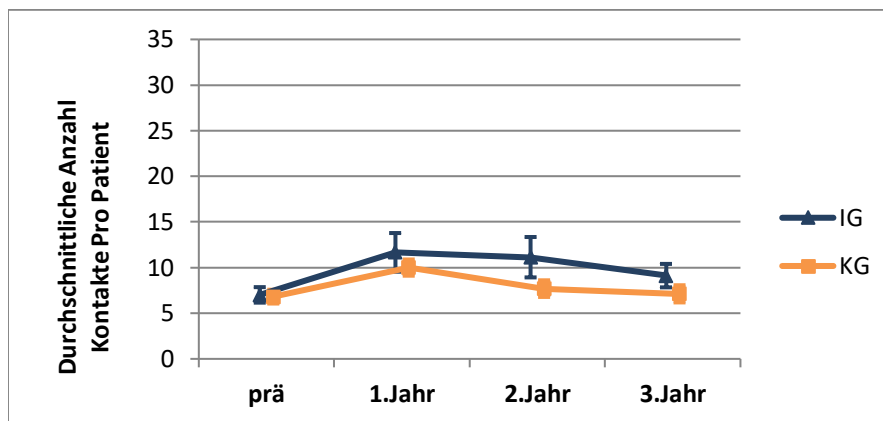
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

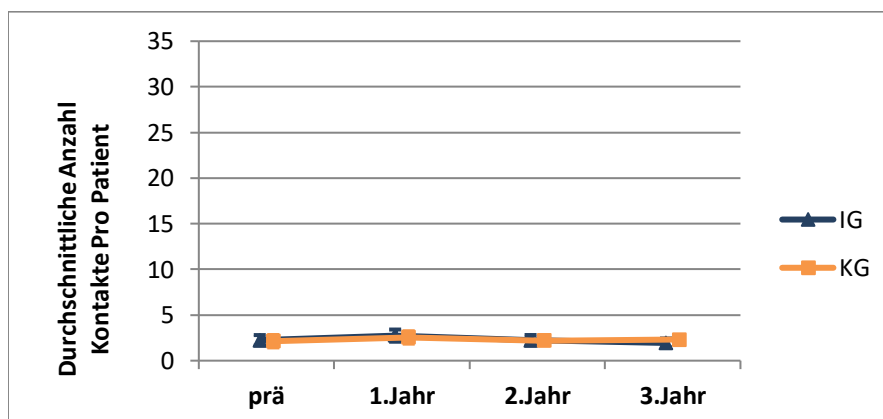
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

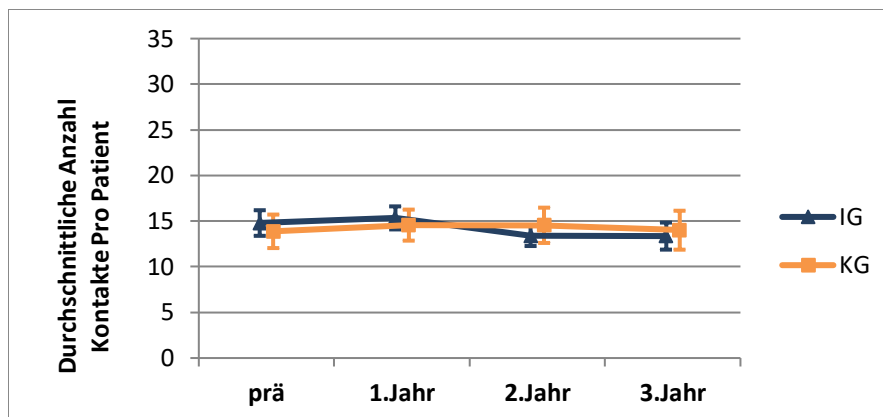
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

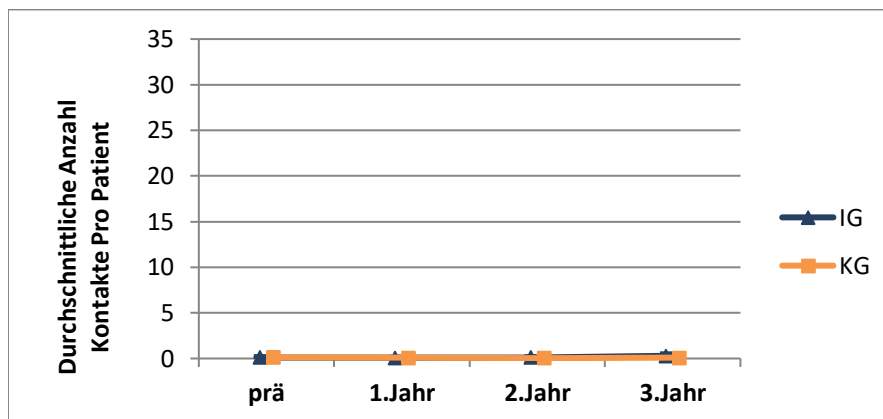


- bei anderen Vertragsärzten (E)

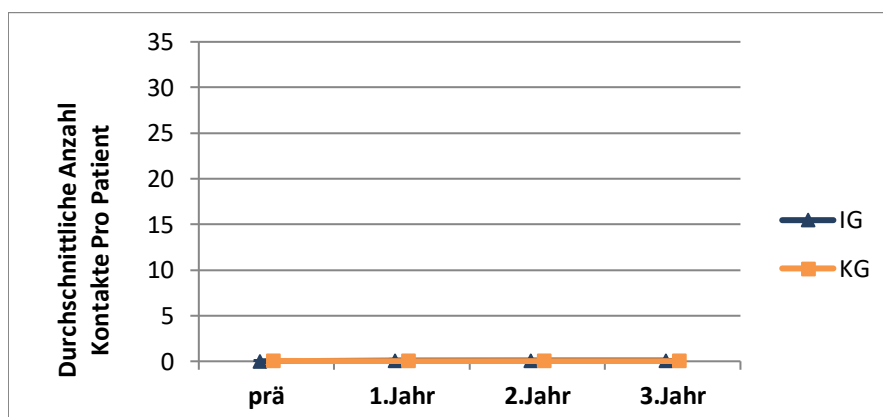


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

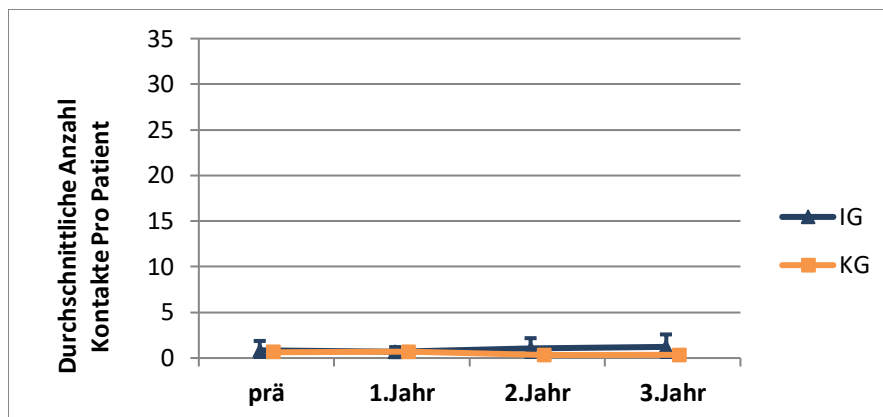
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

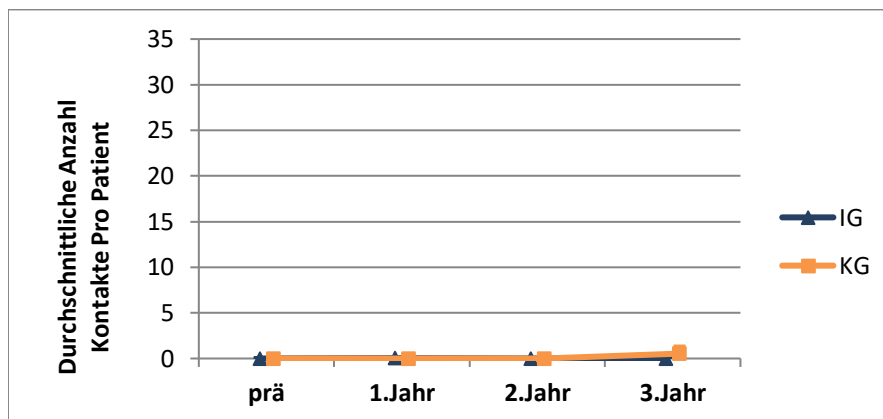


- bei anderen Vertragsärzten (F)

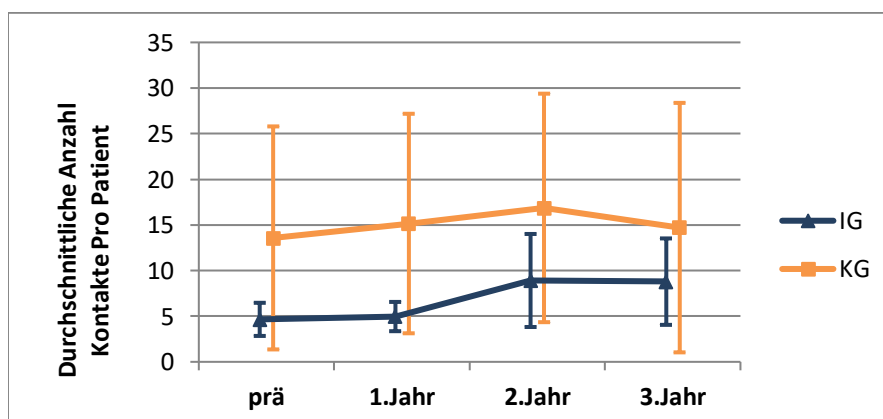


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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 = 541, KG = 527; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 531, KG = 531525). 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 über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Dabei lag die IG hinsichtlich der Anzahl der Kontakte im Nachbeobachtungszeitraum stets über der KG bei gleichem Ausgangsniveau (prä: +/-0,1; 1.Jahr: +0,5, 2.Jahr: +0,8; 3.Jahr: +0,3 Kontakte).

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar mit etwas stärkerem Anstieg von Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG im Vergleich zur KG.

Bei den Klinikbekannten Patienten lag die Anzahl der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG über dem Niveau der KG (prä: +0,2; 1.Jahr: +1,7; 2.Jahr: +3,4; 3.Jahr: +2 Kontakte).

Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Hier zeigten sich keine numerischen Unterschiede zwischen beiden Gruppen im Beobachtungszeitraum.

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)	633	633	633	633
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	623	619	622	623
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	5,1	0,3	4,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,8	6,6	2,7	4,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,4	12,9	9,7	11,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,3	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,7	0,7	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,4	4,4	5,3	7,8

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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:

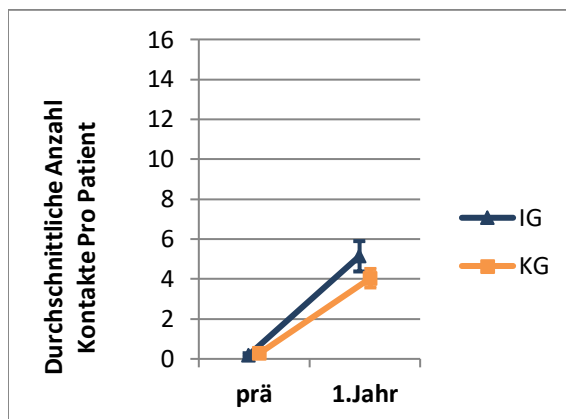
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

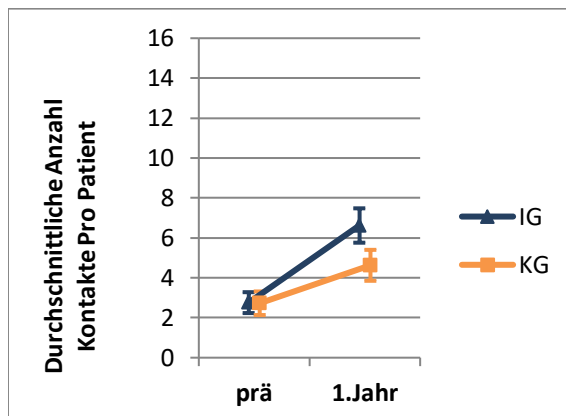
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

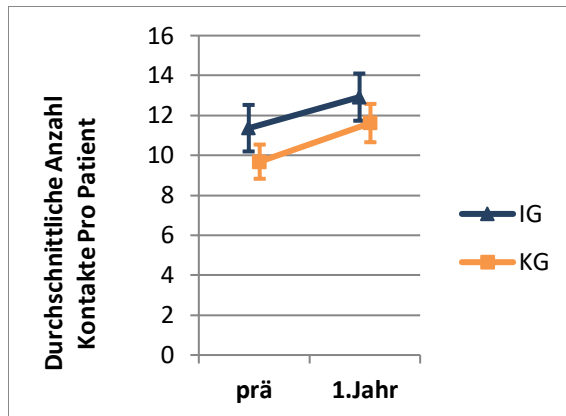
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

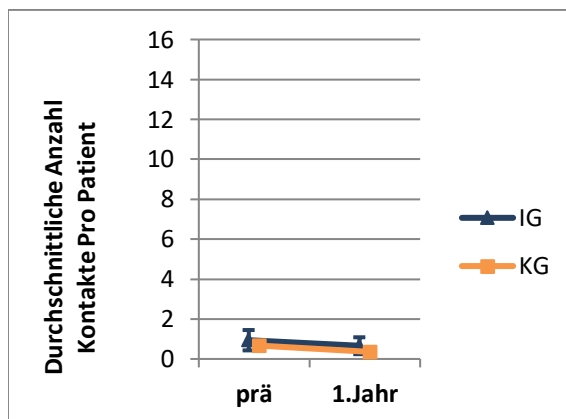
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

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)

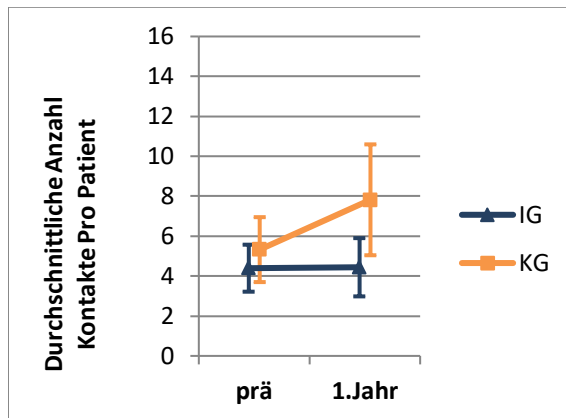


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 261 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 619 bzw. 622) zeigte sich eine stärkere Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der Modellklinik (IG) als in der Kontrollgruppe (KG) vom Jahr vor Referenzfall (Prä-Zeit) zum patientenindividuellen 1. Jahr (IG: von 0,2 auf 5,1 Kontakte; KG: von 0,3 auf 4,0 Kontakte). Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war sowohl im Prä-Zeitraum als auch im patientenindividuellen 1. Jahr in der IG größer als in der KG (IG: von 2,8 auf 6,6 Kontakte; KG: von 2,7 auf 4,6 Kontakte).

Die DiD-Parameter für Inanspruchnahme in der PIA (DiD = 1,2 Kontakte) und bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei Indexdiagnosen (DiD = 2,0 Kontakte) waren statistisch signifikant.

9.2.3 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	59	469	126	96	53	422	111	101
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	8,5 %	11,9 %	18,3 %	18,8 %	7,5 %	16,6 %	17,1 %	24,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,7 %	2,6 %	2,4 %	4,2 %	3,8 %	11,6 %	10,8 %	7,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,6 %	51,6 %	42,9 %	39,6 %	43,4 %	48,8 %	40,5 %	44,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,9 %	11,7 %	7,9 %	14,6 %	3,8 %	10,7 %	9,9 %	9,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,7 %	9,6 %	4,0 %	3,1 %	1,9 %	5,5 %	3,6 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,6 %	1,6 %	5,2 %	0,0 %	2,1 %	2,7 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,2 %	21,5 %	24,6 %	26,0 %	13,2 %	31,8 %	31,5 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,8 %	35,6 %	41,3 %	40,6 %	50,9 %	33,9 %	40,5 %	36,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	44	263	82	59	34	198	65	53
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,4 %	14,1 %	18,3 %	22,0 %	8,8 %	18,2 %	21,5 %	43,4 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	4,2 %	3,7 %	3,4 %	2,9 %	16,2 %	12,3 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,8 %	51,3 %	45,1 %	45,8 %	47,1 %	52,0 %	43,1 %	45,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	18,2 %	13,7 %	6,1 %	18,6 %	5,9 %	18,2 %	15,4 %	17,0 %
	2,3 %	11,4 %	3,7 %	5,1 %	2,9 %	7,6 %	4,6 %	1,9 %
	0,0 %	2,7 %	2,4 %	5,1 %	0,0 %	2,5 %	4,6 %	3,8 %
	13,6 %	26,2 %	25,6 %	30,5 %	14,7 %	39,9 %	38,5 %	49,1 %
	54,5 %	33,5 %	41,5 %	30,5 %	44,1 %	29,8 %	33,8 %	28,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	21	130	43	25	15	65	25	26
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,3 %	20,8 %	23,3 %	24,0 %	6,7 %	20,0 %	32,0 %	61,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	6,2 %	4,7 %	4,0 %	6,7 %	20,0 %	12,0 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,6 %	52,3 %	37,2 %	56,0 %	40,0 %	55,4 %	68,0 %	61,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,8 %	17,7 %	4,7 %	24,0 %	6,7 %	26,2 %	20,0 %	23,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	8,5 %	2,3 %	8,0 %	0,0 %	9,2 %	4,0 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,3 %	2,3 %	4,0 %	0,0 %	4,6 %	4,0 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	30,8 %	30,2 %	36,0 %	13,3 %	46,2 %	48,0 %	69,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	47,6 %	28,5 %	41,9 %	28,0 %	46,7 %	30,8 %	24,0 %	15,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
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	50	445	107	89	47	390	93	81
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,0 %	19,3 %	29,0 %	30,3 %	17,0 %	21,5 %	24,7 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,0 %	9,4 %	7,5 %	15,7 %	10,6 %	19,7 %	15,1 %	14,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,0 %	76,0 %	72,0 %	66,3 %	55,3 %	71,0 %	65,6 %	65,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,0 %	28,3 %	21,5 %	28,1 %	17,0 %	25,1 %	20,4 %	27,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,0 %	18,4 %	13,1 %	9,0 %	6,4 %	12,8 %	8,6 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,0 %	7,0 %	2,8 %	18,0 %	2,1 %	5,6 %	10,8 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,0 %	38,7 %	43,9 %	50,6 %	29,8 %	46,2 %	46,2 %	50,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,0 %	14,6 %	18,7 %	12,4 %	36,2 %	13,6 %	20,4 %	17,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	39	252	67	56	30	180	49	41
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,5 %	21,4 %	29,9 %	32,1 %	16,7 %	23,9 %	34,7 %	43,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,7 %	12,3 %	9,0 %	12,5 %	13,3 %	26,1 %	18,4 %	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,6 %	77,8 %	68,7 %	69,6 %	63,3 %	76,1 %	69,4 %	70,7 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	31,7 %	23,9 %	33,9 %	20,0 %	32,2 %	30,6 %	41,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,3 %	21,8 %	11,9 %	8,9 %	6,7 %	17,2 %	12,2 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	7,1 %	3,0 %	19,6 %	3,3 %	7,8 %	18,4 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,5 %	45,2 %	47,8 %	51,8 %	36,7 %	57,2 %	63,3 %	58,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	10,3 %	19,4 %	14,3 %	26,7 %	10,0 %	14,3 %	12,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	20	125	37	25	13	56	20	19
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,0 %	26,4 %	32,4 %	44,0 %	7,7 %	17,9 %	50,0 %	57,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	15,2 %	8,1 %	16,0 %	23,1 %	35,7 %	25,0 %	21,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,0 %	80,8 %	70,3 %	92,0 %	61,5 %	71,4 %	85,0 %	89,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,0 %	40,0 %	24,3 %	44,0 %	23,1 %	35,7 %	35,0 %	52,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,0 %	19,2 %	8,1 %	12,0 %	0,0 %	17,9 %	5,0 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	8,8 %	2,7 %	36,0 %	7,7 %	1,8 %	25,0 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,0 %	49,6 %	45,9 %	68,0 %	30,8 %	62,5 %	80,0 %	78,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	7,2 %	16,2 %	4,0 %	23,1 %	16,1 %	10,0 %	5,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <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	41	380	84	71	29	341	70	67
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	39,0 %	23,9 %	38,1 %	38,0 %	27,6 %	26,4 %	28,6 %	38,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,1 %	18,2 %	11,9 %	19,7 %	17,2 %	25,5 %	27,1 %	25,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,2 %	88,9 %	88,1 %	80,3 %	82,8 %	86,2 %	80,0 %	86,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,1 %	47,4 %	45,2 %	54,9 %	48,3 %	47,5 %	34,3 %	37,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,1 %	22,9 %	17,9 %	12,7 %	3,4 %	18,5 %	12,9 %	14,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,5 %	15,0 %	17,9 %	31,0 %	13,8 %	13,8 %	15,7 %	14,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,1 %	50,3 %	54,8 %	62,0 %	37,9 %	56,9 %	55,7 %	64,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,8 %	4,5 %	2,4 %	7,0 %	10,3 %	7,0 %	11,4 %	7,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	32	210	52	44	18	155	35	33
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,5 %	27,6 %	40,4 %	38,6 %	33,3 %	28,4 %	37,1 %	48,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,6 %	23,3 %	17,3 %	15,9 %	22,2 %	32,9 %	37,1 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,8 %	88,6 %	86,5 %	86,4 %	88,9 %	89,0 %	85,7 %	93,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,4 %	52,4 %	48,1 %	61,4 %	50,0 %	56,8 %	48,6 %	42,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,9 %	25,7 %	15,4 %	13,6 %	0,0 %	24,5 %	17,1 %	9,1 %

Keine Fachgruppe (F)	18,8 %	14,3 %	25,0 %	38,6 %	5,6 %	18,1 %	25,7 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,3 %	59,0 %	61,5 %	61,4 %	50,0 %	69,7 %	77,1 %	72,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,3 %	3,8 %	3,8 %	4,5 %	5,6 %	4,5 %	5,7 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	15	103	28	21	<10	48	15	16
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
PIA (A)	46,7 %	31,1 %	46,4 %	47,6 %	33,3 %	20,8 %	46,7 %	56,3 %
Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹	20,0 %	26,2 %	21,4 %	23,8 %	33,3 %	41,7 %	46,7 %	31,3 %
Allgemeinarzt / Hausarzt (C)²	100,0 %	92,2 %	85,7 %	95,2 %	77,8 %	87,5 %	93,3 %	100,0 %
anderen Vertragsärzten (D)³	66,7 %	60,2 %	46,4 %	76,2 %	44,4 %	50,0 %	60,0 %	62,5 %
Psychotherapeuten (E)⁴	26,7 %	24,3 %	10,7 %	19,0 %	0,0 %	22,9 %	6,7 %	12,5 %
Keine Fachgruppe (F)	13,3 %	15,5 %	21,4 %	57,1 %	11,1 %	25,0 %	40,0 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	60,2 %	67,9 %	76,2 %	55,6 %	70,8 %	86,7 %	81,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	6,3 %	6,7 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	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	265	341	192	182	235	277	178	143
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,5 %	17,9 %	24,0 %	26,4 %	28,5 %	29,6 %	28,7 %	26,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,2 %	4,7 %	3,1 %	3,8 %	3,8 %	4,7 %	2,8 %	3,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,1 %	47,8 %	42,7 %	34,1 %	46,4 %	41,2 %	36,5 %	27,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,2 %	10,0 %	9,9 %	8,8 %	7,7 %	10,5 %	7,3 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,7 %	3,8 %	1,6 %	1,1 %	2,6 %	2,9 %	2,2 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	1,5 %	6,3 %	7,7 %	2,1 %	1,8 %	3,9 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,9 %	24,9 %	28,1 %	30,2 %	32,8 %	35,7 %	33,1 %	30,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,6 %	36,4 %	34,9 %	43,4 %	32,8 %	36,1 %	38,8 %	44,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	237	295	165	163	202	221	151	120
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,3 %	20,0 %	26,1 %	27,0 %	31,2 %	30,8 %	32,5 %	30,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,6 %	5,4 %	3,0 %	4,3 %	4,5 %	5,9 %	2,0 %	4,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F)	38,8 %	48,8 %	42,4 %	33,7 %	47,5 %	38,9 %	36,4 %	30,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	11,0 %	10,5 %	11,5 %	9,2 %	6,9 %	10,4 %	7,3 %	8,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	6,3 %	4,1 %	1,8 %	1,2 %	3,0 %	3,6 %	2,0 %	3,3 %
	3,0 %	1,7 %	4,8 %	7,4 %	2,5 %	2,3 %	4,6 %	5,0 %
	27,4 %	27,8 %	30,3 %	31,3 %	36,1 %	38,5 %	35,8 %	35,8 %
	39,7 %	33,6 %	34,5 %	42,3 %	31,2 %	36,2 %	37,1 %	37,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	153	183	116	124	122	120	98	74
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,3 %	21,3 %	29,3 %	28,2 %	36,1 %	31,7 %	34,7 %	32,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,9 %	5,5 %	3,4 %	4,0 %	3,3 %	7,5 %	3,1 %	5,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	39,9 %	48,1 %	43,1 %	33,1 %	42,6 %	41,7 %	38,8 %	33,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,4 %	13,1 %	12,9 %	9,7 %	6,6 %	10,8 %	9,2 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,5 %	4,4 %	1,7 %	1,6 %	2,5 %	2,5 %	2,0 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	2,7 %	5,2 %	9,7 %	2,5 %	3,3 %	2,0 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,1 %	29,5 %	33,6 %	32,3 %	41,0 %	40,0 %	38,8 %	39,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,6 %	31,7 %	34,5 %	41,1 %	32,0 %	31,7 %	34,7 %	35,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <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	210	296	159	143	201	250	148	118
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,1 %	32,8 %	34,6 %	43,4 %	50,2 %	43,6 %	48,0 %	52,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,6 %	10,5 %	7,5 %	10,5 %	5,0 %	12,4 %	8,1 %	8,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,1 %	75,3 %	73,0 %	65,7 %	70,6 %	66,8 %	60,1 %	60,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,5 %	24,7 %	33,3 %	28,0 %	21,4 %	24,4 %	21,6 %	21,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,0 %	6,8 %	10,7 %	2,8 %	7,0 %	7,6 %	8,1 %	8,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,6 %	5,1 %	13,2 %	10,5 %	4,5 %	6,8 %	8,8 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,1 %	45,6 %	46,5 %	50,3 %	55,2 %	55,6 %	57,4 %	61,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,8 %	12,8 %	6,9 %	14,0 %	13,9 %	15,6 %	15,5 %	14,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	190	253	134	125	170	199	126	97
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	40,5 %	36,0 %	38,1 %	45,6 %	54,7 %	46,7 %	53,2 %	60,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,5 %	11,5 %	7,5 %	12,0 %	5,9 %	13,6 %	7,1 %	9,3 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,5 %	76,3 %	71,6 %	65,6 %	71,2 %	65,3 %	61,1 %	66,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,6 %	25,7 %	35,8 %	30,4 %	22,9 %	25,6 %	23,0 %	23,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,0 %	7,5 %	11,2 %	3,2 %	7,6 %	8,5 %	8,7 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	5,9 %	12,7 %	9,6 %	5,3 %	7,5 %	10,3 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,5 %	50,2 %	50,7 %	53,6 %	60,0 %	60,8 %	61,1 %	70,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,1 %	11,5 %	6,7 %	12,8 %	12,4 %	14,1 %	13,5 %	7,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	116	153	92	92	100	105	80	63
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,9 %	37,3 %	41,3 %	47,8 %	62,0 %	53,3 %	62,5 %	68,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,8 %	13,7 %	8,7 %	14,1 %	7,0 %	16,2 %	8,8 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,6 %	76,5 %	71,7 %	67,4 %	69,0 %	69,5 %	67,5 %	71,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,5 %	28,8 %	40,2 %	32,6 %	21,0 %	30,5 %	25,0 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,2 %	6,5 %	10,9 %	3,3 %	7,0 %	6,7 %	10,0 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	8,5 %	15,2 %	13,0 %	5,0 %	6,7 %	6,3 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,3 %	52,9 %	54,3 %	56,5 %	68,0 %	70,5 %	71,3 %	79,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,2 %	9,2 %	6,5 %	9,8 %	9,0 %	6,7 %	7,5 %	1,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	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	150	221	105	88	158	207	120	85
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	62,0 %	39,8 %	48,6 %	58,0 %	71,5 %	51,2 %	56,7 %	67,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	16,7 %	12,4 %	13,6 %	7,0 %	19,3 %	10,0 %	11,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,3 %	89,6 %	88,6 %	89,8 %	89,9 %	85,5 %	85,0 %	87,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,3 %	45,2 %	48,6 %	52,3 %	46,8 %	41,5 %	46,7 %	50,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,0 %	9,5 %	16,2 %	8,0 %	12,0 %	14,0 %	10,8 %	12,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	8,6 %	14,3 %	23,9 %	13,3 %	15,0 %	21,7 %	22,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,3 %	55,7 %	62,9 %	67,0 %	75,3 %	68,6 %	65,8 %	76,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,7 %	4,1 %	2,9 %	0,0 %	2,5 %	2,4 %	4,2 %	3,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	140	192	89	77	139	167	106	74
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	62,9 %	43,8 %	53,9 %	62,3 %	75,5 %	53,9 %	60,4 %	74,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,7 %	17,7 %	12,4 %	15,6 %	7,9 %	21,0 %	9,4 %	10,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F)	86,4 %	90,1 %	86,5 %	88,3 %	90,6 %	86,2 %	85,8 %	90,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,0 %	46,9 %	50,6 %	53,2 %	48,2 %	42,5 %	49,1 %	51,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,9 %	9,4 %	16,9 %	9,1 %	12,9 %	16,2 %	12,3 %	13,5 %
	16,4 %	9,4 %	13,5 %	20,8 %	14,4 %	16,8 %	23,6 %	21,6 %
	72,9 %	60,4 %	68,5 %	72,7 %	79,1 %	74,3 %	68,9 %	82,4 %
	2,9 %	3,1 %	3,4 %	0,0 %	2,9 %	1,8 %	4,7 %	2,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	80	111	58	58	81	88	68	48
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	65,0 %	50,5 %	63,8 %	62,1 %	84,0 %	61,4 %	69,1 %	81,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,3 %	22,5 %	15,5 %	19,0 %	8,6 %	18,2 %	8,8 %	10,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,0 %	90,1 %	87,9 %	86,2 %	90,1 %	89,8 %	89,7 %	97,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,5 %	51,4 %	60,3 %	55,2 %	46,9 %	47,7 %	55,9 %	56,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,3 %	9,0 %	15,5 %	10,3 %	11,1 %	14,8 %	11,8 %	14,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,8 %	13,5 %	19,0 %	25,9 %	11,1 %	17,0 %	23,5 %	20,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,0 %	67,6 %	75,9 %	74,1 %	87,7 %	81,8 %	77,9 %	89,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,3 %	1,8 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

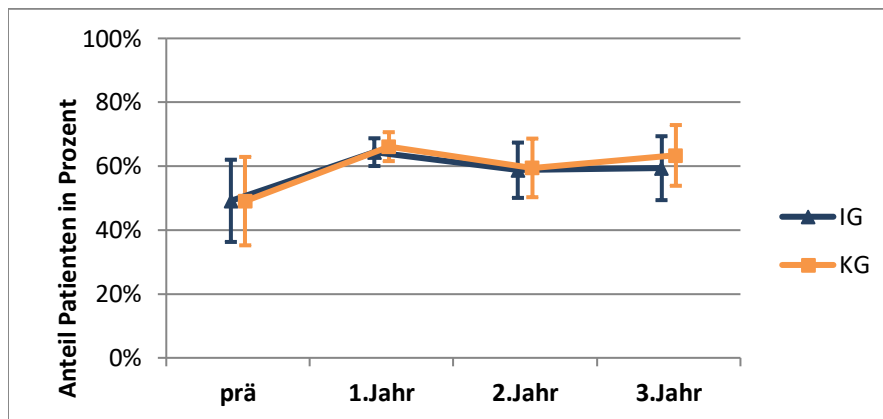
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

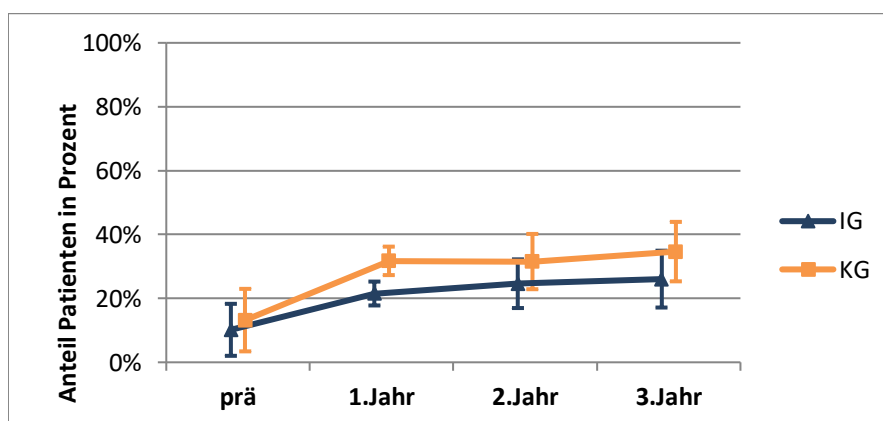
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

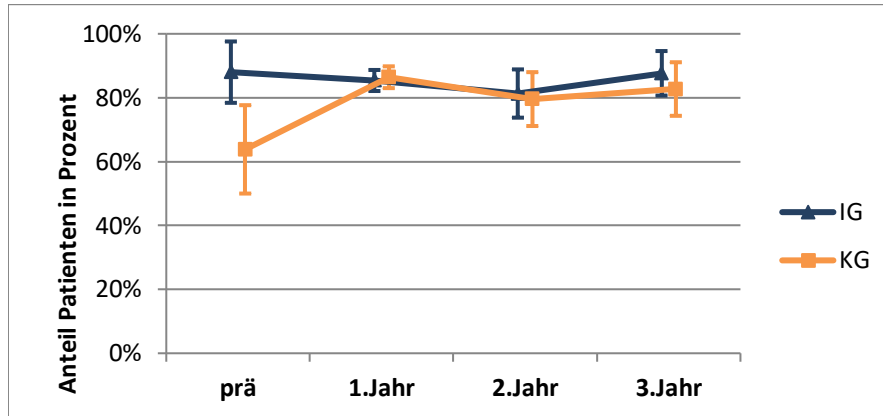
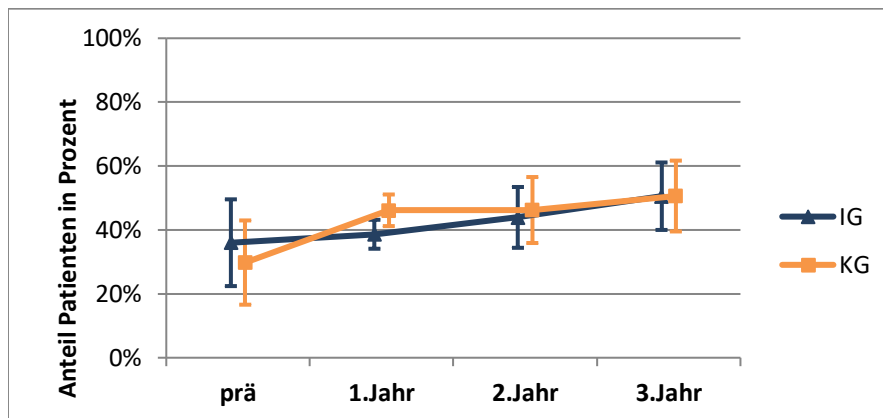
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

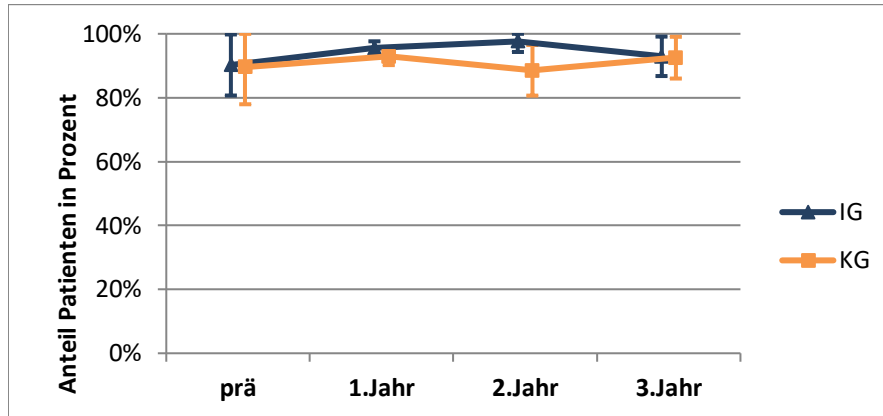
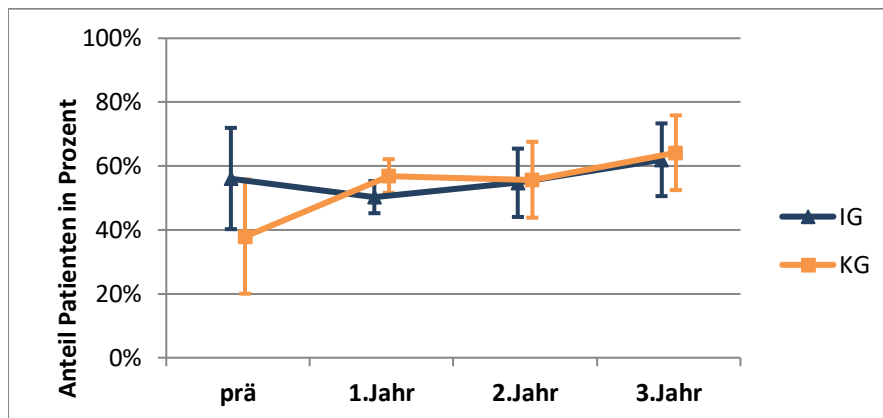
- Alle



- 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:

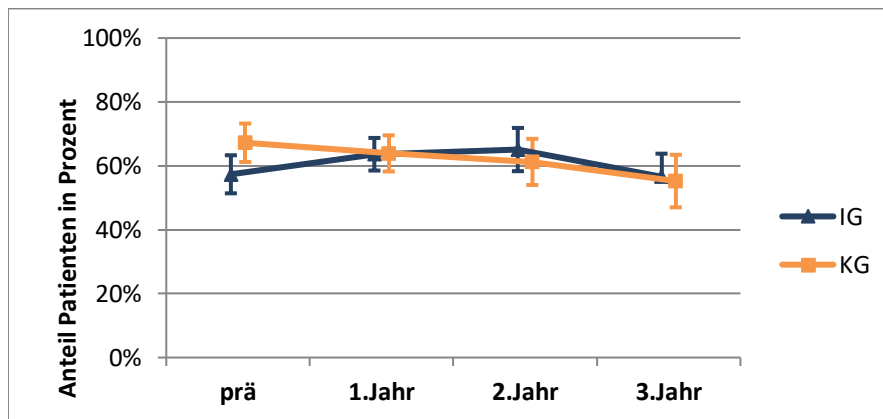
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

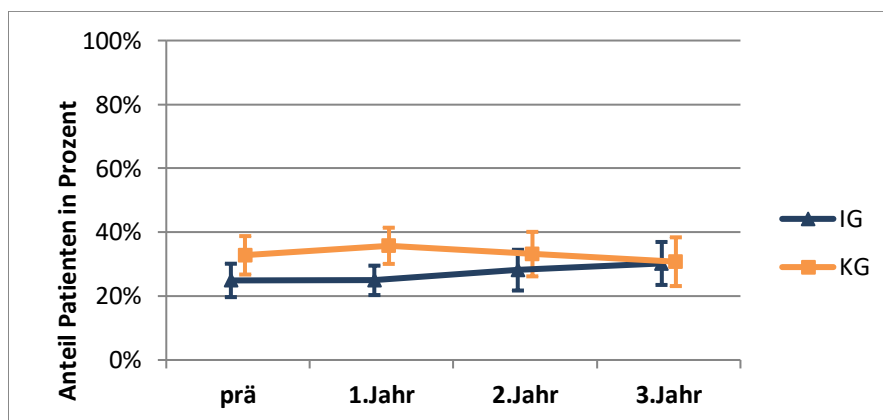
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

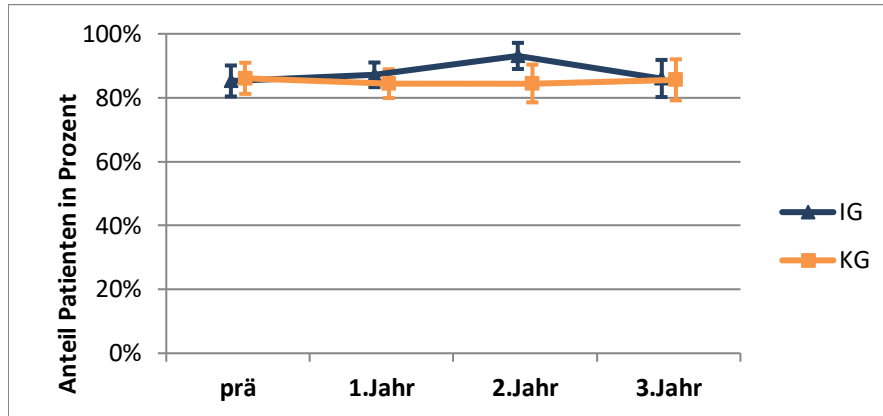
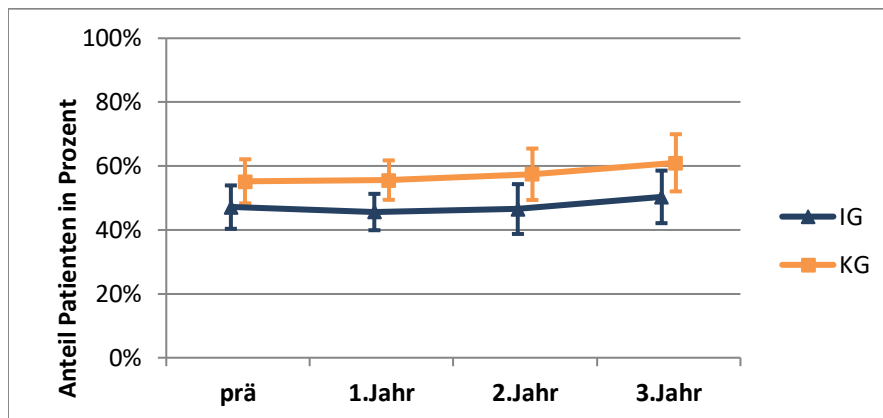
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

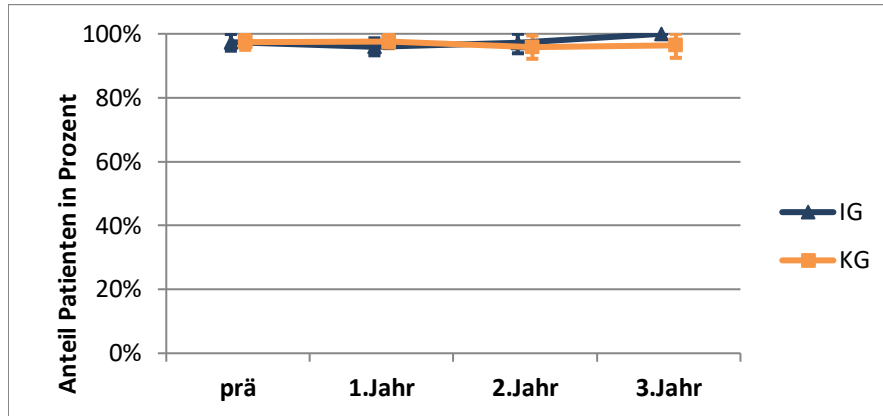
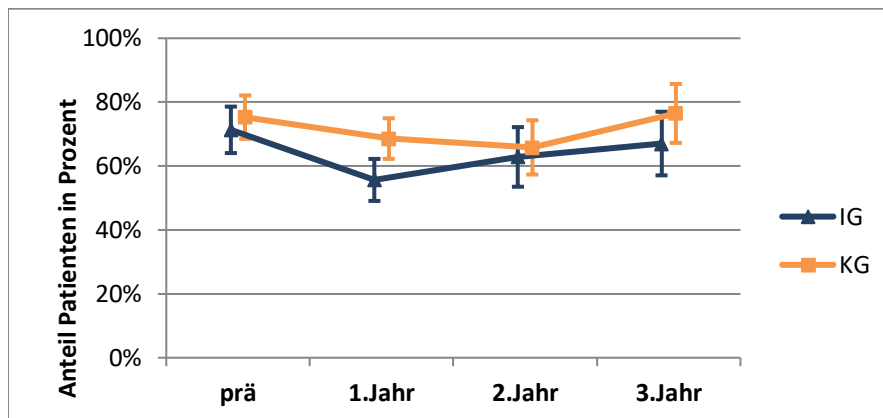
- **Alle**



- **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 = 469, KG = 422; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 341, KG = 277). 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.

Für die Klinikneuen Patienten gab es über den patientenindividuellen Verlauf sowohl in der IG als auch in der KG eine Tendenz zur Erhöhung der Behandlungskontinuität. Bei den Klinikbekannten Patienten blieb dieser Anteil weitestgehend stabil. Bei den Klinikneuen und den Klinikbekannten Patienten wies die IG stets einen geringeren Anteil an Behandlungskontinuität im Vergleich zur KG auf. Nur bei den Klinikneuen Patienten war im Prä-Zeitraum dieser Anteil in der IG bei 30 und 90 Tagen Nachbeobachtung größer.

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	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	65	478	47	476
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,7 %	19,5 %	17,0 %	12,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,1 %	5,9 %	10,6 %	9,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,8 %	37,4 %	55,3 %	48,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,8 %	11,7 %	14,9 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,8 %	9,2 %	0,0 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	4,4 %	8,5 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,5 %	30,8 %	27,7 %	25,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,4 %	38,1 %	23,4 %	35,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	63	298	41	265
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,9 %	20,5 %	19,5 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,2 %	7,4 %	7,3 %	13,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,4 %	36,9 %	56,1 %	54,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,7 %	14,1 %	17,1 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,5 %	9,7 %	0,0 %	9,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	3,7 %	9,8 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,5 %	33,2 %	26,8 %	30,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,5 %	37,2 %	24,4 %	27,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	31	151	13	117
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,7 %	15,9 %	23,1 %	14,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,2 %	9,3 %	15,4 %	16,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	54,8 %	40,4 %	30,8 %	53,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,9 %	15,2 %	15,4 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,7 %	6,6 %	0,0 %	12,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	4,0 %	23,1 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,4 %	29,8 %	38,5 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,3 %	39,1 %	30,8 %	22,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	52	434	37	432
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,9 %	27,6 %	27,0 %	20,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,6 %	13,4 %	18,9 %	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	70,0 %	75,7 %	69,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,9 %	27,4 %	29,7 %	29,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,4 %	19,1 %	10,8 %	15,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,8 %	9,0 %	10,8 %	8,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,4 %	47,5 %	54,1 %	41,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,3 %	12,9 %	8,1 %	15,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	50	270	33	241
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,0 %	27,4 %	30,3 %	21,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	15,9 %	15,2 %	21,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,0 %	71,5 %	81,8 %	74,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,0 %	31,9 %	33,3 %	32,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,0 %	19,3 %	12,1 %	17,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,0 %	7,0 %	12,1 %	10,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,0 %	49,6 %	54,5 %	49,4 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	18,0 %	12,2 %	6,1 %	9,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	28	137	11	107
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,7 %	21,9 %	27,3 %	19,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,9 %	19,0 %	18,2 %	26,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,4 %	74,5 %	54,5 %	78,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	35,8 %	27,3 %	39,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,4 %	15,3 %	18,2 %	21,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	9,5 %	18,2 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,1 %	45,3 %	54,5 %	55,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,4 %	11,7 %	18,2 %	5,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	33	384	22	380
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	24,2 %	33,6 %	54,5 %	28,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,2 %	21,6 %	27,3 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,9 %	84,9 %	90,9 %	84,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,5 %	51,3 %	36,4 %	50,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,2 %	25,5 %	22,7 %	22,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,2 %	19,8 %	31,8 %	17,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,5 %	59,4 %	77,3 %	54,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	4,9 %	0,0 %	6,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	33	232	20	208
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- 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)	24,2 %	34,9 %	55,0 %	28,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,2 %	26,3 %	25,0 %	28,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	87,9 %	86,6 %	90,0 %	89,4 %
	51,5 %	58,6 %	40,0 %	55,3 %
	15,2 %	26,3 %	25,0 %	25,5 %
	15,2 %	18,5 %	35,0 %	18,3 %
	48,5 %	64,7 %	80,0 %	62,5 %
	3,0 %	4,3 %	0,0 %	1,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit				
	18	118	<10	91
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	29,7 %	50,0 %	25,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,8 %	32,2 %	25,0 %	37,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,9 %	87,3 %	75,0 %	91,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,6 %	61,9 %	25,0 %	59,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	22,2 %	17,8 %	25,0 %	27,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	22,0 %	25,0 %	24,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	60,2 %	87,5 %	67,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,2 %	0,0 %	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:

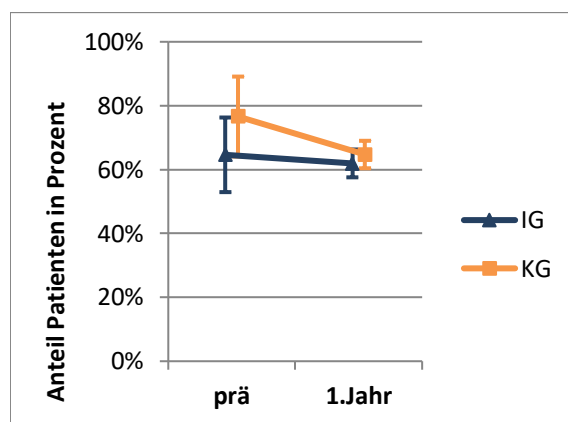
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

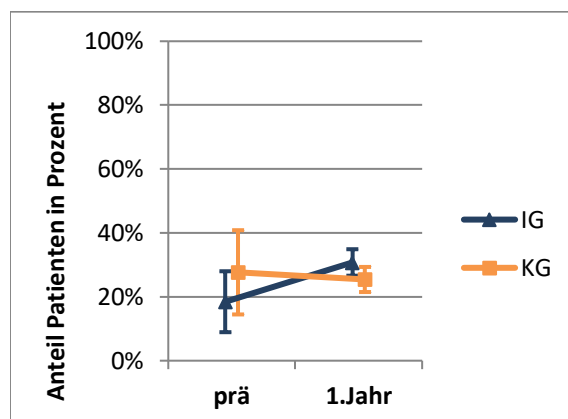
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

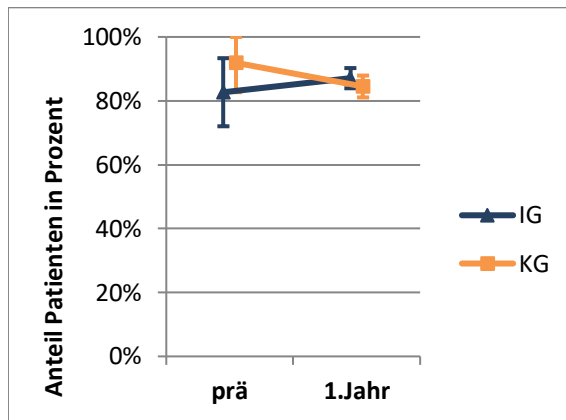
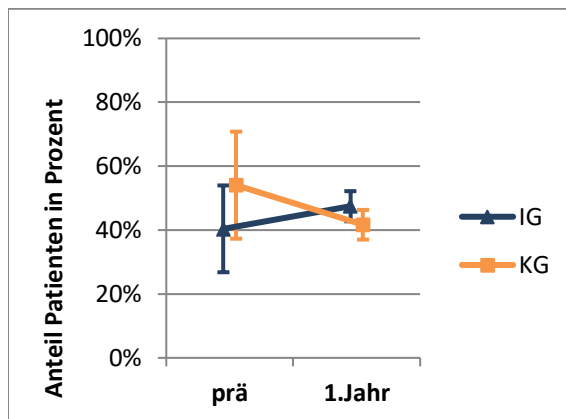
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

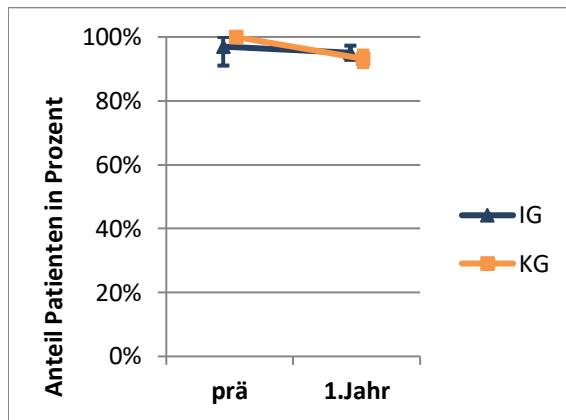
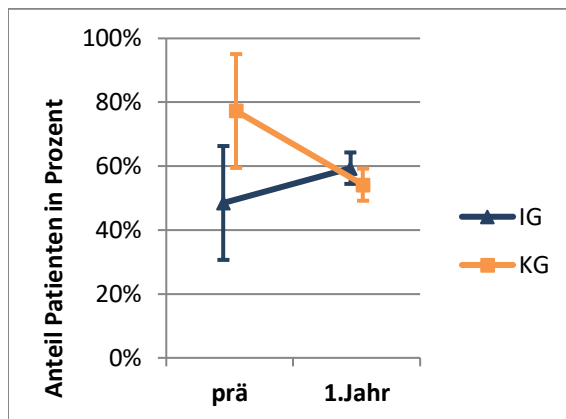
Kontakt innerhalb von 90 Tagen- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

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 261 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich ein stärkerer Anstieg der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor im ersten Jahr in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG), unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage). Hier startete die IG von einem niedrigeren Wert im Prä-Zeitraum, während die KG hier einen vergleichsweise höheren Wert aufwies, der dann im ersten Jahr jedoch nicht mehr erreicht werden konnte. Keiner der betrachteten Unterschiede war jedoch statistisch signifikant.

9.2.4 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 Prä-Zeitraum 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 261 ff).

9.2.5 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)	551	551	551	551	537	537	537	537
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	537	541	514	491	521	527	507	490
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,4%	2,0%	1,6%	0,7%	0,6%	1,3%	0,7%	0,7%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	534	534	534	534	531	531	531	531
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	527	531	518	498	521	525	509	489
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,1%	1,7%	0,7%	0,2%	0,2%	0,9%	0,9%	0,9%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%

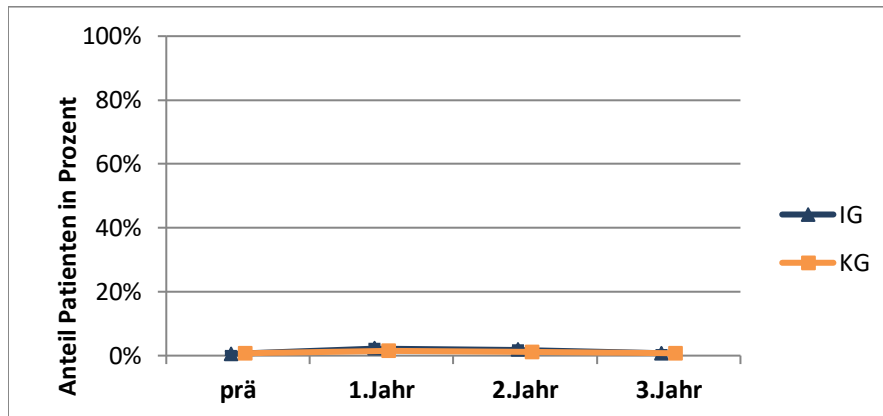
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

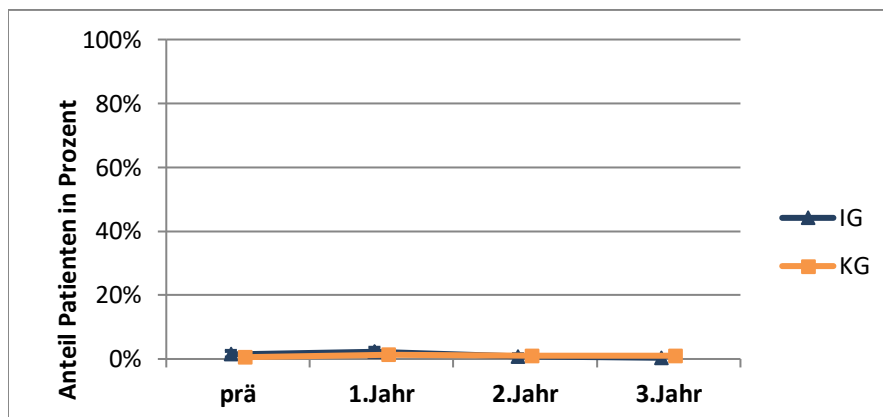
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 = 541, KG = 527; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG = 531, KG = 525) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster identisch verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

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)	633	633	633	633
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	623	619	622	623
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	1,7%	2,8%	0,5%	2,4%
• Vier (B)	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,6%	0,2%	0,6%

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.

Fallzahl zu klein

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 261ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275ff.).

Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhausopping war die betreffende Fallzahl an Patienten zu gering, um einen Vergleich zwischen Modellklinik und Kontrollgruppe anzustellen. Allgemein kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhausopping sehr wenige Patienten betrafen.

9.2.6 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)	321	321	316	314	326	326	325	321
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	153	256	109	91	153	252	101	78
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,4	1,5	1,8	1,4	1,5	1,3	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	28,9	98,8	38,0	21,1	24,8	80,0	24,2	15,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,7%	19,9%	9,5%	6,7%	23,6%	15,3%	7,7%	5,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	10	10	10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,1	1,3	1,2	1,3	1,6	1,0	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,6	0,6	1,1	0,5	0,3	0,1	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

² 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
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	240	240	238	234	261	261	260	256
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	105	138	86	75	139	140	96	76
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,0	1,8	2,0	2,3	1,6	1,9	2,1	2,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	49,4	52,9	30,8	27,2	43,3	47,3	19,2	19,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	16,3%	11,7%	8,8%	6,8%	18,4%	8,0%	4,2%	4,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	16	<10	<10	<10	17	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,4	1,3	1,1	1,6	1,1	2,2	2,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,3	1,3	0,8	0,5	1,6	0,5	0,7	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%

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

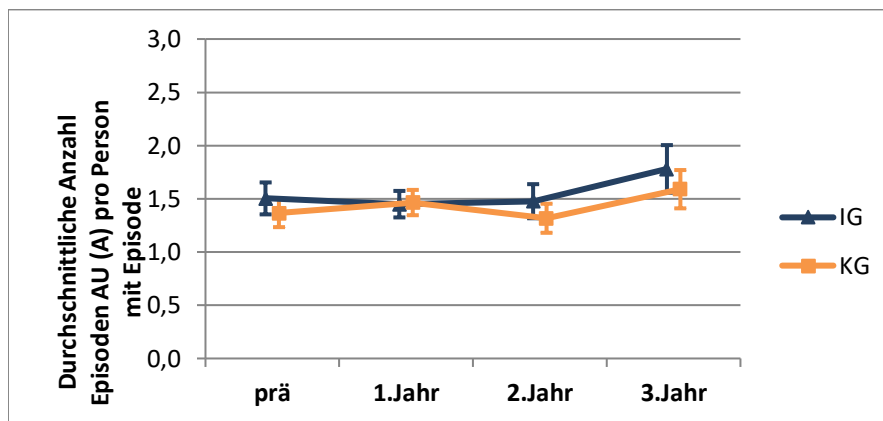
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

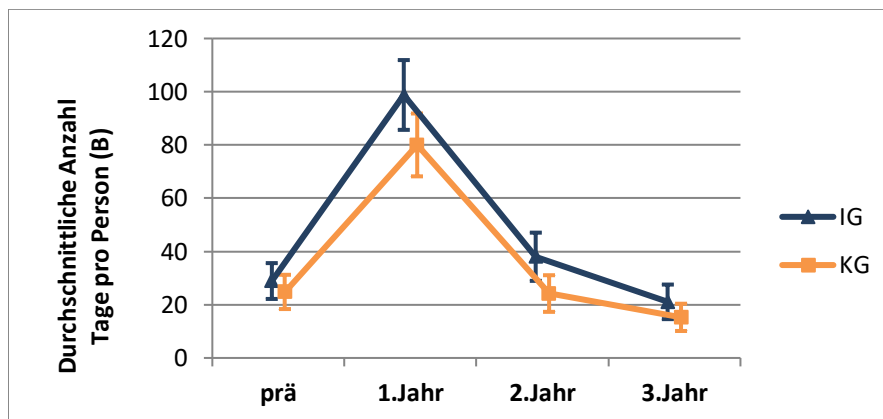
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

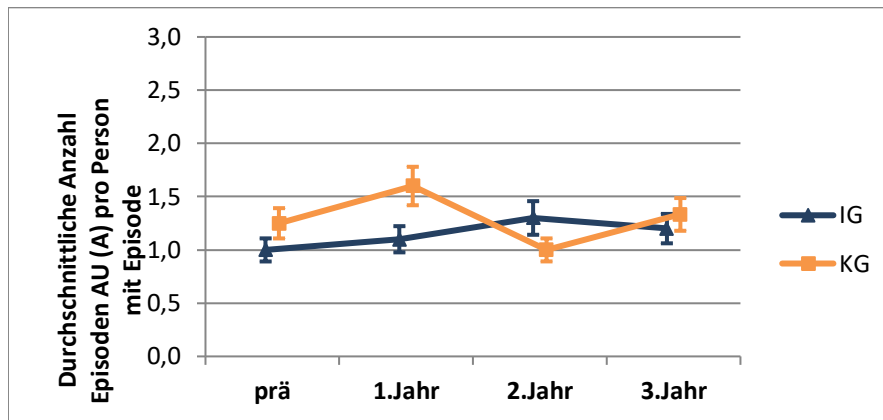
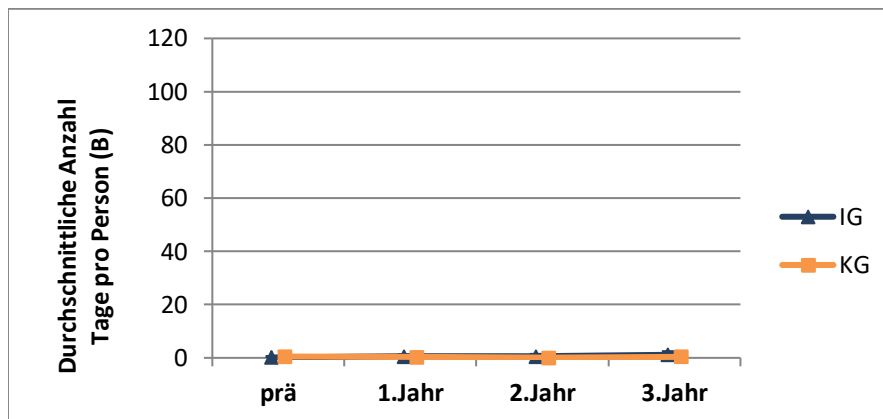
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- **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:

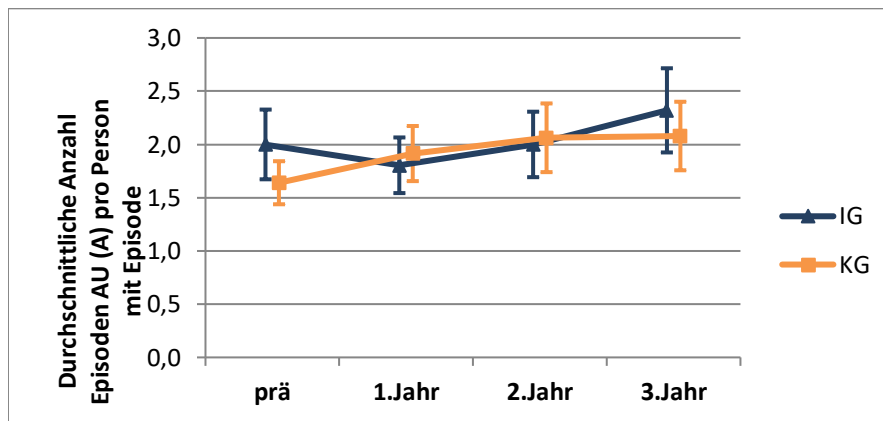
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

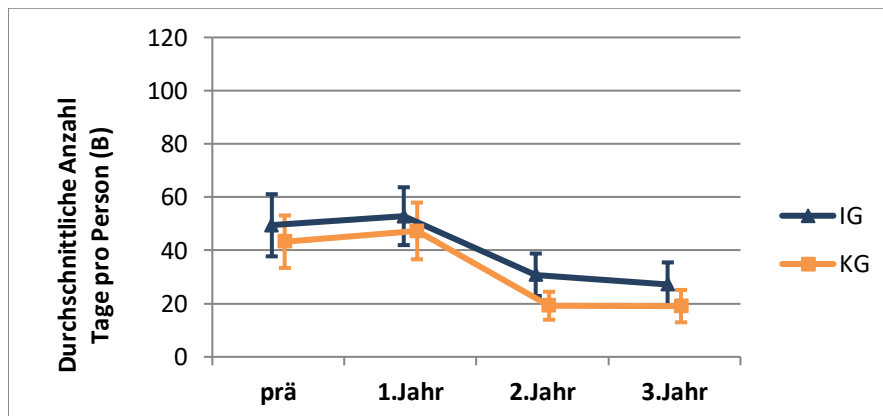
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

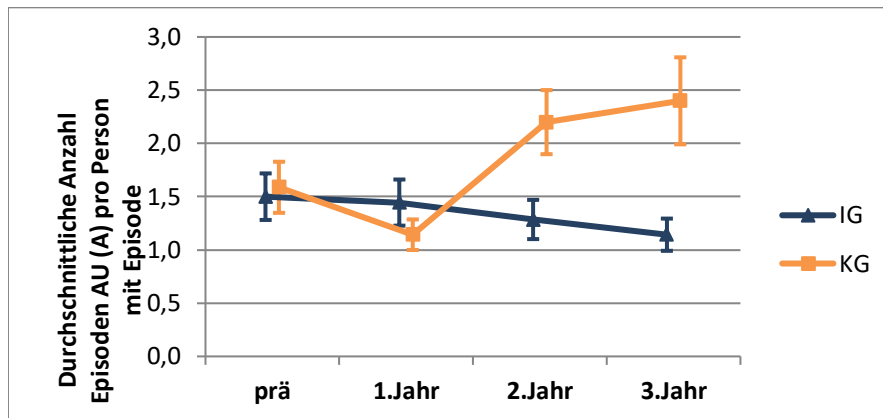
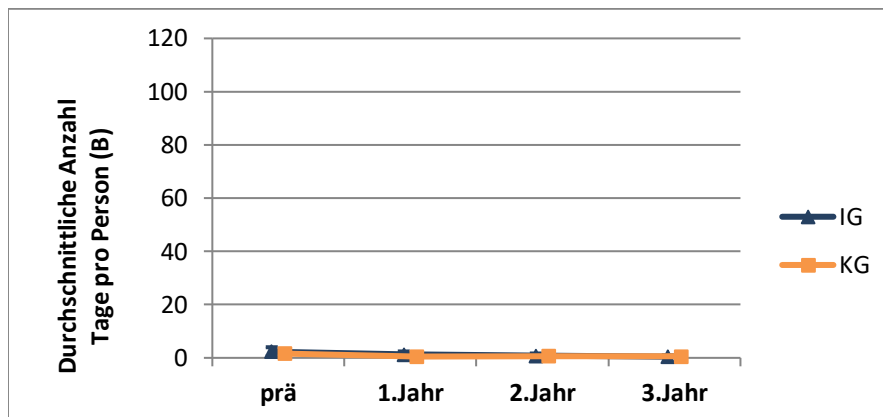
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- **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 = 321, KG = 326; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG = 240, KG = 261). 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.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,5-1,8). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 18,8 AU-Tage höher im Vergleich zur KG (IG: 98,8 AU-Tage, KG: 80 AU-Tage). Dabei stieg die Anzahl an AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG um 14,7 AU-Tage stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten waren die Verläufe und die Höhe der Anzahl an *AU-Episoden*, analog zu den klinikneuen Patienten, zwischen IG und KG vergleichbar. Bezüglich der *Anzahl an AU-Tagen* lag die IG hier jedoch im gesamten Beobachtungszeitraum über dem Niveau der KG (prä: +6,2; 1. Jahr: +5,6; 2. Jahr: +11,6; 3. Jahr: +8,1 Tage).

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)	418	418	426	426
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	204	315	202	317
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	36,1	93,1	30,1	83,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,3%	13,9%	26,5%	11,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	13	14	10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,2	1,5	1,0	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,6	1,4	0,7	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,5%	0,0%	0,2%	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:

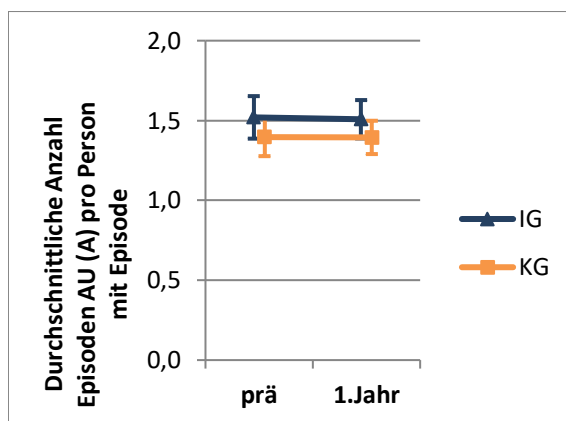
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

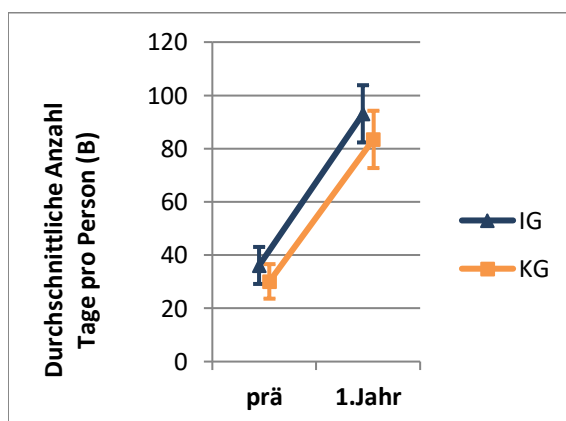
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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 261 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 327 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 418 und 426) verlief die Entwicklung bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen zwischen IG und KG fast identisch. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (prä: 36,1 Tage; 1. Jahr: 93,1 Tage) signifikant stärker an als in der KG (prä: 30,1 Tage; 1. Jahr: 83,5 Tage). Dieser stärkere Anstieg war statistisch signifikant (DiD = +3,6 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 höher als in der KG.

9.2.7 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)	300	312
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	32,7% 99,2	27,2% 97,4
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	180	162
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	22,7% 113,6	16,0% 89,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	89	68
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	11,7% 122,8	8,0% 115,2

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

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

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

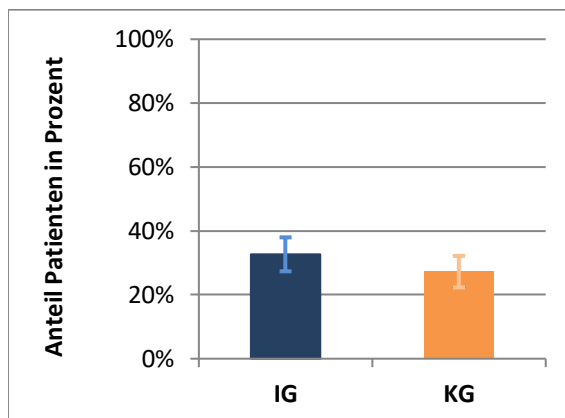
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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)

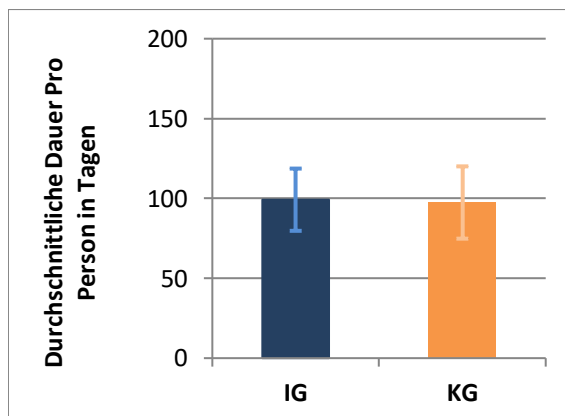


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Graphische Darstellungen für Wiederaufnahme-

raten 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 261 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 300 und 312) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt im patientenindividuellen ersten Jahr in der Modellklinik (IG) größer als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: 32,7%; KG: 27,2%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in beiden Gruppen vergleichbar hoch (IG: 99,2 Tage; KG: 97,4 Tage). Die geschätzten DiD-Parameter waren jedoch beide nicht statistisch signifikant.

9.2.8 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)	557	557	535	520	544	544	528	515
Mittlerer Elixhauser Score Mittelwert	3,1	3,6	3,2	3,1	2,9	3,5	3,0	3,0

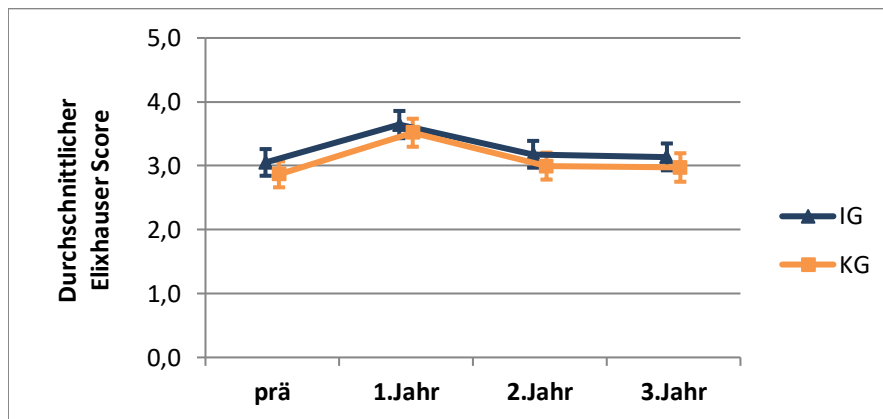
Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	537	537	528	515	535	535	523	512
Mittlerer Elixhauser Score Mittelwert	3,7	3,9	3,9	3,9	3,9	4,1	4,0	3,9

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

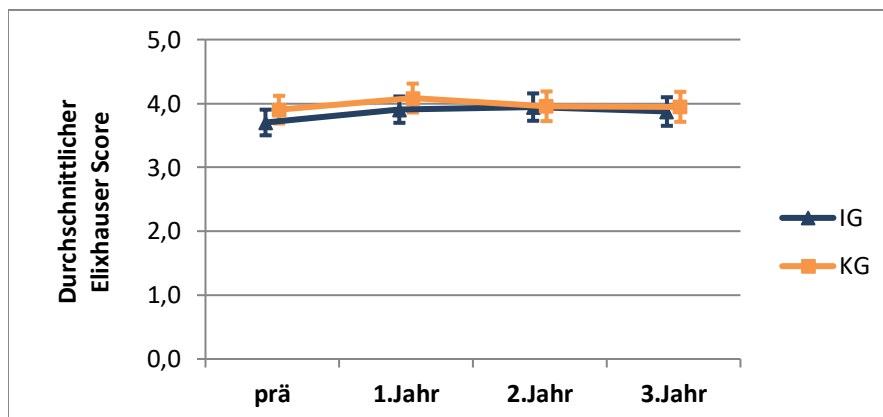
Legende für die folgenden Abbildungen:

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 = 557, KG = 544; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 537, KG = 534) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch.

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	639	639
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	3,5 3 2 - 5	3,6 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 • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	2,4 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 • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	1,1 1 0 - 2	1,2 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.

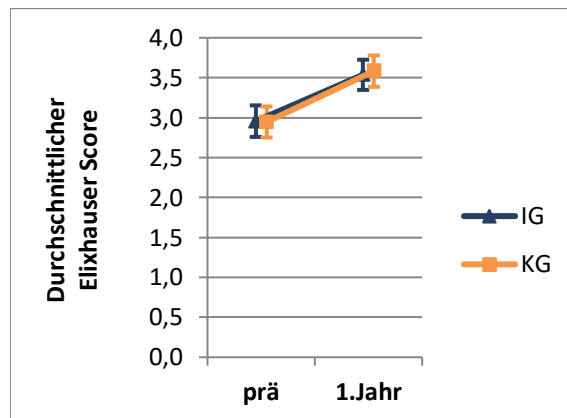
Mittlerer Elixhauser Score

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 261 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keine relevante Unterscheidung zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG). Beide Verläufe waren nahezu identisch.

9.2.9 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)	557	557	557	544	544	544
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	3,9 %	6,6 %	8,8 %	2,9 %	5,3 %	7,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	537	537	537	535	535	535
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	1,7 %	4,1 %	5,8 %	2,2 %	4,3 %	7,9 %

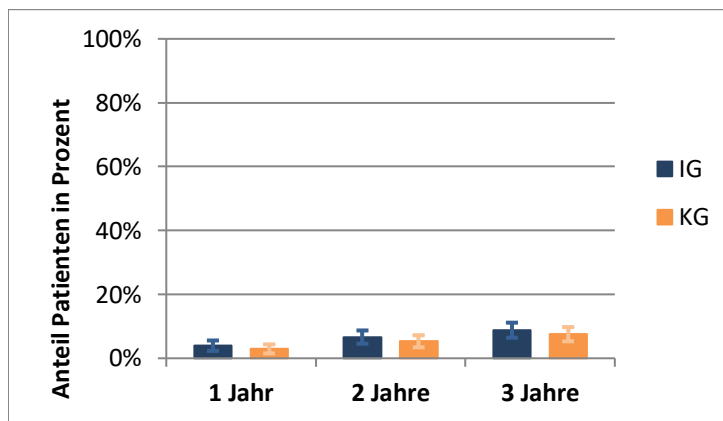
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

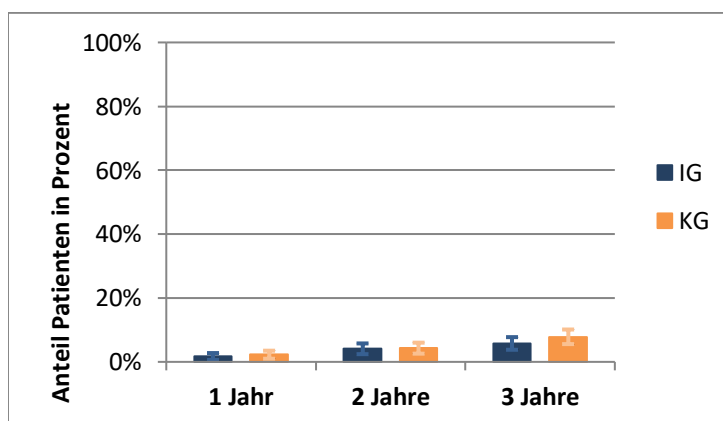
Anzahl Tode**Klinikbekannte Patienten**

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 ($n_{\text{klinikneu}}$: IG = 557, KG = 544; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG = 537, KG = 534) zeigten sich bei klinikneuen und den klinikbekannten Patienten ähnlich hohe Anteile an Verstorbenen in beiden Gruppen. Die absoluten Werte waren zudem sehr gering.

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	639	639
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	3,4 %	2,7 %

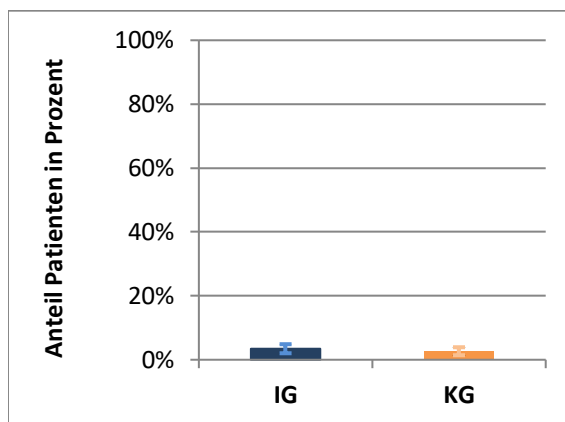
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(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 klinikbekannten 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 klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 261 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in der Modellklinik (IG) geringfügig höher als in der Kontrollgruppe (KG). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

9.2.10 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	535	520	508	528	515	503
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	191	200	208	185	191	196
• Jegliche depr. Episode ³	326	332	326	338	335	332
• ohne Suchterkrankung ⁵	378	368	362	381	373	366
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	22,0 %	24,5 %	27,4 %	27,0 %	26,7 %	26,5 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,6 %	8,1 %	9,2 %	4,1 %	5,7 %	7,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	21,4 %	25,3 %	28,2 %	21,0 %	24,4 %	27,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	528	515	506	523	512	493
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	124	126	127	113	115	117
• Jegliche depr. Episode ³	245	241	238	259	256	250
• ohne Suchterkrankung ⁵	285	277	275	291	284	273
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	4,8 %	7,1 %	7,1 %	12,4 %	13,0 %	13,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,9 %	5,0 %	8,0 %	0,8 %	2,0 %	2,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	6,7 %	10,5 %	13,8 %	7,6 %	11,3 %	15,0 %

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

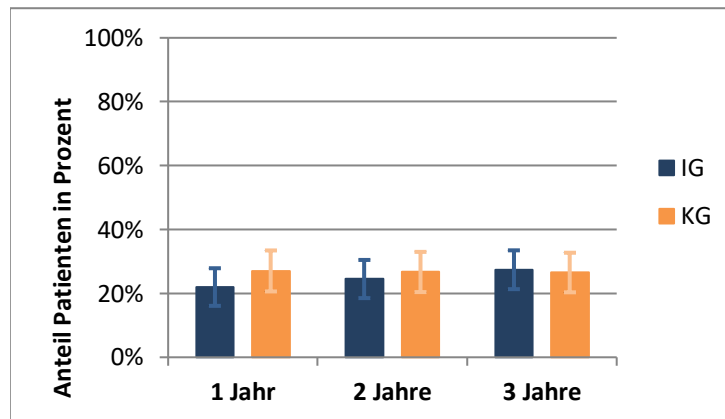
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

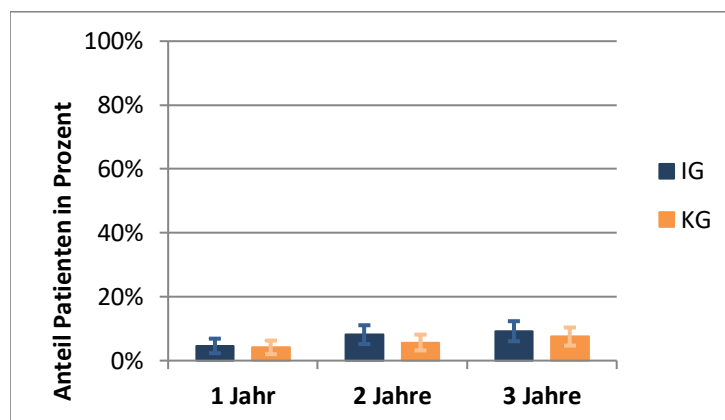
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

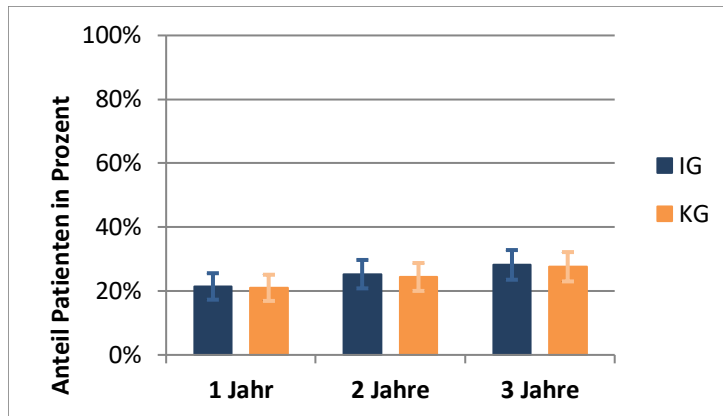
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

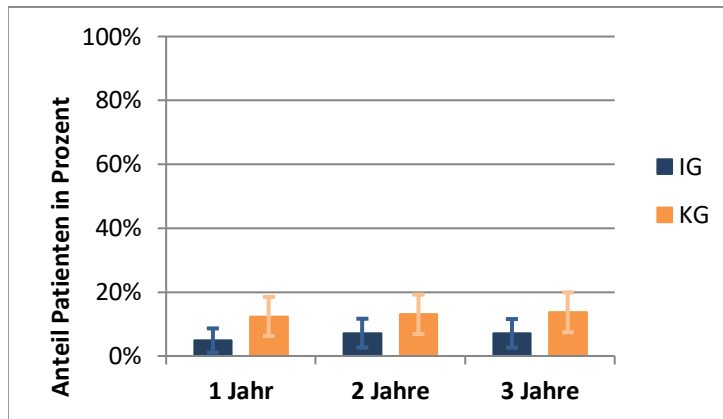
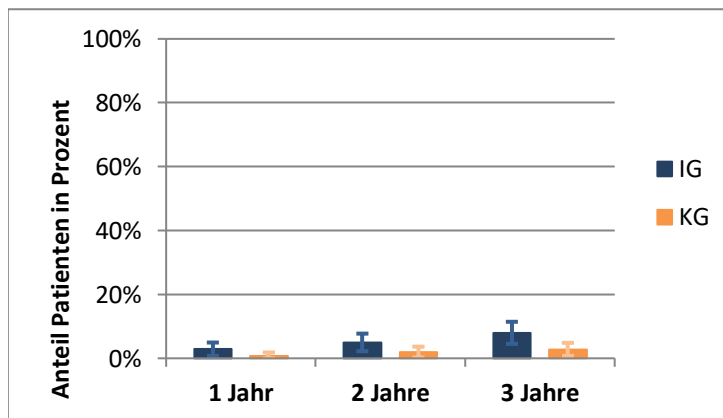
Klinikbekannte Patienten

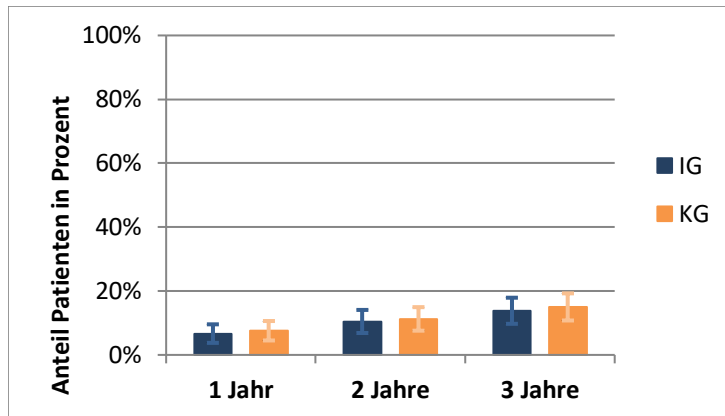
Legende für die folgenden Abbildungen:

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 = 535, KG = 528; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG = 528, KG = 523) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster und eine Steigung der Progression über die Zeit, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Die Anstiege waren jeweils zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) und über die Zeit vergleichbar. In der IG entwickelten die klinikneuen und klinikbekannten Patienten zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) in jedem Jahresintervall im Vergleich zur KG, ausgenommen bei den klinikneuen Patienten im dritten Jahr nach Referenzfall. Der Anteil für eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) war in der IG im Vergleich zur KG stets höher. Für die Entwicklung einer Suchterkrankung (Progression C) zeigten sich zwischen IG und KG soweit vergleichbare Werte (bei den klinikneuen Patienten stets etwas größer, bei den klinikbekannten Patienten stets etwas geringer in der IG im Vergleich zur 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	617	622
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	248	212
• Jegliche depr. Episode ³	401	394
• ohne Suchterkrankung ⁵	431	470
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	18,5 %	27,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,7 %	3,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	17,4 %	18,5 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

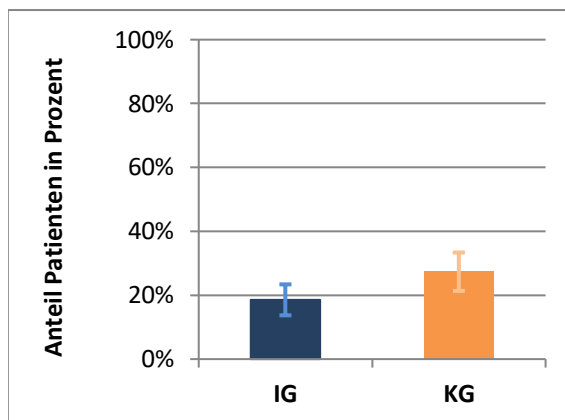
⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Abbildung 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

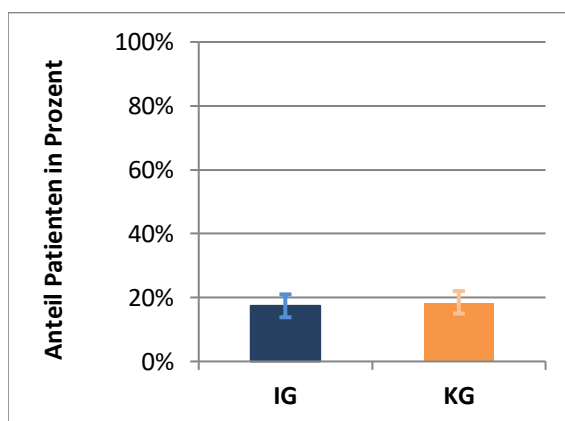
Progression C (→ Suchterkrankung)

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 261 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 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*) und von der Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) in der Modellklinik (IG) geringer und die Entwicklung zu einer rezidivierenden depressiven Störung leicht größer als in der Kontrollgruppe (KG). Die geschätzten DiD-Parameter zeigten jedoch keine statistische Signifikanz.

Für den Outcome Progression B waren hier die Fallzahlen zu gering, um inferenzstatistische Test zu rechnen.

9.2.11 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. (2) 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 (2).

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)		
- Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ - Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate	40 2,5 %	29 0,0 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
- Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ - Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸	50 0,0 %	38 0,0 %

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Bei diesem Parameter war die Anzahl 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)		
- Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ - Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose²	42 7,1 %	36 0,0 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
- Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ - Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵	<10 42,9 %	<10 40,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
- Anzahl Personen mit Demenz⁶ - Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷	29 20,7 %	16 43,8 %

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)		
- Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ - Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen	239 42,7 %	292 50,3 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
- Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ - Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen	260 0,0 %	229 0,0 %

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 von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war numerisch in der Modellklinik (IG) geringer als in der KG (Kontrollgruppe) (IG: 42,7%; KG: 50,3%). Ein statistisch signifikanter Unterschied ergab sich jedoch nicht.

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)		
- Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² - Anteil mit antipsychotischer Medikation³	51 84,3 %	48 85,4 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
- Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ - Anteil mit antipsychotischer Medikation³	24 70,8 %	26 88,5 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
- Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ - Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten	<10 22,2 %	<10 0,0 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre² ICD-10: F20, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum³ ACT-Codes: N05A⁴ ICD-10: F20, nur stationäre Fälle, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum⁵ 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 Monaten⁷ Monitoring abgebildet über EBM: 27320 (Ruhe-EKG), 32057 (Blutuntersuchung, Blutzucker), Gewichtskontrolle lässt sich über EBM nicht abbilden

Der Anteil von Patienten mit antipsychotischer Medikation war bei Erwachsenen mit Schizophrenie in beiden Gruppen vergleichbar hoch (84,3 % bzw. 85,4 %). Antipsychotische Medikationsverordnung nach einer Krankheitsepisode war in der IG zu geringeren Anteilen erfüllt (IG: 70,8 %; KG: 88,5 %). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

Aufgrund sehr geringer Fallzahlen konnte für den Parameter Monitoring auf Nebenwirkungen keine Signifikanzaussage 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

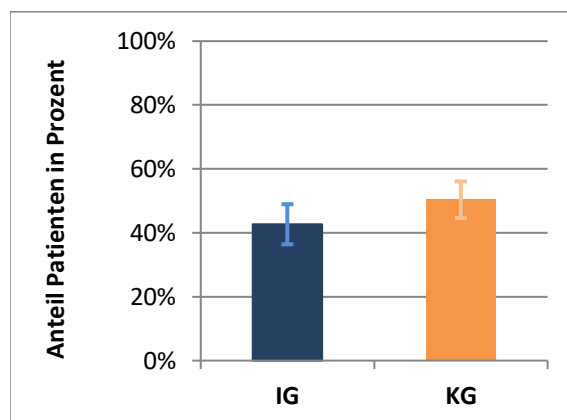
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

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 261 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 275 ff.).

10. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

10.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

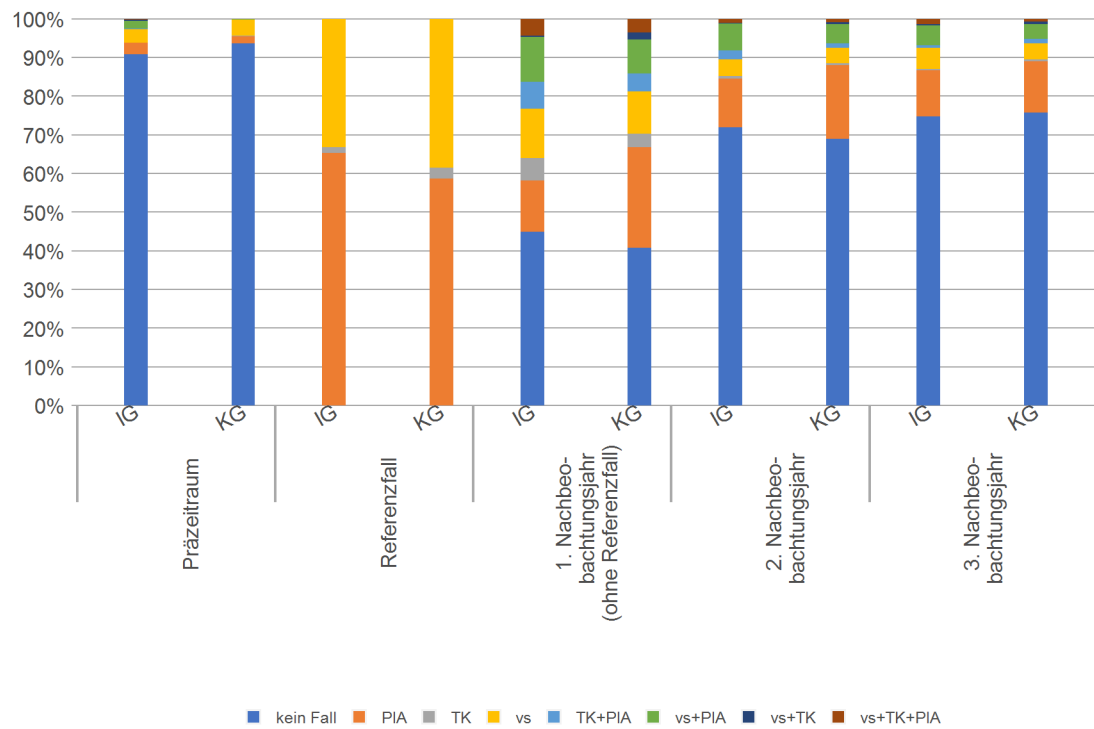
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für die gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten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

	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Setting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10		1				24	19	0,863	<10	<10	1	<10	<10	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10		1				<10	10	0,267	<10	<10	1	<10	<10	1
vs+PIA	11	<10	0,091				65	48	0,613	37	27	1	27	20	1
vs+HT															
TK+PIA	<10		1				39	25	0,613	12	<10	1	<10	<10	1
TK+HT															
HT+PIA															
vs	20	23	1	185	210	0,143	71	60	0,863	23	21	1	29	21	1
TK		<10	1	<10	15	0,186	32	19	0,613	<10	<10	1	<10	<10	1
PIA	16	10	1	364	319	0,103	74	141	<0,001	67	101	0,037	62	68	1
HT															
kein Fall	506	509	0,814				250	222	0,613	385	364	1	389	390	1
Gesamt-ergebnis	557	544	0,311	557	544	0,115	557	544	<0,001	535	528	0,761	520	515	1

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

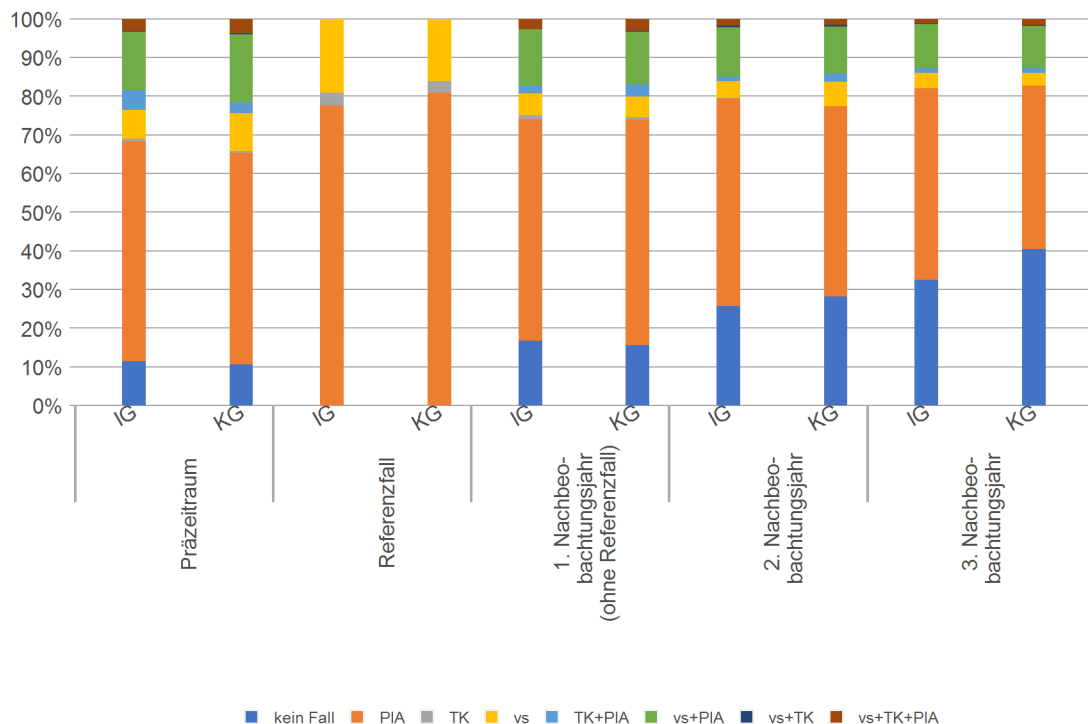


Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungs- setting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	17	20	1				15	17	1	<10	<10	1	<10	<10	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	1					<10	1	<10	<10	1	<10	<10	1
vs+PIA	81	94	1				78	73	1	67	63	1	59	55	1
vs+HT															
TK+PIA	28	15	0,572				11	17	1	<10	11	1	<10	<10	1
TK+HT															
HT+PIA															
vs	40	52	1	103	86	0,743	30	28	1	23	33	1	21	17	1
TK	<10	<10	1	18	16	0,870	<10	<10	1	<10		1			
PIA	306	292	1	416	433	0,743	308	312	1	283	258	1	255	216	0,153
HT															
kein Fall	61	57	1				90	83	1	136	147	1	167	207	0,075
Gesamtergebnis	537	535	1	537	535	0,743	537	535	1	528	523	1	515	512	1

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 und dreijähriger Nachbeobachtung zeigt sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied ($p = 0,311$) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). Auch im Referenzfall zeichnen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der IG und KG für die Behandlungssettings ab. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sind im Bereich der PIA für die KG statistisch signifikant mehr Fälle zu vermerken als in der IG ($n = 141$ vs. 74 ; $p < 0,001$). Diese Signifikanz verschwindet jedoch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren, sodass für alle Behandlungssettings keine statistisch signifikanten Unterschiede zu vermerken sind ($p = 1$).

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigt sich weder im Prä-Zeitraum noch im Referenzfall ein signifikanter Unterschied ($p = 1$ bzw. $p = 0,743$) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24). Auch in den Nachbeobachtungsjahren konnte kein statistisch signifikanter Unterschied der Behandlungssettings zwischen der IG und KG ermittelt werden.

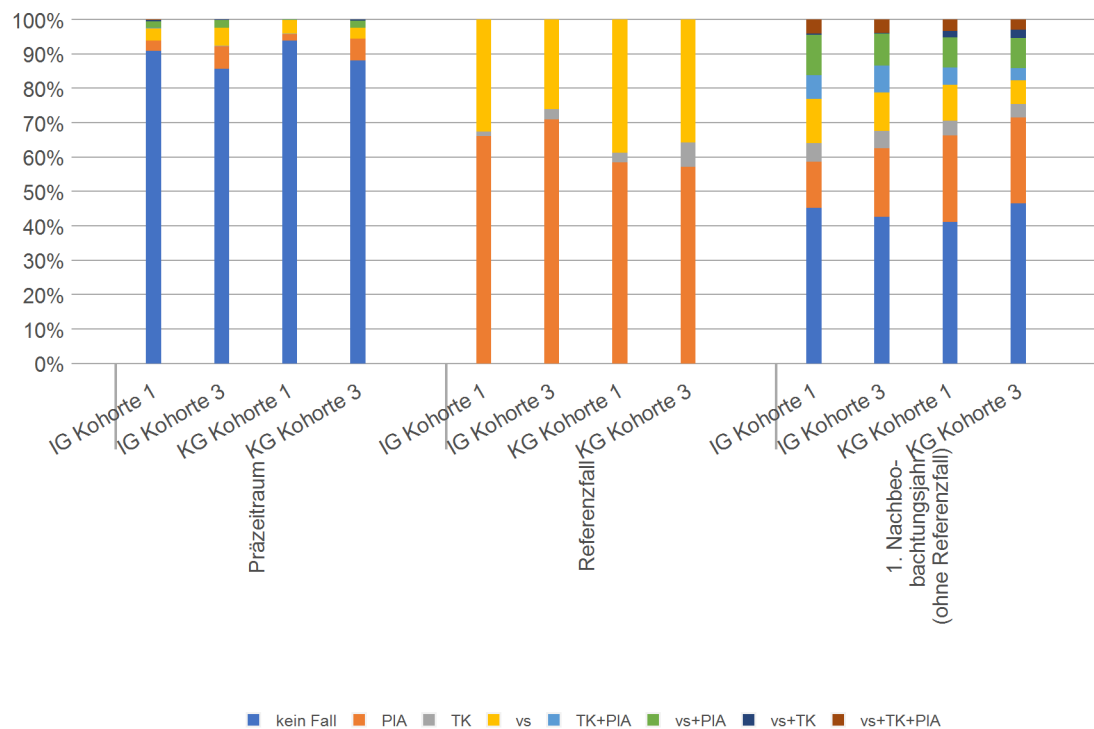
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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)

	Prä-Zeit- raum	Prä-Zeit- raum	Prä-Zeit- raum	Prä-Zeit- raum	Referenz- fall	Referenz- fall	Referenz- fall	Referenz- fall	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr
	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG
Behandlungs- setting	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10								24	25	19	19
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	<10		<10					<10	<10	11	15
vs+PIA	11	14	<10	13					67	60	50	56
vs+HT												
TK+PIA	<10								40	49	29	23
TK+HT												
HT+PIA												
vs	20	34	23	20	188	166	223	229	74	72	61	44
TK		<10	<10	<10	<10	19	17	45	32	32	24	25
PIA	17	41	10	40	381	454	337	365	77	127	146	159
HT												
kein Fall	525	548	542	563					261	273	237	298
Gesamt-er- gebnis	577	639	577	639	577	639	577	639	577	639	577	639

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)

Bei den linikneuen Patienten zeigen sich im Prä-Zeitraum der Kohorten 1 und Kohorte 3 nur geringe Unterschiede zwischen der IG und KG der jeweiligen Kohorten (vgl. Tabelle 32 und Abbildung 25).

Im Referenzfall der IG sind in der Kohorte 1 im Behandlungssetting der vollstationären Versorgung mit 188 Fällen mehr aufgetreten als in der IG der Kohorte 3 mit 166. Im selben Vergleich sind weiterhin weniger PIA-Fälle in der IG der Kohorte 1 ($n = 381$) im Vergleich zur Kohorte 3 ($n = 454$) aufgetreten.

Im Referenzfall der KG sind ähnliche Muster wie in der IG zu erkennen. Dabei konnten etwa gleich hohe Fallzahlen in der Kohorte 1 ($n = 223$) im Vergleich zur Kohorte 3 ($n = 229$) im Bereich des vollstationären Settings ermittelt werden und bei PIA Fällen geringere Fallzahlen der Kohorte 1 ($n = 337$) im Vergleich zur Kohorte 3 ($n = 365$).

Im einjährigen Nachbeobachtungsjahr zeigen sich im vollstationären Bereich höhere Fallzahlen der Kohorte 1 im Vergleich zur Kohorte 3. Dies gilt sowohl für die IG der Kohorte 1 ($n = 74$ vs 72) als auch für die KG ($n = 61$ vs 44). Für den Bereich der PIA sind in der IG der Kohorte 1 weniger Fälle als in der Kohorte 3 zu verzeichnen ($n = 77$ vs 127). In der KG ist dieses Verhältnis jedoch ähnlich im Vergleich zwischen Kohorte 1 zur Kohorte 3 ($n = 146$ vs 159).

Bei dem Vergleich zwischen der jeweiligen Kohorte 1 und Kohorte 3 muss die unterschiedlich hohe Gesamtzahl an Patienten berücksichtigt werden. Die relativen Anteile werden in Abbildung 25 dargestellt.

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).

10.2 Leistungserbringung

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

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.

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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	557	544	557	544	557	544	557	544	557	544	557	544	535	528	535	528	520	515	520	515
N mit Fall	34	24	4	1	185	210	8	15	162	137	97	73	67	55	23	15	65	48	13	16
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,1	0,0	0,0	0,4	1,1	0,1	0,2	1,7	1,4	1,1	1,1	0,8	0,6	0,4	0,3	0,4	0,2	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	0,9	0,2	0,0	1,8	3,1	0,3	0,5	4,5	2,9	3,9	2,4	2,2	1,6	1,4	0,5	0,9	0,7	0,3	0,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,2	0,5			0,2	0,4	0,0		0,2	0,2		0,0	0,2	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1			0,5	1,1			0,6	1,3	0,0		0,4	0,4		0,0	0,5	0,2		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0					0,0			0,1	0,0			0,2	0,0						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0					0,0			0,1	0,0			0,1	0,0						
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,0																		
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0																		
Gesamt	1,7	1,1	0,3	0,0	2,9	5,9	0,3	0,7	7,2	6,0	5,0	3,5	3,9	2,8	1,8	0,8	1,9	1,2	0,4	0,6

(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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	557	544	557	544	557	544	557	544	557	544	557	544	535	528	535	528	520	515	520	515
N mit Fall	34	24	4	1	185	210	8	15	162	137	97	73	67	55	23	15	65	48	13	16
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,2	3,1	6,3	10,0	1,2	3,0	3,9	6,9	5,7	5,4	6,1	8,2	6,6	5,6	9,1	10,0	2,8	1,9	3,6	5,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	14,3	19,8	31,8	6,0	5,3	8,1	17,6	17,9	15,5	11,6	22,2	18,1	17,5	15,4	31,8	18,2	7,2	7,7	11,2	14,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,1			0,6	1,3			0,8	1,7	0,0		1,6	1,9		0,0	1,5	1,0		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	1,9			1,5	2,8			2,0	5,1	0,2		3,0	3,7		0,4	4,1	2,3		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8					0,0			0,4	0,0			1,3	0,3						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4					0,0			0,2	0,0			0,7	0,2						
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,8	0,5																		
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,6	0,2																		
Gesamt	28,1	25,6	38,1	16,0	8,7	15,2	21,5	24,7	24,7	23,9	28,6	26,3	30,8	27,1	41,0	28,6	15,6	13,0	14,8	20,1

(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)

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	551	537	551	537	551	537	529	521	514	508
N mit Fall	25	11	358	317	199	229	121	136	98	96
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,2	0,9	1,0	3,0	2,5	2,4	1,6	1,7	1,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0		0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0		0,0	0,0	0,1		0,1		0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0		0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	0,2	0,9	1,1	3,3	3,0	3,0	2,1	2,1	1,7
Gesamt	0,3	0,3	0,9	1,2	3,4	3,3	3,2	2,2	2,2	1,8

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)

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	551	537	551	537	551	537	529	521	514	508
N mit Fall	25	11	358	317	199	229	121	136	98	96
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,0	4,1	0,1	0,2	0,9	1,3	2,4	1,7	2,0	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,2	7,4	1,3	1,7	8,3	5,8	10,5	6,3	8,9	6,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,1		0,1	0,3	0,3	0,9	0,3	0,8	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	1,5		0,0	0,0	0,3		0,3		0,6
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	1,5		0,1	0,3	0,6	0,9	0,6	0,8	0,6
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,2	11,5	1,4	1,9	9,3	7,1	13,0	7,9	10,9	8,9
Gesamt	6,8	13,0	1,4	2,0	9,5	7,7	13,8	8,5	11,7	9,5

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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	537	535	537	535	537	535	537	535	537	535	537	535	528	523	528	523	515	512	515	512
N mit Fall	139	168	49	40	103	86	18	16	123	119	31	39	102	107	19	22	87	82	13	17
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,4	1,7	0,9	0,8	0,3	0,4	0,1	0,4	1,3	1,3	0,3	0,6	0,9	1,3	0,4	0,3	0,5	0,8	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,8	5,7	1,9	2,5	1,0	1,2	0,4	0,8	4,2	3,2	0,8	1,4	3,9	3,3	0,6	0,8	2,5	1,8	0,5	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,4			0,1	0,2	0,0		0,4	0,3			0,3	0,3		0,0	0,2	0,2		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	1,2			0,3	0,5	0,0		1,4	1,2			1,1	1,6		0,0	0,8	1,0		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0							0,1	0,0			0,2	0,0			0,1			
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0							0,1	0,0			0,1	0,0			0,1			
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	0,0																	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,1	0,0																	
Gesamt	7,8	9,3	2,8	3,3	1,7	2,3	0,5	1,2	7,3	6,1	1,1	2,1	6,6	6,5	1,0	1,1	4,2	3,7	0,6	0,7

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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	537	535	537	535	537	535	537	535	537	535	537	535	528	523	528	523	515	512	515	512
N mit Fall	139	168	49	40	103	86	18	16	123	119	31	39	102	107	19	22	87	82	13	17
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,2	5,4	9,5	10,8	1,5	2,6	3,1	12,4	5,5	5,8	4,8	8,9	4,9	6,1	11,3	7,5	3,0	4,9	5,2	5,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	18,6	18,1	20,9	32,9	5,5	7,7	11,7	28,3	18,4	14,4	14,4	19,8	20,1	16,1	17,1	18,8	14,5	11,0	18,9	14,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	1,2			0,5	1,0	0,1		1,6	1,4			1,6	1,6		0,1	1,2	1,0		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,0	3,9			1,6	2,8	0,1		5,9	5,6			5,6	8,0		0,0	5,0	6,0		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,0							0,4	0,1			1,3	0,1			0,7			
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,0							0,2	0,2			0,6	0,0			0,7			
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,5	0,4																	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,4	0,4																	
Gesamt	30,1	29,5	31,2	43,6	9,1	14,1	15,0	40,8	32,0	27,4	19,2	28,7	34,0	32,0	28,4	26,4	25,1	22,8	24,1	20,2

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)

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	534	531	534	531	534	531	525	519	512	508
N mit Fall	427	410	414	430	409	415	362	336	323	284
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,7	2,8	0,1	0,8	0,6	2,7	1,5	2,0	2,0	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,5	3,9	1,6	1,6	8,4	5,0	8,9	5,9	7,4	4,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,0	0,1	0,3	0,3	0,6	0,3	0,7	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,4		0,1	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,6	0,0	0,2	0,3	0,6	0,6	0,7	0,7	0,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	7,2	6,7	1,7	2,4	9,0	7,7	10,4	8,0	9,3	6,9
Gesamt	7,3	7,3	1,7	2,6	9,3	8,3	11,0	8,6	10,1	7,3

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)

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	534	531	534	531	534	531	525	519	512	508
N mit Fall	427	410	414	430	409	415	362	336	323	284
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,3	3,6	0,1	1,0	0,8	3,5	2,2	3,2	3,1	3,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,7	5,1	2,1	1,9	10,9	6,3	12,9	9,1	11,7	8,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,3	0,0	0,1	0,4	0,3	0,8	0,4	1,1	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,5		0,1	0,0	0,5	0,0	0,6	0,0	0,5
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,8	0,0	0,2	0,4	0,8	0,8	1,0	1,2	0,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	9,0	8,6	2,2	2,9	11,8	9,8	15,1	12,3	14,8	12,3
Gesamt	9,2	9,4	2,2	3,2	12,2	10,6	15,9	13,3	15,9	13,0

Im Prä-Zeitraum ergaben sich hinsichtlich der Höhe erbrachter Therapieeinheiten (TE) zwischen klinik-neuen Patienten der IG und KG für die Tagesklinik keine Unterschiede. Für den vollstationären Bereich wurden jedoch in der IG mit 1,6 TE weniger Leistungen als in der KG mit 2,5 TE erbracht (vgl. Tabelle 33).

Ähnliche Muster lassen sich für die Referenzfälle erkennen. Dort wurden höhere TE im vollstationären Bereich der KG (im Vergleich zur IG) sowie höhere TE im Bereich der Tagesklinik mit 1,2 TE in der KG im Vergleich zu 0,3 TE in der IG ermittelt. Diese höheren Werte lassen sich im Wesentlichen auf erbrachte Leistungen der Regelbehandlung sowie Intensivbehandlung (im vollstationären Bereich) zurückführen. Dieser Trend ist sowohl im ersten als auch zweiten Nachbeobachtungsjahr wieder zu erkennen. In beiden zeigen sich höhere oder ähnliche TE der KG (im Vergleich zur IG) für den vollstationären Bereich, welche im Wesentlichen auf die Regel- und Intensivversorgung zurückgehen. Für den Bereich der Tageskliniken zeigten sich in den Nachbeobachtungsjahren höhere TE für die IG (im Vergleich zur KG). Im dritten Nachbeobachtungsjahr glichen sich IG und KG sowohl für den vollstationären Bereich als auch Tageskliniken auf ein ähnliches Niveau an.

Die durchschnittlich Anzahl PIA-Kontakte unterschied sich im Prä-Zeitraum nicht zwischen IG und KG, jedoch leicht im Referenzfall mit 0,9 Kontakten in der IG im Vergleich zu 1,2 Kontakten in der KG (vgl. Tabelle 35). Dieses Verhältnis änderte sich im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr mit höherer Anzahl an PIA-Kontakten in der IG im Vergleich zur KG. Im dritten Nachbeobachtungsjahr glichen sich die IG und KG wieder auf ein ähnliches Niveau an.

Für klinikbekannte Patienten im Prä-Zeitraum ergaben sich sowohl für den vollstationären Bereich als auch für die Tageskliniken höhere TE für die KG (im Vergleich zur IG) (vgl. Tabelle 37). Dabei war der Unterschied im vollstationären Bereich mit 7,8 TE in der IG und 9,3 TE in der KG größer als in der Tagesklinik mit 2,8 TE in der IG und 3,3 TE in der KG.

Dieser Trend für den vollstationären Bereich blieb über den Referenzfall erhalten, änderte sich jedoch im ersten Nachbeobachtungsjahr mit höheren TE in der IG im Vergleich zur KG (IG: 7,3 vs. KG: 6,1). In den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren glichen sich IG und KG auf ein ähnliches Niveau an. Für den Bereich der Tageskliniken lassen sich für den Referenzfall sowie im ersten Nachbeobachtungsjahr höhere TE in der KG im Vergleich zur IG feststellen. Diese glichen sich ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr auf ein ähnliches Niveau an.

Bei der durchschnittlichen Anzahl an PIA-Kontakten ergaben sich im Prä-Zeitraum mit 7,3 Kontakten sowohl in der IG als auch KG keine Unterschiede (vgl. Tabelle 39). Vom Referenzfall bis einschließlich zum dritten Nachbeobachtungsjahr unterschieden sich IG und KG voneinander. Dabei ist im Referenzfall die Anzahl an PIA-Kontakten in der KG mit 2,6 Kontakten höher als in der IG mit 1,7 Kontakten. In den nachfolgenden Beobachtungsjahren überstieg jedoch die IG die Werte der KG in allen Jahren.

11. Ergebnisse: Kosten

11.1 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.

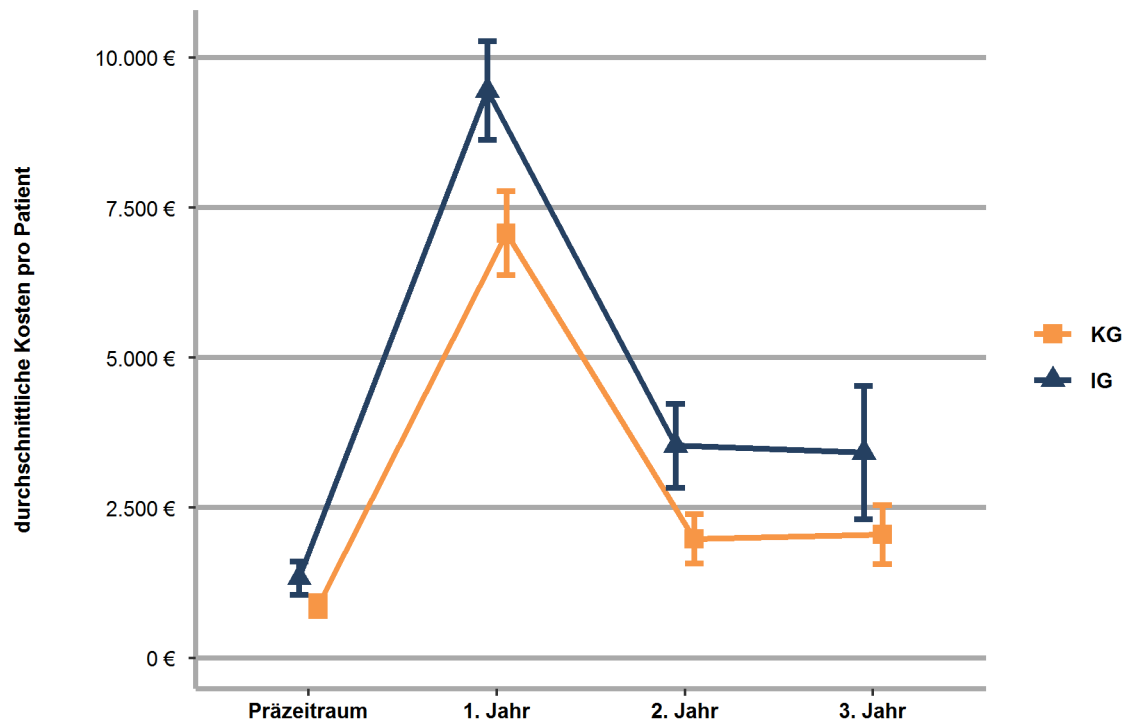
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	508	557	475	437	482	544	466	442
Mittelwert	1.331,09 €	9.452,14 €	3.537,81 €	3.420,92 €	865,98 €	7.075,48 €	1.982,65 €	2.058,54 €
Standardabweichung	3.973 €	11.777 €	9.853 €	15.391 €	2.399 €	9.908 €	5.745 €	6.817 €
Minimum	0,00 €	38,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,48 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	41,71 €	887,56 €	57,81 €	36,08 €	31,41 €	776,78 €	43,52 €	26,01 €
Median	163,88 €	5.800,86 €	337,92 €	214,16 €	125,98 €	3.138,82 €	288,38 €	201,68 €
75%-Perzentil	961 €	12.780 €	1.414 €	910 €	573 €	9.769 €	1.003 €	781 €
Maximum	43.838 €	83.695 €	92.482 €	256.064 €	20.610 €	85.950 €	73.620 €	98.310 €

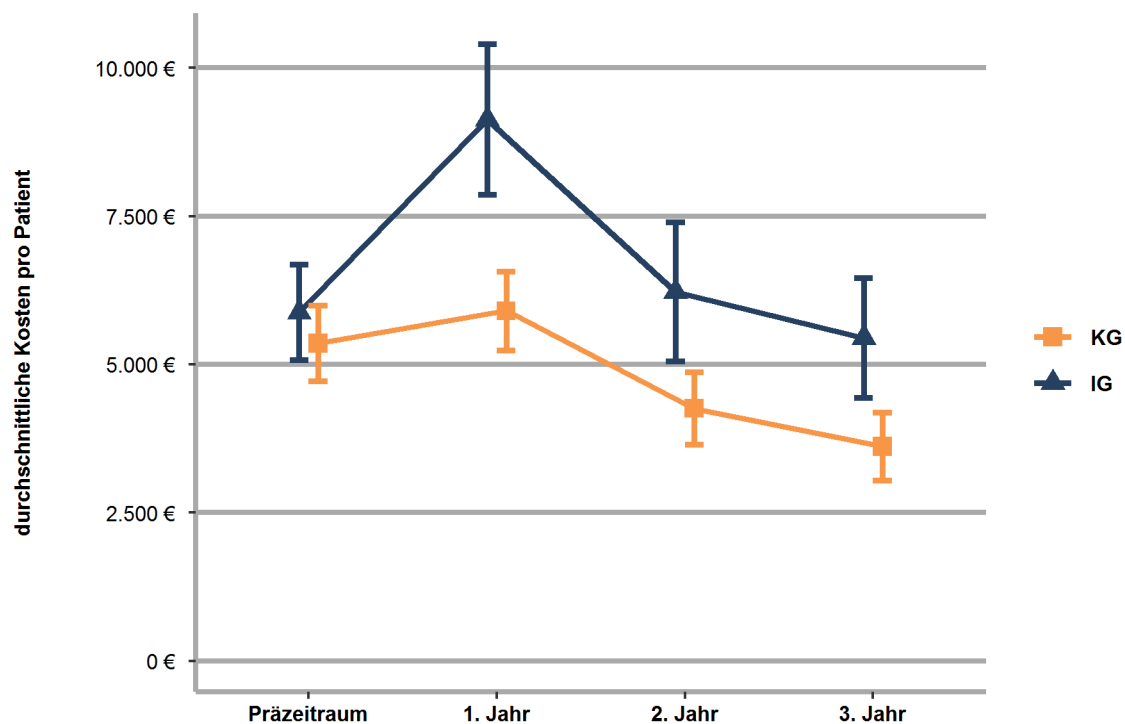
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(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)**

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	533	537	516	499	527	535	499	480
Mittelwert	5.876,59 €	9.131,03 €	6.225,92 €	5.448,13 €	5.358,65 €	5.903,04 €	4.258,64 €	3.614,93 €
Standardabweichung	11.329 €	17.861 €	16.343 €	13.909 €	8.980 €	9.376 €	8.521 €	7.932 €
Minimum	0,00 €	61,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	76,83 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	780,18 €	933,23 €	462,32 €	342,75 €	645,02 €	1.000,06 €	392,56 €	208,38 €
Median	1.348,36 €	2.402,32 €	1.160,47 €	998,99 €	1.522,46 €	1.967,70 €	1.284,38 €	1.012,80 €
75%-Perzentil	6.540,23 €	9.658,76 €	4.335,41 €	3.416,76 €	6.769,77 €	7.093,76 €	4.029,93 €	2.554,64 €
Maximum	108.361 €	208.205 €	215.169 €	147.989 €	84.370 €	67.052 €	88.034 €	68.738 €

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

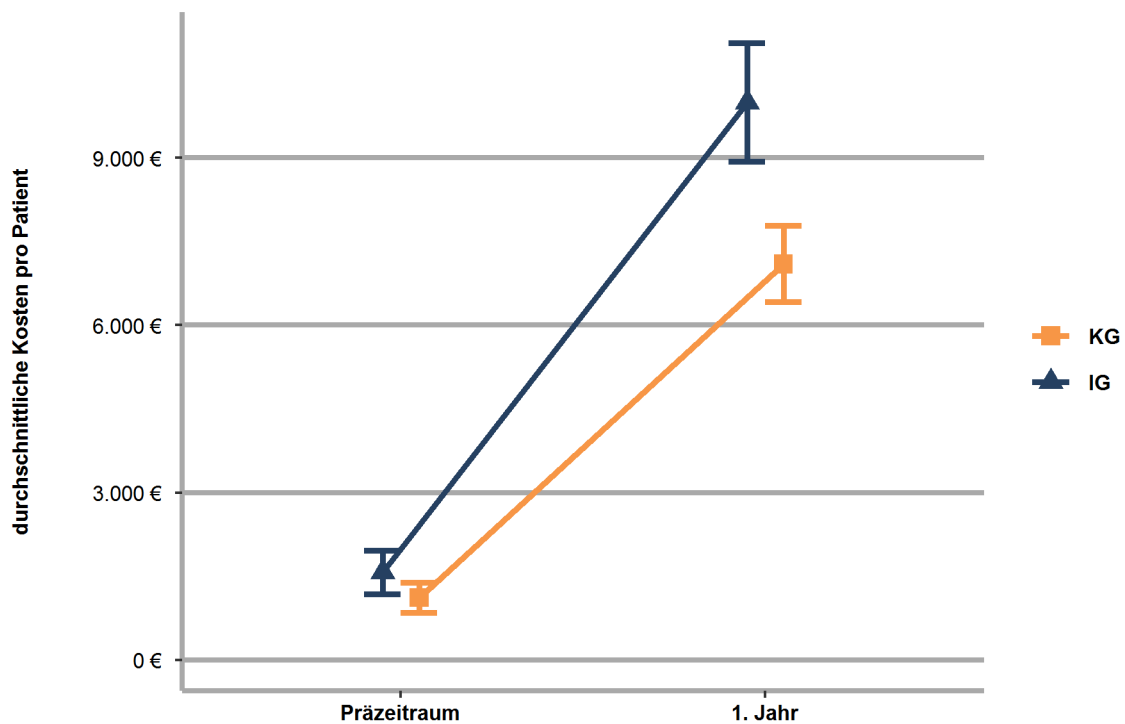
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 41 und Abbildung 26) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.331,09 € mehr Kosten als die KG mit 865,98 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.452,14 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.075,48 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.911,54 € signifikant ($p=0,003$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3.420,92 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.058,54 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 42 und Abbildung 27) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.876,59 € höhere Kosten als die KG mit 5.358,65 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.131,03 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.903,04 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.710,05 € signifikant ($p=0,002$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.448,13 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.614,93 €.

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	572	639	559	639						
Mittelwert	1.570,97 €	9.995,04 €	1.113,63 €	7.098,52 €	457,34 €	0,113	2.896,53 €	<0,001	2.439,18 €	0,003
Standardabweichung	5.964 €	16.296 €	4.193 €	10.510 €						
Minimum	0,00 €	90,08 €	0,00 €	75,68 €						
25%-Perzentil	48,28 €	607,26 €	31,15 €	613,26 €						
Median	178,82 €	3.915,84 €	119,49 €	3.253,39 €						
75%-Perzentil	613 €	12.099 €	497 €	9.458 €						
Maximum	88.508 €	173.971 €	57.411 €	96.781 €						

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

(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 43)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 43 und Abbildung 28) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.570,97 € höhere Kosten als die KG mit 1.113,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.995,04 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.098,52 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.439,18 € signifikant ($p=0,002$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 2.439,18 € signifikant ($p=0,002$) stärker als in der KG.

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	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.113,63 €	<0,001	1.113,63 €	<0,001	-1.157,39 €	0,139
IG (vs. KG)	457,34 €	0,113	457,34 €	0,113	-19,98 €	0,936
Post (vs. Prä)	5.984,89 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	2.439,18 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			5.984,89 €	<0,001	7.079,17 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.439,18 €	0,002	2.695,48 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.078,16 €	0,080
Alter (48-64 J. vs. U30)					121,99 €	0,857
Alter (Ü64 vs. U30)					-2.086,20 €	0,004
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					520,04 €	0,187
F 00 (Demenz)					1.648,92 €	0,147
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.544,55 €	0,038
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					5.584,72 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1.116,35 €	0,139
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.120,72 €	0,288
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					936,13 €	0,155
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft Stör.)					5.313,59 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.043,55 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-236,14 €	0,765
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1.209,37 €	0,024
F 40-48 (ohne F43 und F45)					2.189,92 €	0,127
F 50 (Essstörungen)					11.717,57 €	0,110
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					7.572,39 €	0,020
F 70-79 (Intelligenzstörung)					667,98 €	0,754
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2.501,14 €	0,213
Vollstat. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)					8.970,63 €	<0,001
TK psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)					5.072,83 €	0,006
PIA Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)					2.894,96 €	0,007
Vertragsärztl. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)					65,11 €	0,813
R ²		0,116		0,116		0,207

11.2 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.

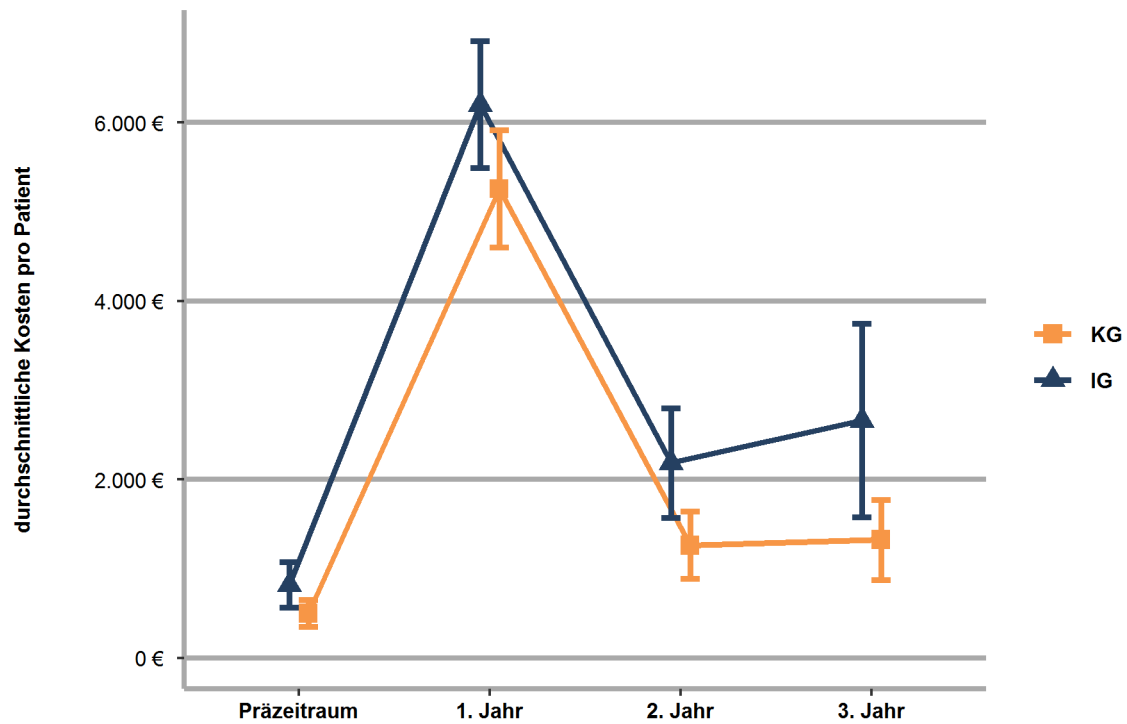
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	74	299	73	71	60	292	62	58
Mittelwert	817,63 €	6.201,51 €	2.187,47 €	2.662,33 €	501,63 €	5.258,60 €	1.262,72 €	1.324,10 €
Standardabweichung	3.655 €	10.195 €	8.632 €	15.064 €	2.165 €	9.301 €	5.267 €	6.202 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	750,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	563,97 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.049,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.406,36 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	43.838 €	71.932 €	87.442 €	255.756 €	19.022 €	85.739 €	72.839 €	97.623 €

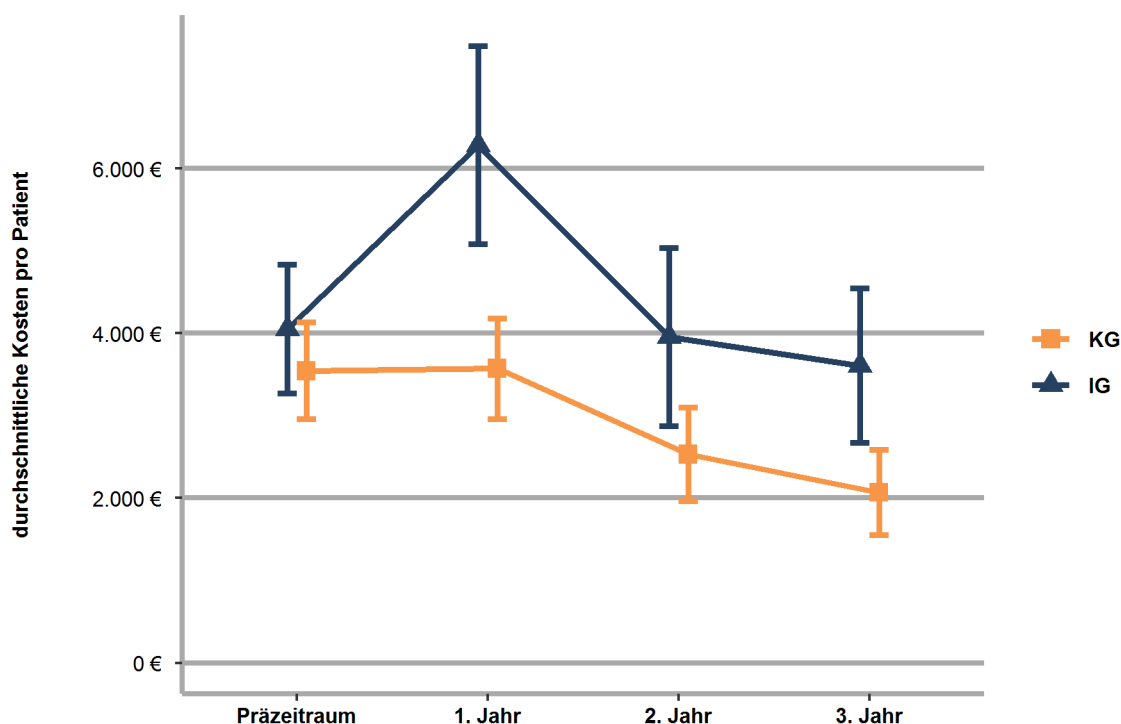
**Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinik-
neue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**



(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)**

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	146	183	104	91	176	171	112	86
Mittelwert	4.052,20 €	6.281,31 €	3.956,54 €	3.607,00 €	3.545,71 €	3.574,01 €	2.534,44 €	2.069,36 €
Standardabweichung	11.049 €	16.932 €	15.118 €	12.927 €	8.259 €	8.590 €	7.915 €	7.122 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.303,57 €	5.268,70 €	0,00 €	0,00 €	3.302,16 €	3.675,56 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	106.853 €	208.205 €	212.238 €	141.899 €	79.303 €	65.835 €	87.758 €	66.961 €

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

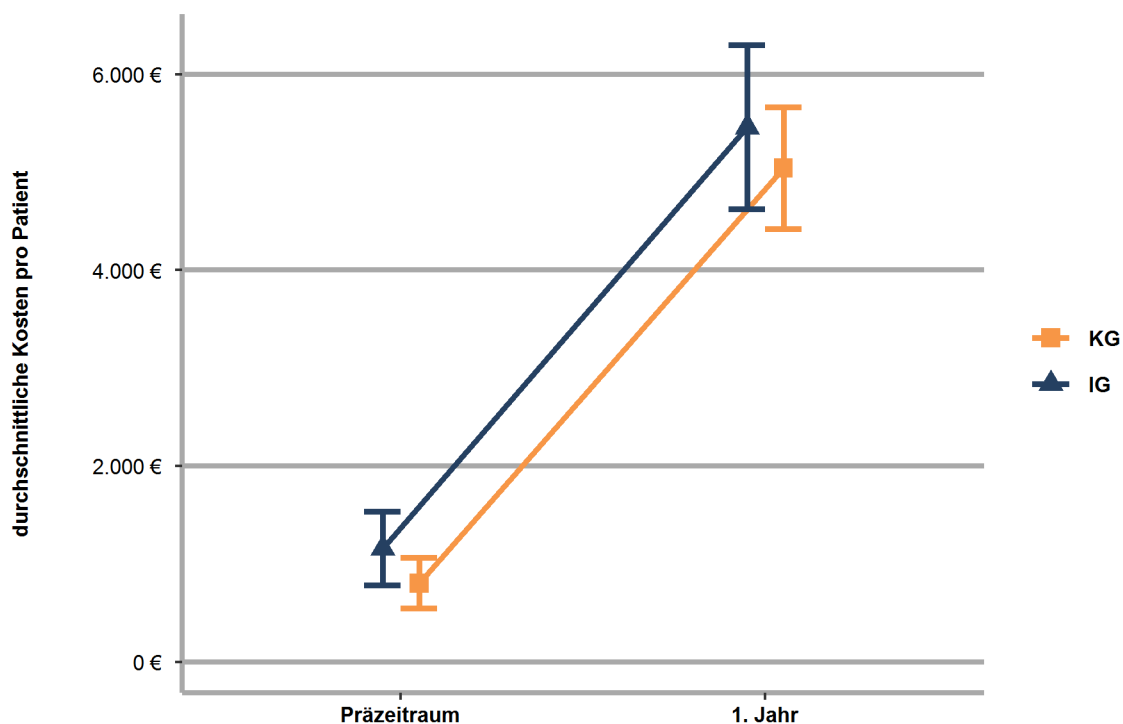
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 46)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 45 und Abbildung 29) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 817,63 € mehr Kosten als die KG mit 501,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.201,51 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.258,60 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 626,92 € nicht signifikant ($p=0,293$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.662,33 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.324,10 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 46 und Abbildung 30) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4.052,20 € größere Kosten als die KG mit 3.545,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.281,31 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3.574,01 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.200,80 € signifikant ($p=0,009$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.607,00 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.069,36 €.

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	74	279	55	305						
Mittelwert	1.156,39 €	5.458,71 €	802,88 €	5.043,07 €	353,51 €	0,203	415,64 €	0,513	62,13 €	0,929
Standardabweichung	5.785 €	12.872 €	3.968 €	9.573 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	6.553,41 €	0,00 €	6.799,31 €						
Maximum	86.940 €	173.496 €	54.193 €	96.781 €						

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)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 47 und Abbildung 31) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.156,39 € höhere Kosten als die KG mit 802,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.458,71 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.043,07 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 62,13 € nicht signifikant ($p=0,924$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 62,13 € nicht signifikant ($p=0,924$) stärker als in der KG.

11.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

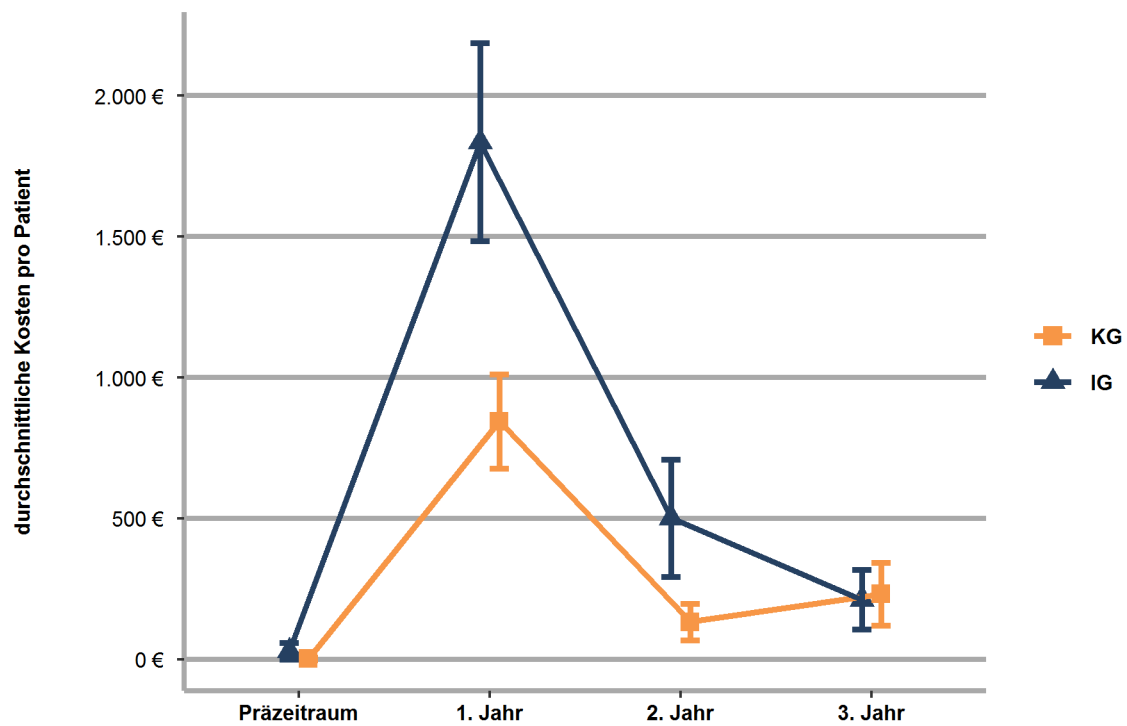
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	< 10	105	23	14	< 10	86	15	16
Mittelwert	29,36 €	1.835,36 €	501,43 €	212,08 €	2,83 €	844,63 €	132,75 €	232,43 €
Standardabweichung	429,08 €	5.031,02 €	2.920,56 €	1.462,48 €	65,91 €	2.365,72 €	910,94 €	1.538,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.448 €	53.729 €	29.913 €	15.322 €	1.537 €	15.127 €	9.081 €	19.543 €

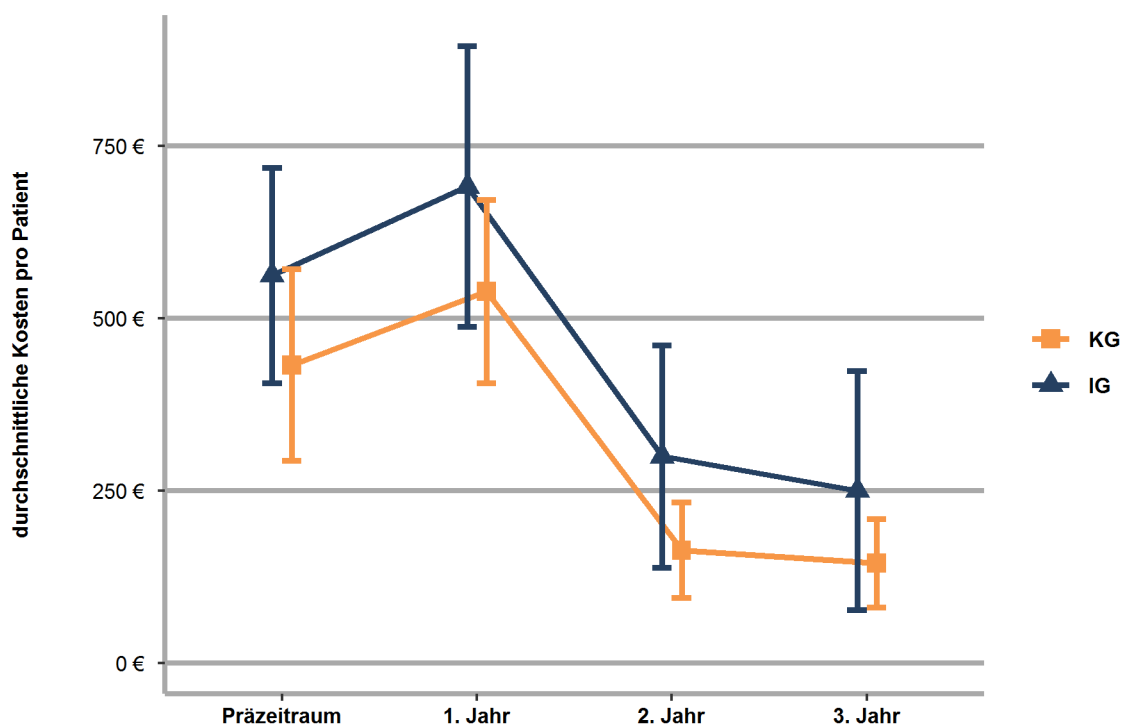
**Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinik-
neue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**



(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)**

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	49	46	20	14	39	54	22	18
Mittelwert	562,06 €	690,96 €	299,58 €	249,97 €	432,08 €	538,92 €	163,37 €	144,70 €
Standardabweichung	2.202,58 €	2.863,63 €	2.250,10 €	2.392,83 €	1.951,04 €	1.871,11 €	963,37 €	885,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	16.666 €	30.789 €	36.824 €	37.590 €	17.728 €	11.744 €	10.024 €	9.327 €

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

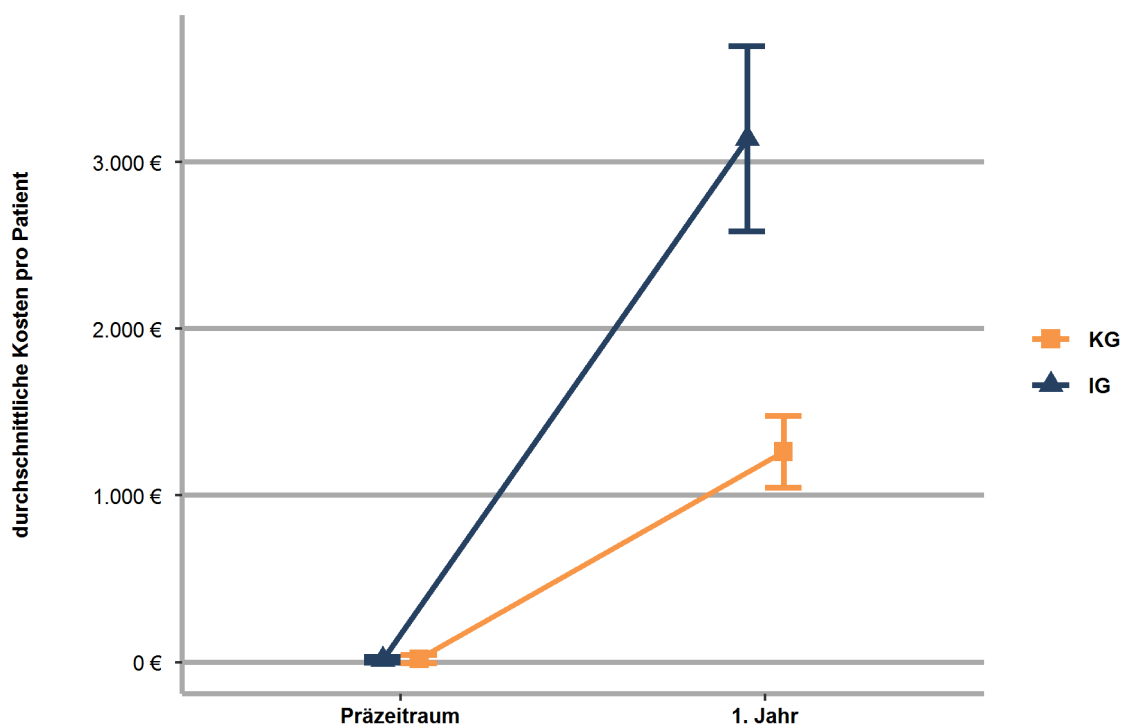
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 49)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 32) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 29,36 € größere Kosten als die KG mit 2,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.835,36 €. In der KG stiegen die Kosten auf 844,63 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 964,20 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG mit 212,08 € bzw. 232,43 € auf ein ähnliches Niveau.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 49 und Abbildung 33) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 562,06 € mehr Kosten als die KG mit 432,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 690,96 €. In der KG stiegen die Kosten auf 538,92 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 22,06 € nicht signifikant ($p = 0,901$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 249,97 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 144,70 €.

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	< 10	123	< 10	124						
Mittelwert	15,19 €	3.139,02 €	19,41 €	1.263,34 €	-4,22 €	0,816	1.875,68 €	<0,001	1.879,90 €	<0,001
Standardabweichung	282,61 €	8.536,20 €	360,76 €	3.306,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	6.267 €	64.351 €	8.792 €	42.064 €						

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)

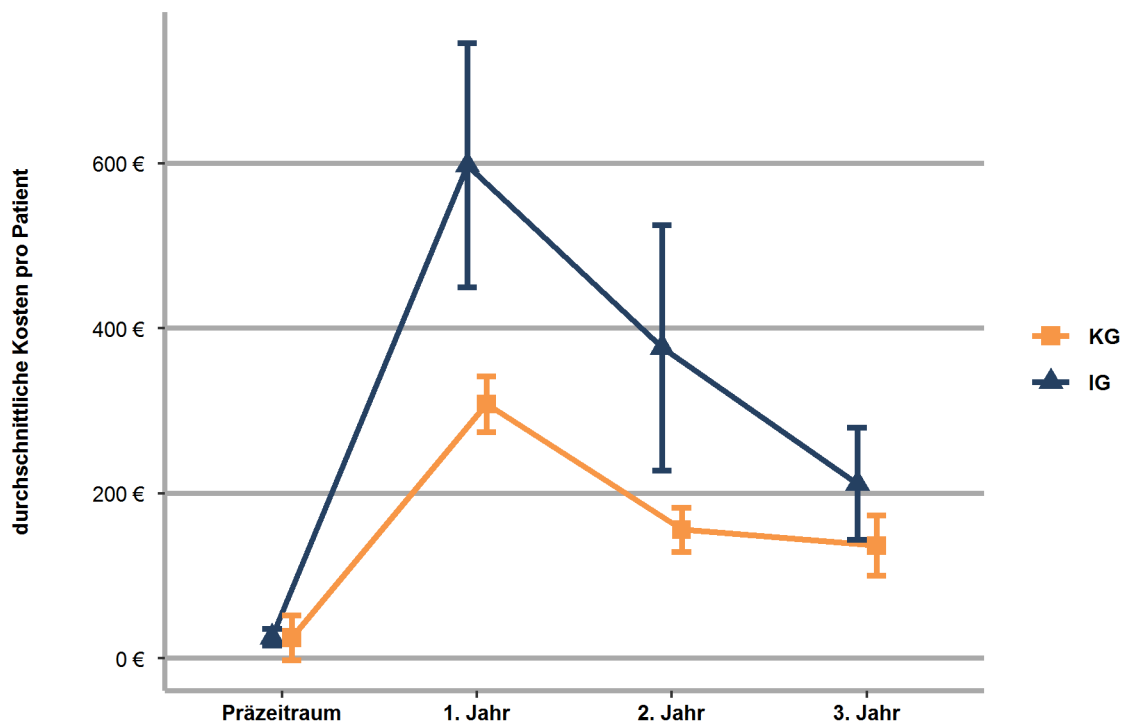
Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 34) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 15,19 € geringere Kosten als die KG mit 19,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.139,02 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.263,34 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.879,90 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.879,90 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

11.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

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)**

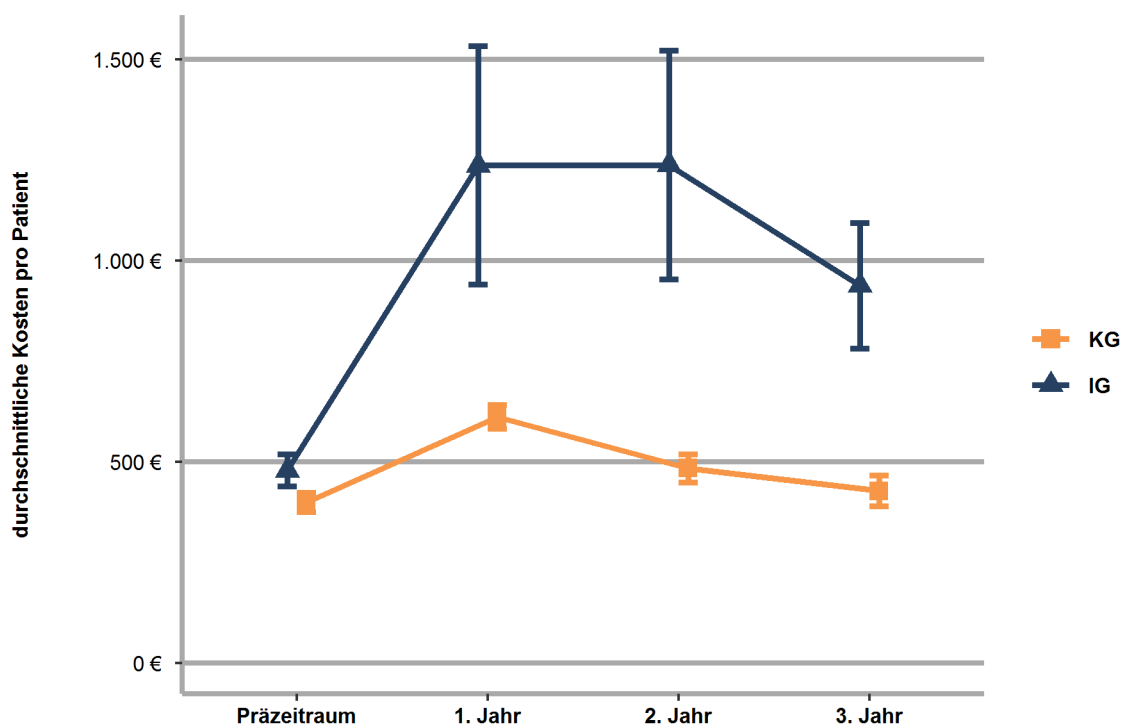
Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	28	426	126	101	11	387	139	99
Mittelwert	25,74 €	597,88 €	376,81 €	211,81 €	25,09 €	308,35 €	155,93 €	136,60 €
Standardabweichung	144,12 €	2.121,16 €	2.090,25 €	943,86 €	382,48 €	478,40 €	374,52 €	503,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	38,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	91,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	343,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	473,54 €	73,49 €	0,00 €
Maximum	1.405 €	24.774 €	30.878 €	15.855 €	8.517 €	7.252 €	5.024 €	9.212 €

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)**

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	431	471	369	328	411	488	342	287
Mittelwert	478,67 €	1.236,87 €	1.237,71 €	937,70 €	398,89 €	611,73 €	484,10 €	427,27 €
Standardabweichung	570,22 €	4.165,10 €	3.976,03 €	2.148,79 €	335,55 €	415,43 €	484,34 €	526,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	201,32 €	183,96 €	0,00 €	0,00 €	73,02 €	236,77 €	0,00 €	0,00 €
Median	428,32 €	468,29 €	381,98 €	327,83 €	369,19 €	619,58 €	385,00 €	243,87 €
75%-Perzentil	805,28 €	929,65 €	939,04 €	923,21 €	710,31 €	935,46 €	926,22 €	840,69 €
Maximum	10.705 €	62.580 €	53.358 €	19.922 €	1.293 €	2.447 €	3.841 €	6.483 €

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

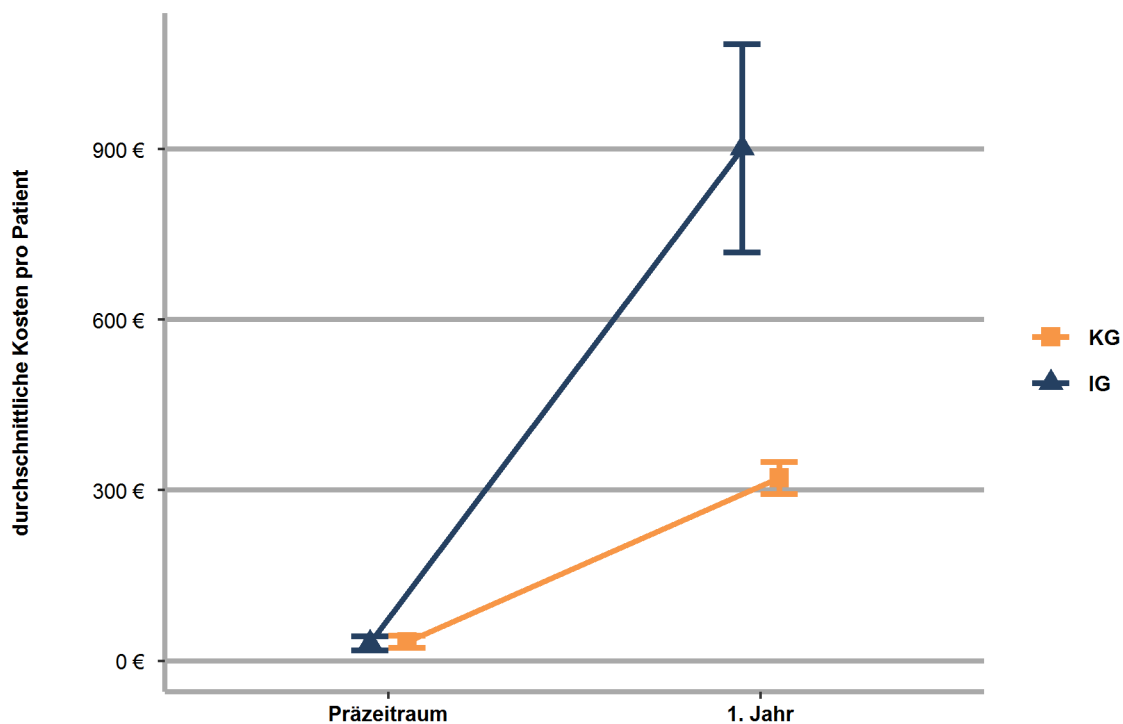
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 51 und Abbildung 35) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,74 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 25,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 597,88 €. In der KG stiegen die Kosten auf 308,35 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 288,89 € signifikant ($p=0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 211,81 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 136,60 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 36) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 478,67 € höhere Kosten als die KG mit 398,89 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.236,87 €. In der KG stiegen die Kosten auf 611,73 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 545,36 € signifikant ($p=0,002$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 937,70 €. In der KG sanken die Kosten auf 427,27 €.

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	53	533	52	451						
Mittelwert	31,43 €	901,71 €	33,87 €	321,82 €	-2,44 €	0,810	579,89 €	<0,001	582,33 €	<0,001
Standardabweichung	190,29 €	2.811,73 €	170,78 €	431,35 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	90,08 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	145,41 €	0,00 €	79,45 €						
75%-Perzentil	0,00 €	478,74 €	0,00 €	488,35 €						
Maximum	3.072 €	41.011 €	2.090 €	3.954 €						

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 53 und

Abbildung 37) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 31,43 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 33,87 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 901,71 €. In der KG stiegen die Kosten auf 321,82 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 582,33 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 582,33 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

11.5 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.

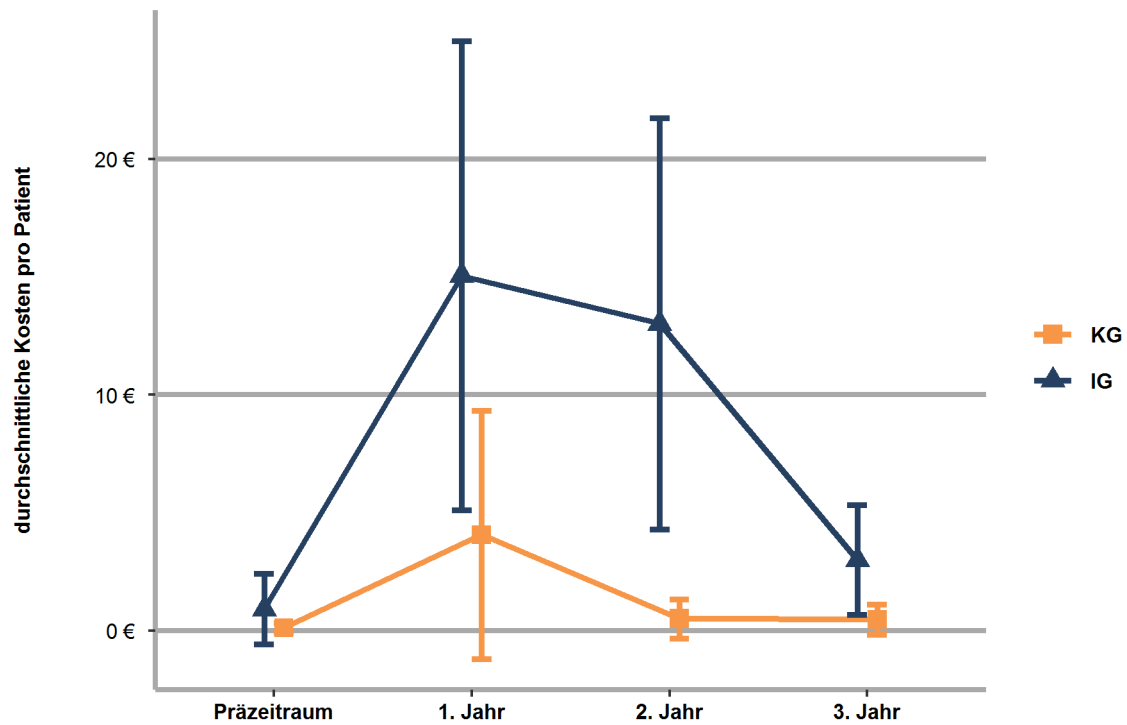
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	< 10	10	10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,92 €	15,06 €	13,02 €	3,00 €	0,12 €	4,06 €	0,50 €	0,47 €
Standardabweichung	21,62 €	142,57 €	122,75 €	32,20 €	2,78 €	74,54 €	11,58 €	8,75 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	510,30 €	1.871,70 €	1.793,59 €	544,68 €	64,81 €	1.690,38 €	266,19 €	191,71 €

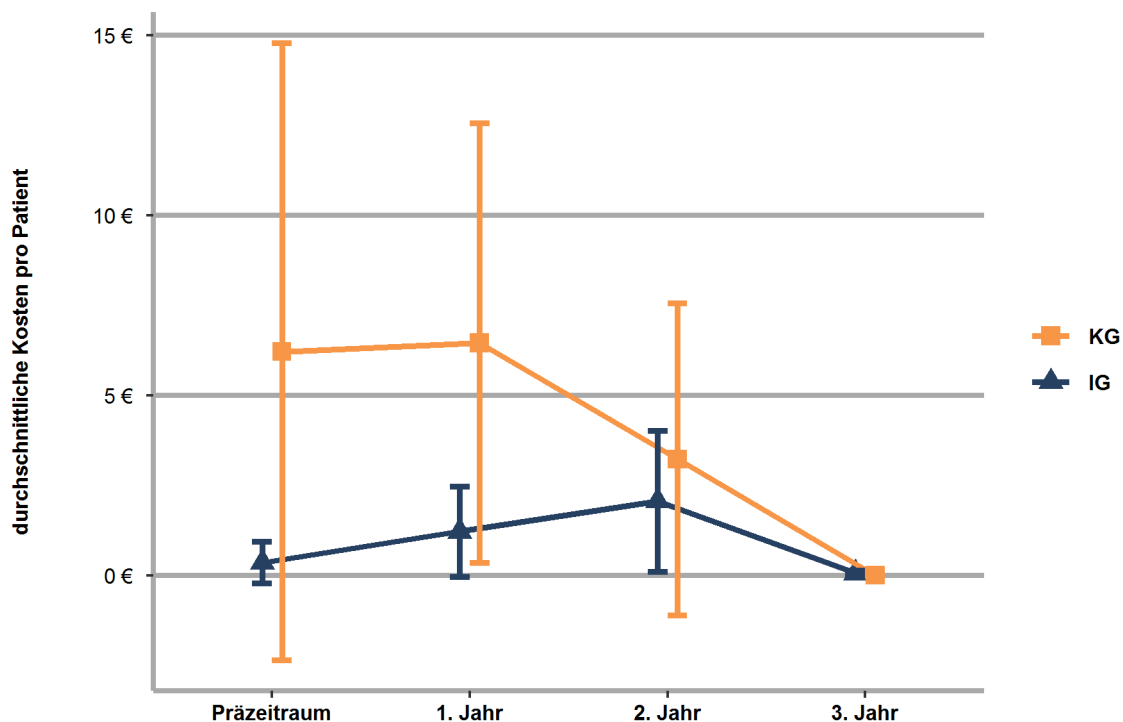
Abbildung 38: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(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)**

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,35 €	1,21 €	2,06 €	0,06 €	6,21 €	6,45 €	3,22 €	0,00 €
Standardabweichung	8,16 €	17,61 €	27,32 €	0,98 €	120,40 €	85,79 €	60,20 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	189,18 €	307,43 €	500,83 €	19,18 €	2.753,66 €	1.366,29 €	1.330,95 €	0,00 €

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)

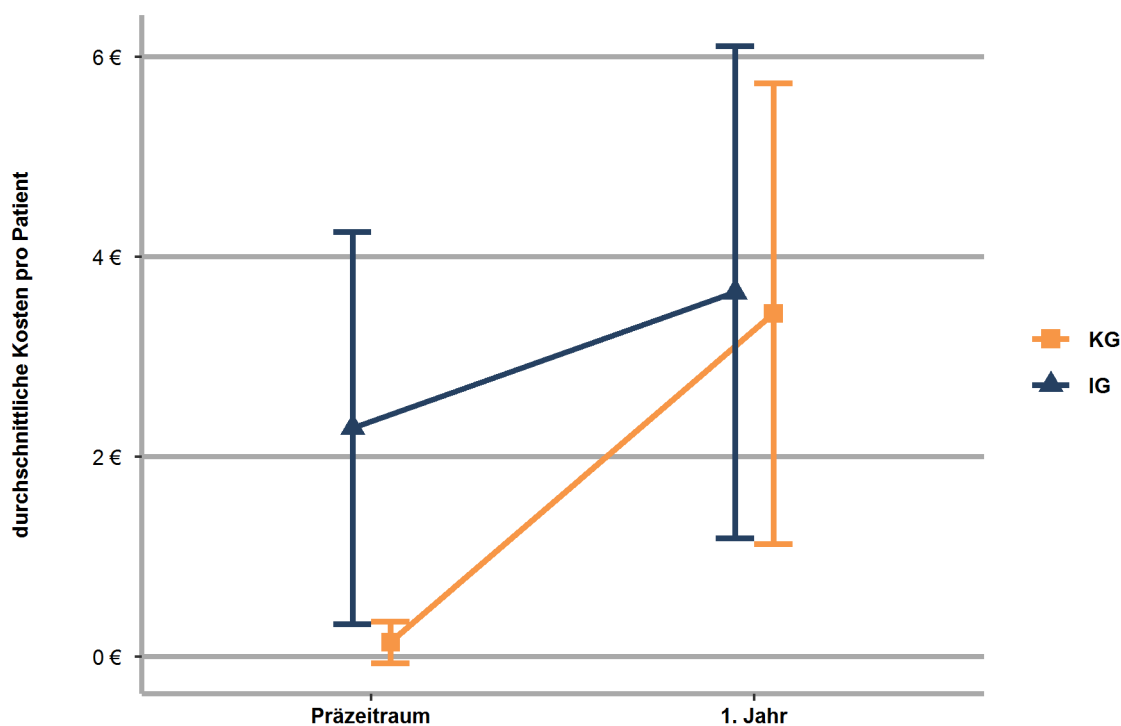
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 55)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 54 und Abbildung 38) waren die Kosten der IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen 0,92 € und 0,12 € auf einem gleichen Niveau. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 15,06 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4,06 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 10,20 € nicht signifikant ($p=0,137$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3,00 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0,47 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 55 und Abbildung 39) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,35 € niedrigere Kosten als die KG mit 6,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1,21 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6,45 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,62 € nicht signifikant ($p=0,912$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG auf nahezu 0 €.

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**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	< 10	11	< 10	< 10						
Mittelwert	2,29 €	3,64 €	0,14 €	3,43 €	2,14 €	0,074	0,21 €	0,918	-1,93 €	0,416
Standardabweichung	30,14 €	37,81 €	3,16 €	35,39 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	607,36 €	569,13 €	78,95 €	521,20 €						

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)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 56 und Abbildung 40) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,29 € größere Kosten als die KG mit 0,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3,64 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3,43 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,93 € nicht signifikant ($p=0,410$) schwächer aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1,93 € nicht signifikant ($p=0,410$) schwächer als in der KG.

11.6 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.

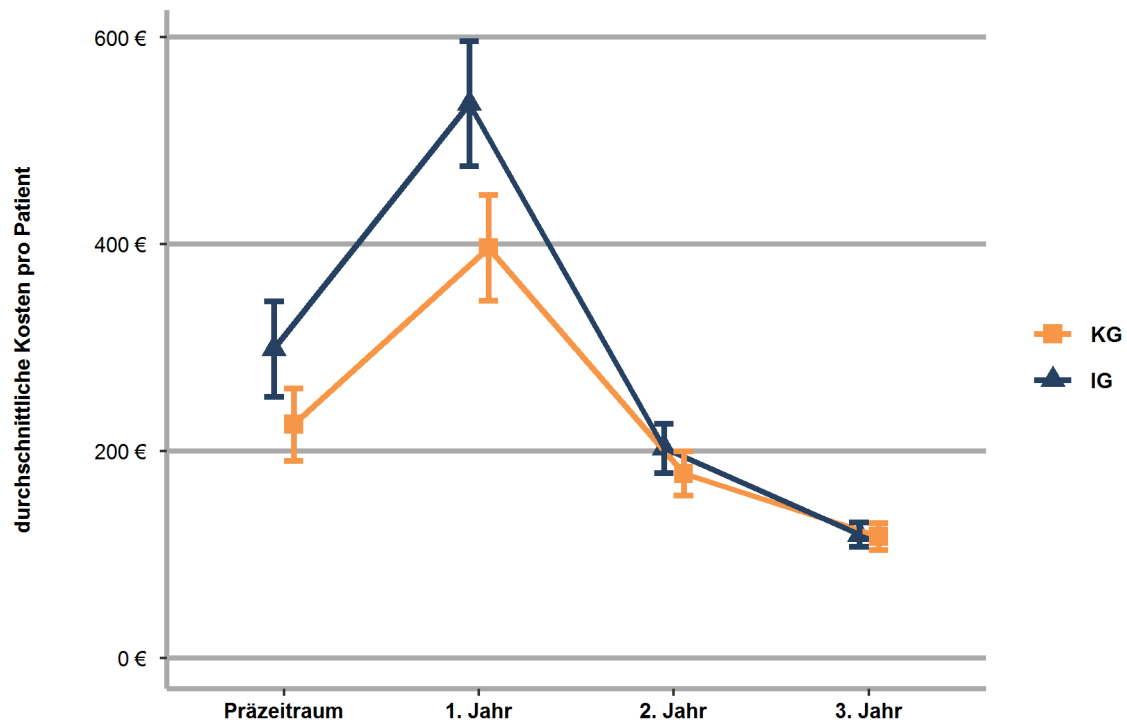
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	482	503	443	409	465	502	448	412
Mittelwert	298,72 €	535,71 €	202,65 €	119,32 €	225,83 €	396,52 €	178,19 €	117,45 €
Standardabweichung	659,74 €	866,01 €	334,65 €	165,02 €	496,03 €	726,32 €	298,36 €	180,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	16,60 €	41,85 €	18,41 €	7,96 €	15,47 €	33,47 €	16,06 €	9,86 €
Median	64,71 €	129,12 €	71,72 €	56,55 €	59,27 €	93,39 €	58,96 €	55,97 €
75%-Perzentil	222,50 €	538,93 €	257,16 €	159,84 €	176,60 €	340,64 €	219,29 €	155,39 €
Maximum	7.514,81 €	4.362,32 €	3.079,84 €	1.058,81 €	4.076,33 €	4.304,57 €	2.276,84 €	2.096,98 €

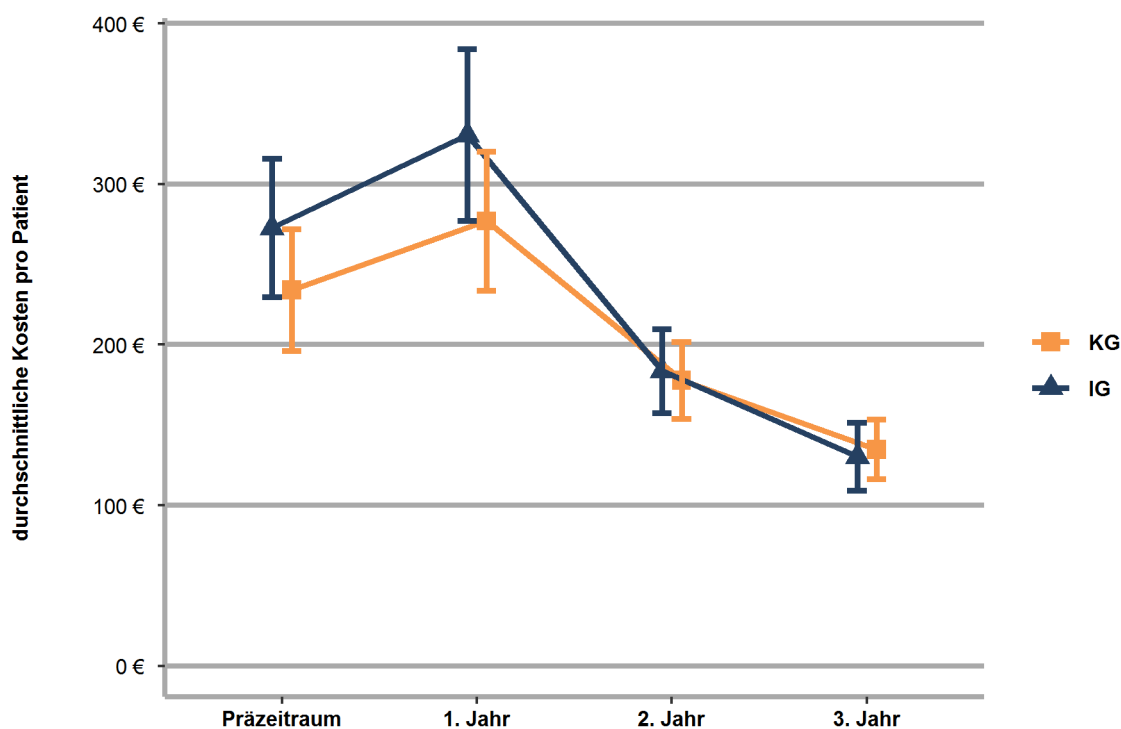
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	498	503	467	448	495	498	470	452
Mittelwert	272,68 €	330,50 €	183,61 €	130,33 €	234,04 €	277,02 €	177,76 €	134,82 €
Standardabweichung	606,85 €	753,02 €	364,65 €	290,77 €	531,44 €	608,20 €	331,48 €	256,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	36,65 €	36,00 €	23,25 €	19,33 €	28,76 €	30,59 €	27,54 €	23,41 €
Median	81,35 €	82,93 €	66,01 €	55,75 €	62,26 €	67,25 €	67,71 €	65,35 €
75%-Perzentil	189,47 €	236,13 €	186,57 €	150,99 €	144,17 €	171,86 €	154,11 €	137,24 €
Maximum	7.909,80 €	7.698,61 €	3.876,72 €	4.999,55 €	3.246,21 €	4.073,69 €	2.780,65 €	3.162,01 €

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

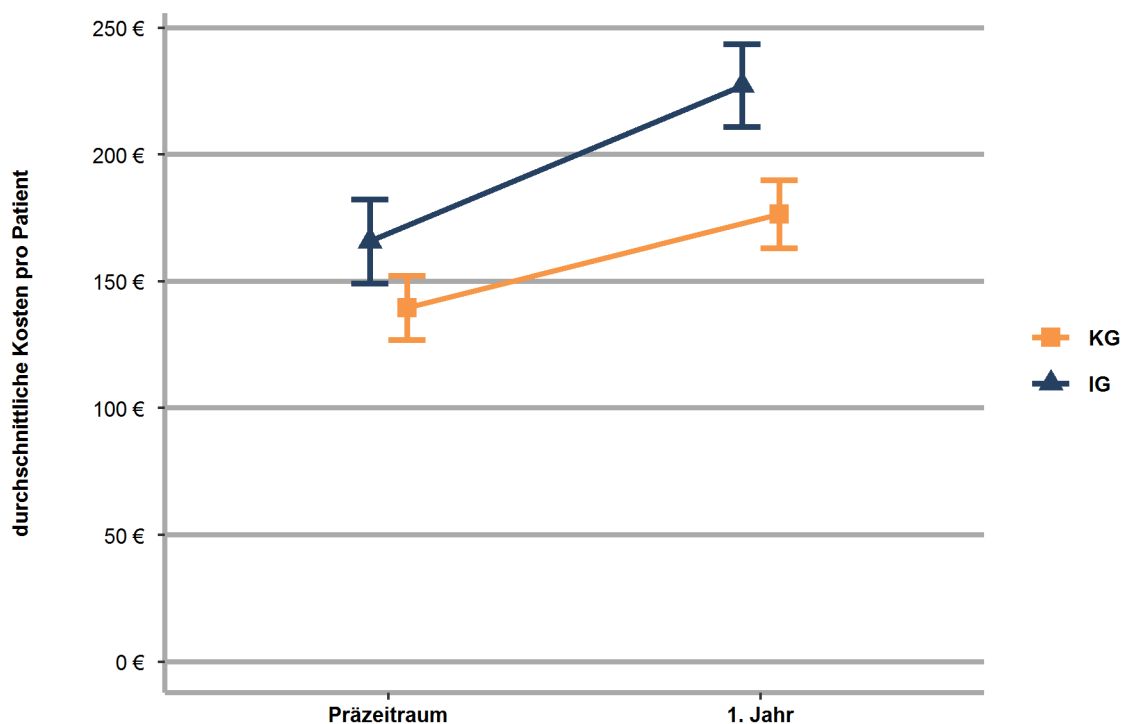
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 58)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 41) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 298,72 € höhere Kosten als die KG mit 225,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 535,71 €. In der KG stiegen die Kosten auf 396,52 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 66,29 € nicht signifikant ($p=0,159$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 119,32 €. In der KG sanken die Kosten auf 117,45 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 42) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 272,68 € und 234,04 € ähnlich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 330,50 €. In der KG stiegen die Kosten auf 277,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 14,84 € nicht signifikant ($p=0,667$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG sowie KG auf ein ähnliches Niveau (IG: 130,33 €, KG: 134,82 €).

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	547	579	538	580						
Mittelwert	165,82 €	227,22 €	139,56 €	176,48 €	26,27 €	0,039	50,74 €	<0,001	24,47 €	0,176
Standardabweichung	255,32 €	249,82 €	195,39 €	206,59 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	19,50 €	39,57 €	17,54 €	30,71 €						
Median	80,36 €	130,97 €	59,98 €	91,36 €						
75%-Perzentil	213,65 €	361,52 €	179,50 €	258,88 €						
Maximum	2.245,61 €	1.996,83 €	1.710,99 €	1.205,56 €						

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)

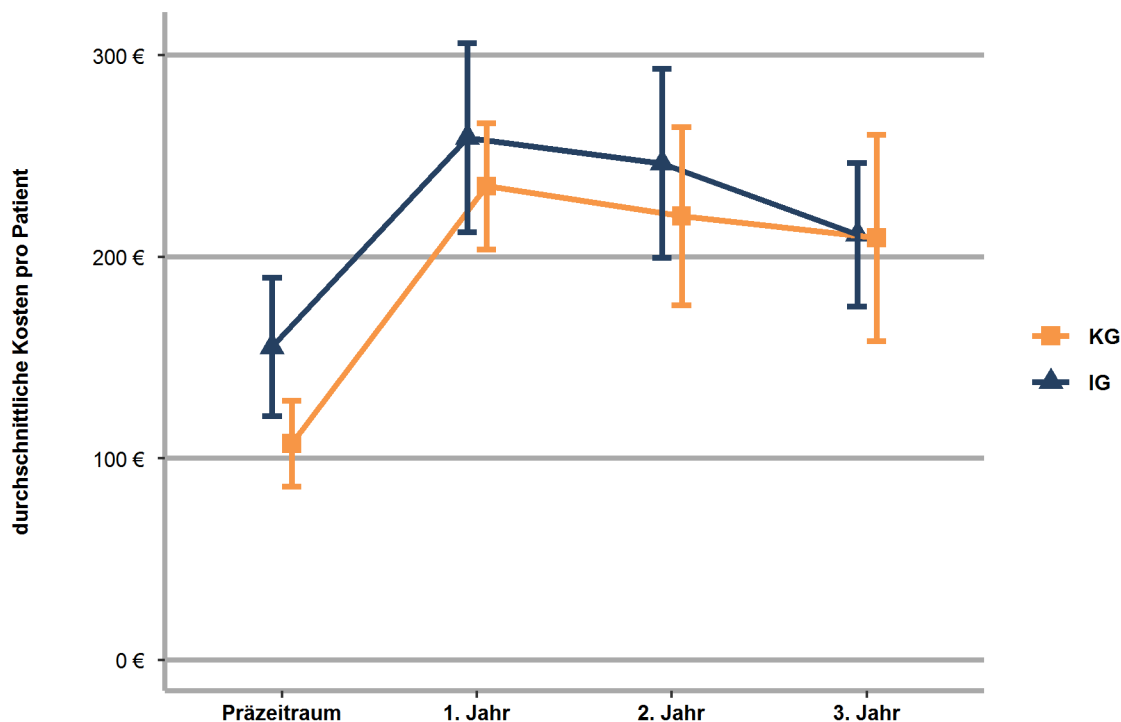
Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 59 und Abbildung 43) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 165,82 € größere Kosten als die KG mit 139,56 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 227,22 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 176,48 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 24,47 € nicht signifikant ($p=0,084$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 24,47 € nicht signifikant ($p=0,084$) stärker als in der KG.

11.7 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)**

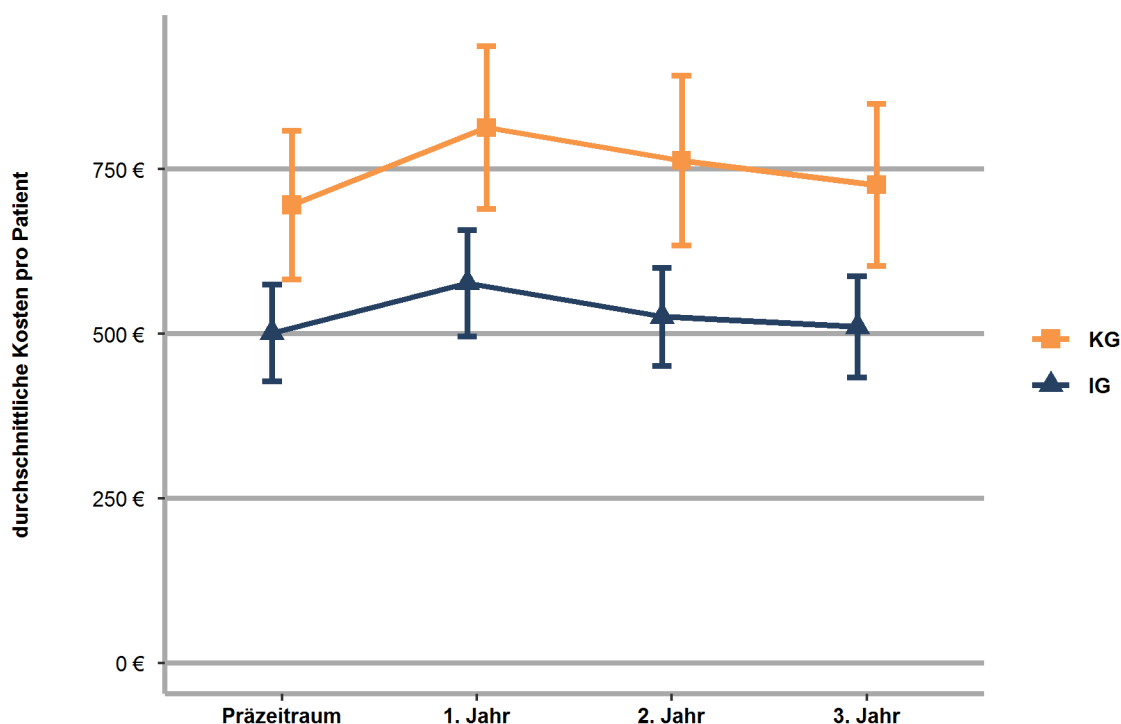
Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	319	412	347	321	279	394	296	285
Mittelwert	155,36 €	259,24 €	246,51 €	211,10 €	107,46 €	235,10 €	220,19 €	209,43 €
Standardabweichung	492,71 €	671,14 €	657,81 €	495,50 €	301,63 €	442,65 €	616,85 €	707,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	22,22 €	88,62 €	69,90 €	54,59 €	12,42 €	82,73 €	33,55 €	25,17 €
75%-Perzentil	115,87 €	240,14 €	245,89 €	220,40 €	78,75 €	270,16 €	217,66 €	190,42 €
Maximum	6.680 €	7.919 €	7.594 €	7.173 €	4.689 €	4.546 €	8.450 €	11.854 €

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)**

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	447	476	444	418	421	446	412	382
Mittelwert	501,46 €	577,08 €	525,85 €	510,47 €	695,73 €	813,04 €	763,21 €	726,17 €
Standardabweichung	1.036,34 €	1.139,10 €	1.045,87 €	1.062,47 €	1.586,70 €	1.738,72 €	1.798,02 €	1.692,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	43,29 €	72,98 €	47,75 €	34,54 €	24,81 €	73,54 €	31,55 €	0,00 €
Median	181,85 €	249,05 €	204,30 €	186,48 €	199,80 €	291,96 €	224,95 €	183,50 €
75%-Perzentil	532,71 €	613,71 €	565,89 €	544,67 €	658,96 €	797,72 €	708,40 €	639,17 €
Maximum	10.040 €	9.956 €	8.868 €	11.151 €	17.838 €	15.021 €	17.992 €	14.655 €

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)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 60 und Abbildung 44) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 155,36 € mehr Kosten als die KG mit 107,46 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG und KG mit 259,24 € bzw. 235,10 € auf ein ähnliches Niveau. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 23,77 € nicht signifikant ($p=0,386$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf ein ähnliches Niveau (IG: 211,10 €, KG: 209,43 €).

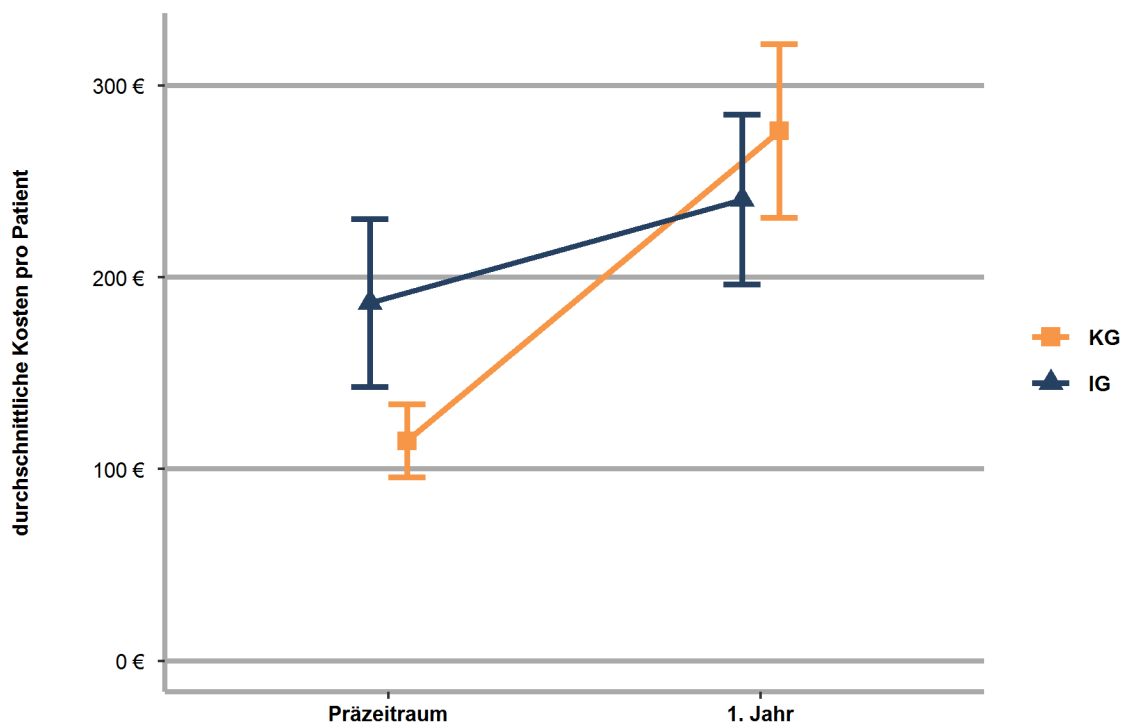
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 61 und Abbildung 45) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 501,46 € geringere Kosten als die KG mit 695,73 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 577,08 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 813,04 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 41,69 € nicht signifikant ($p=0,406$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 510,47 €. In der KG sanken die Kosten auf 726,17 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	387	456	347	461						
Mittelwert	186,75 €	240,56 €	114,69 €	276,34 €	72,06 €	0,013	-35,78 €	0,352	-107,83 €	0,025
Standardabweichung	671,74 €	680,05 €	292,83 €	694,19 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	26,47 €	75,69 €	14,84 €	95,06 €						
75%-Perzentil	132,80 €	251,02 €	102,77 €	274,18 €						
Maximum	12.938 €	13.311 €	4.813 €	7.940 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 62)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 62 und Abbildung 46) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 186,75 € höhere Kosten als die KG mit 114,69 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 240,56 €. In der KG stiegen die Kosten auf 276,34 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 107,83 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 107,83 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer als in der KG.

11.8 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 APN. Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

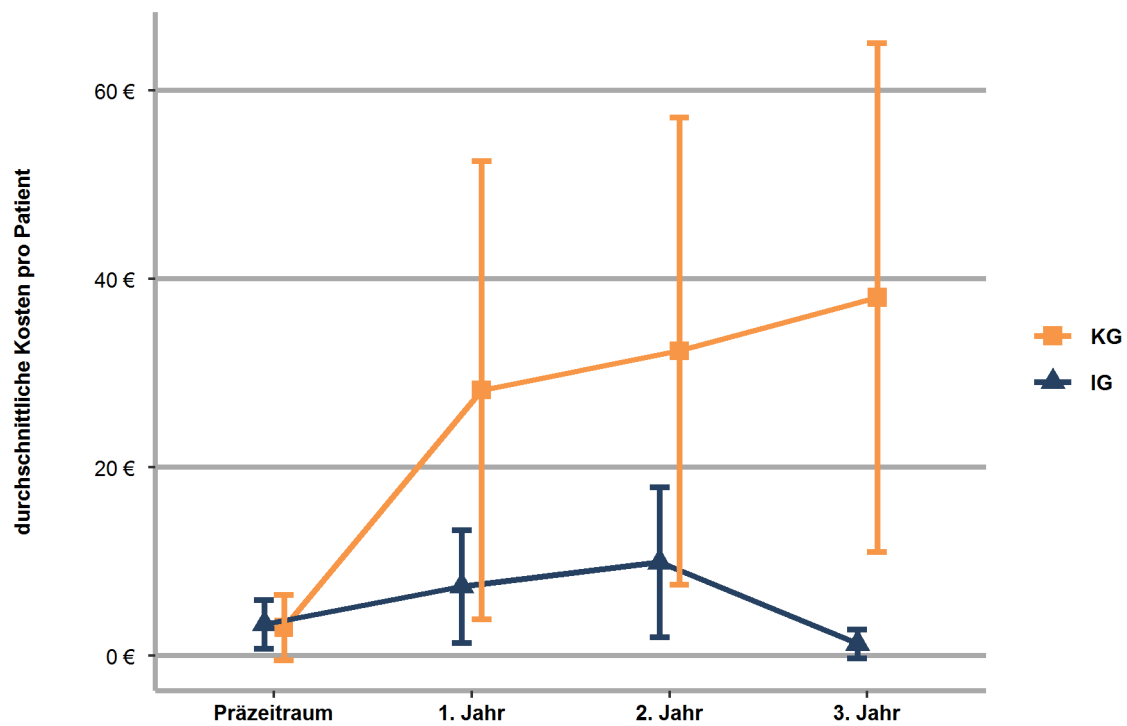
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	11	< 10
Mittelwert	3,36 €	7,38 €	9,92 €	1,28 €	3,03 €	28,22 €	32,37 €	38,04 €
Standardabweichung	37,34 €	86,05 €	111,95 €	20,90 €	49,08 €	344,52 €	346,41 €	372,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	618,21 €	1.588,18 €	2.050,20 €	393,00 €	1.101,55 €	6.768,22 €	5.554,00 €	5.010,88 €

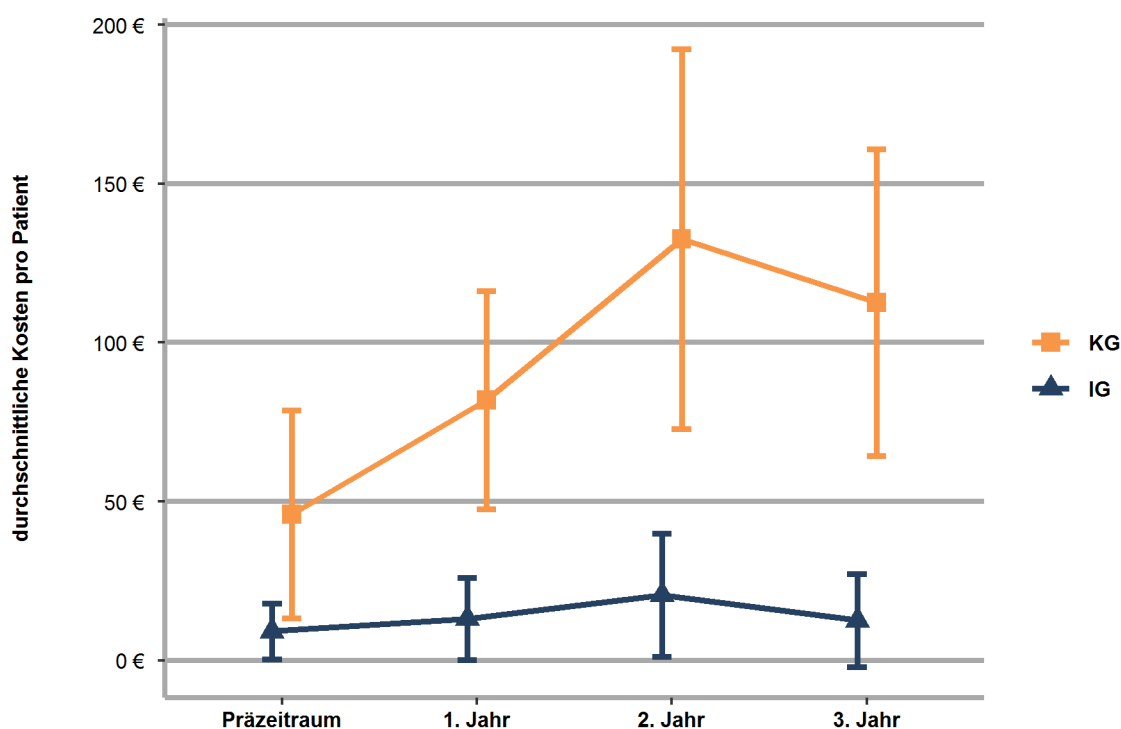
**Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinik-
neue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**



(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)**

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	19	26	28	26
Mittelwert	9,17 €	13,10 €	20,58 €	12,59 €	46,00 €	81,87 €	132,55 €	112,61 €
Standardabweichung	123,21 €	183,34 €	269,79 €	200,82 €	459,02 €	482,81 €	830,29 €	663,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.893 €	3.648 €	4.144 €	3.924 €	9.698 €	6.139 €	14.198 €	9.733 €

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

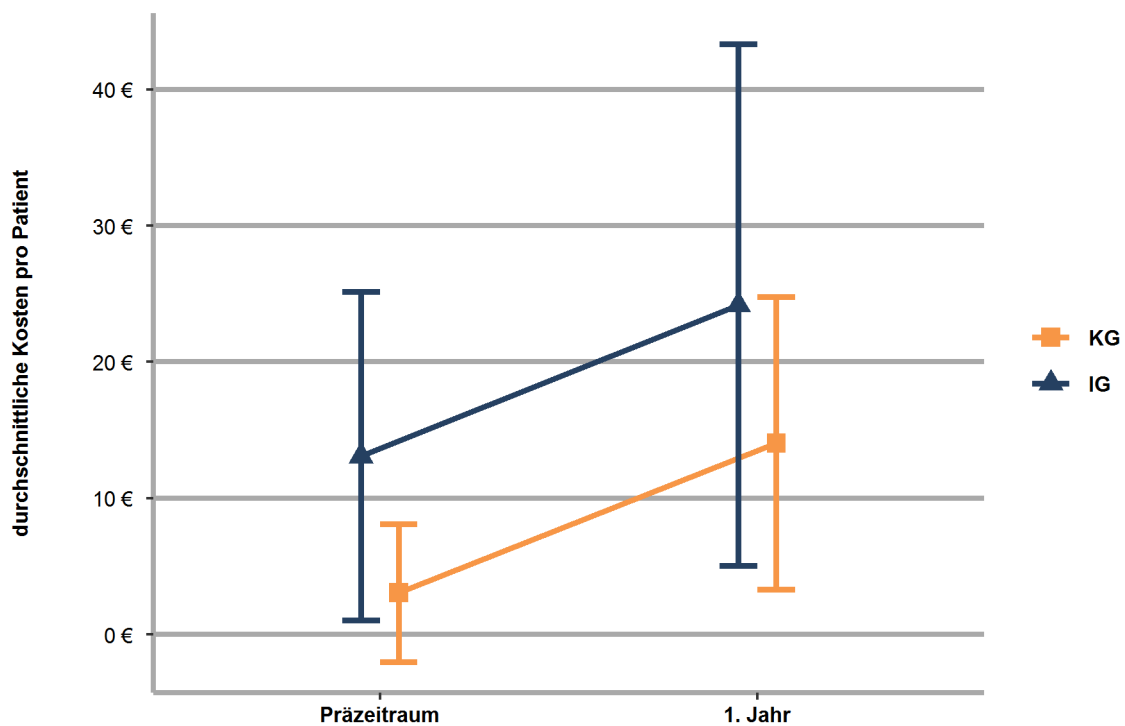
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 47) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,36 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 3,03 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7,38 €. In der KG stiegen die Kosten auf 28,22 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 21,18 € nicht signifikant ($p=0,167$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1,28 €. In der KG stiegen die Kosten auf 38,04 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 48) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 9,17 € niedrigere Kosten als die KG mit 46,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 13,10 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 81,87 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 31,94 € nicht signifikant ($p=0,065$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 12,59 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 112,61 €.

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	13,10 €	24,18 €	3,07 €	14,05 €	10,02 €	0,207	10,14 €	0,447	0,11 €	0,994
Standardabweichung	185,24 €	293,77 €	77,71 €	164,59 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.674,73 €	4.701,20 €	1.964,27 €	2.443,67 €						

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)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 49) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,10 € mehr Kosten als die KG mit 3,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 24,18 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 14,05 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,11 € nicht signifikant ($p=0,993$) stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 0,11 € nicht signifikant ($p=0,993$) stärker als in der KG.

12. 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

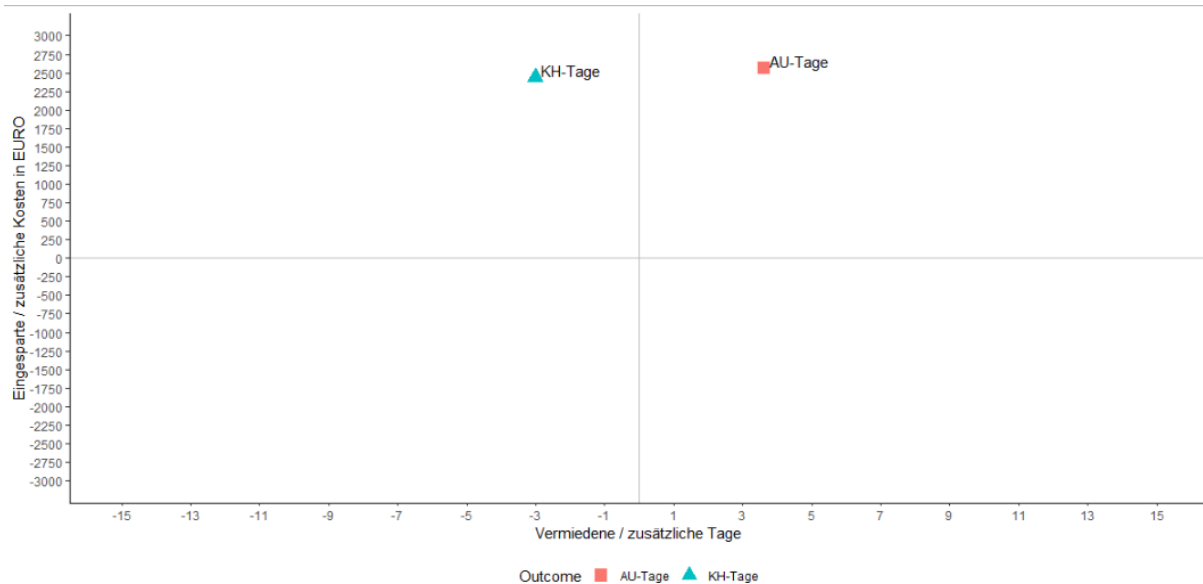
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Prä-Zeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.570,97 €		639	9.995,04 €		639	8.424,07 €	
	KG	1.113,63 €		639	7.098,52 €		639	5.984,89 €	
	Diff (IG - KG)	457,34 €	0,113		2.896,53 €	0,000		2.439,18 €	0,003
KH-Tage	IG	3,21		639	16,06		639	12,85	
	KG	2,59		639	18,45		639	15,86	
	Diff (IG - KG)	0,63	0,471		-2,38	0,191		-3,01	0,136
ICER (€/d)		-810,36							

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

		Prä-Zeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.655,40 €		418	9.913,81 €		418	8.258,41 €	
	KG	978,72 €		426	6.676,90 €		426	5.698,18 €	
	Diff (IG - KG)	676,68 €	0,073		3.236,91 €	0,000		2.560,23 €	0,006
AU-Tage	IG	36,11		418	93,06		418	56,96	
	KG	30,11		426	83,46		426	53,34	
	Diff (IG - KG)	5,99	0,217		9,61	0,216		3,62	0,693
ICER (€/d)		707,25							

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



Variante A (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 50): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.439,18 € signifikant ($p=0,003$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 3,0 Tage nicht signifikant ($p=0,136$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -809,68 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 809,68 € zusätzlich ausgegeben.

Variante B (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 50): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.560,23 € signifikant ($p=0,006$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 3,6 Tage nicht signifikant ($p=0,693$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 707,91 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 707,91 € zusätzlich ausgegeben.

13. Diskussion

13.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus zehn Kontrollkliniken (KG).

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen¹ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen². 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 zwei Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen.

- 1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
- 2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte und die Inanspruchnahme teilstationärer Behandlungsangebote könnten die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer erklären.

¹ 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.

² Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer von *linikneuen* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG niedriger als in der KG war (IG: 18,8 vollstationäre Tage; KG: 19,9 vollstationäre Tage). Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG um 2,3 vollstationäre Tage geringer als in der KG. Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage vollstationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Peak bezüglich der vollstationären 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.

Auch der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt stieg im ersten patientenindividuellen Jahr und sank dann auf den niedrigen Ausgangswert zurück. Hier lag die IG im ersten Jahr über dem Niveau der KG, auch die Zunahme des Anteils vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach fiel hier stärker aus. Die Verläufe der Anteile mit mindestens einem Klinikaufenthalt waren zwischen IG und KG vergleichbar.

Auch bei den *linikbekannten* Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der IG sehr kleinem, Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer im ersten Modelljahr in der IG höher als in der KG (1. Jahr: +3,8 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich war in beiden Gruppen bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar, lag jedoch im gesamten Beobachtungszeitraum in der IG über dem Niveau der KG.

Sowohl für *linikneue* als auch *linikbekannte* Patienten ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau bei etwa fünf vollstationären Behandlungstagen erkennbar. Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen relevante Unterschiede zwischen IG und KG. Erwartungsgemäß starteten beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau und wiesen einen starken Anstieg stationärer Inanspruchnahme im patientenindividuellen ersten Jahr auf. Dieser fiel in der IG statistisch signifikant geringer aus als in der KG.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit längeren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht hier nicht im Einklang

mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Im Gegensatz zur verringerten vollstationären Behandlungsdauer verzeichnen hier Patienten der IG aber fast 19 mehr AU-Tage im Vergleich zur KG. Kongruent dazu ist auch die Beobachtung, dass im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr zwar 3,0 Tage der vollstationären Behandlungsdauer in der IG im Vergleich zur KG reduziert wurden, aber in der Dauer der AU – Episoden es zu einem Mehr an 3,7 Tagen kam.

Dies deutet insgesamt darauf hin, dass es bezüglich Arbeitsunfähigkeitsdauer möglicherweise weitere Effekte gab, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten. Über die Natur dieser Effekte lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Antworten können hier möglicherweise durch das ergänzende Projekt PsychCare gefunden werden, welches weitere Datenquellen untersucht, besonders Primärdaten mittels Fragebogen und Befragungen.

Zudem 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.

Bei der ambulanten Inanspruchnahme klinikneuer Patienten in der PIA zeigten sich vergleichbare Muster zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG). Hier hatten jedoch sowohl klinikneue als auch klinikbekannte Patienten in der IG über alle Jahre in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) aufgrund Indexdiagnose mehr Kontakte als Patienten der KG, wobei sich dieser Unterschied über den Zeitverlauf annäherte. Es ist zu beachten, dass bei den klinikneuen Patienten nicht alle Patienten einen ambulanten Kontakt in der PIA (siehe auch Tabelle 36) aufwiesen.

Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar. Die Werte waren hier jedoch nahezu identisch (sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten).

Auch für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte 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 höher als in der KG war. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ähnlich dem aus dem Zeitverlauf, auch hier stieg die Inanspruchnahme in der IG stärker als in der KG.

Es lässt sich feststellen, dass es in der Modellklinik zur einer erhöhten Häufigkeit ambulanter Kontakte im Vergleich zu den Kontrollkliniken kam. Zusätzlich dazu finden sich ebenfalls Unterschiede hinsichtlich der Dauer teilstationärer Klinikaufenthalte. Hier ergibt sich für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in der IG ein höherer Peak mit +4,5 Tagen und für klinikbekannte Patienten mit +0,7 Tagen im Vergleich zur KG. Möglicherweise wird zusätzlich ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert.

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 weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen und AU-Tagen keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität oder einer erhöhten Wiederaufnahmerate in der Modellklinik, ersichtlich ist.

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 anwendbar. 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 teurer. Auch im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 2.376,66 € je Patient signifikant höher (IG = 9.452,14 €; KG = 7.075,48 €). Im zweiten Jahr betrug die Differenz 1.967,28 € (IG = 6.225,92 €; KG = 4.258,64 €) und im dritten Jahr 1.833,20 € (IG = 5.448,13 €; KG = 3.614,93 €). Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die signifikant höheren Versorgungskosten in allen Krankenhausbereichen (vollstationär tagesklinisch sowie PIA) vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: bei der vollstationären Versorgung war die IG im ersten Jahr um 942,91 € teurer als die KG, wobei die Anteile der Patienten mit vollstationärem Fall in beiden Gruppen gleich hoch waren. Bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient war die IG ebenfalls um 990,73 € signifikant teurer, wobei in beiden Gruppen etwa gleich viele Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 19 %; KG: 16 %). Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als in der KG: Im ersten Jahr um 289,53 € im zweiten Jahr um 220,88 € je Patient.

Bei den klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellbar. Während die Kosten der KG zum ersten Nachbeobachtungsjahr nur leicht anstiegen, war der Anstieg in der IG deutlich höher. Somit ergab sich auch eine signifikant höhere Kostendifferenz von 3.227,99 € (IG = 9.131,03 €; KG = 5.903,04 €). Zwar sanken die durchschnittlichen Kosten in

beiden Gruppen im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr, die der IG übersteigen jedoch weiterhin signifikant die der KG: im zweiten Jahr um 1.967,28 € und im dritten Nachbeobachtungsjahr um 1.833,20 €. Wie bei den klinikneuen Patienten lagen auch hier die Kosten der IG in den Teilversorgungsbereichen vollstationär, tagesklinisch sowie PIA stets über den Kosten der KG.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG in der Difference-in-Difference-Betrachtung je Patient einen um 2.439,18 € signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Hier waren die Versorgungsbereiche der tagesklinischen sowie der PIA-Versorgung durch signifikant höhere Kostenanstiege vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr gekennzeichnet.

Anders als bei anderen Modellvorhaben, bei denen die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung zwischen IG und KG in der Regel auf vergleichbaren Niveaus liegen, zeigten sich hier über alle Perspektiven hinweg deutlich höhere Kosten der vertragsärztlichen Versorgung, die sich aufgrund der gleichen Patientenanteile über ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten (was ein sich zwischen IG und KG unterscheidendes Angebot nicht ausschließt) erklären lassen. Hierzu muss dieser Bereich jedoch stärker beleuchtet werden.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass sowohl vollstationäre Tage 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.

13.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl an 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 2017-2020) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

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 Versorgung 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 Zielparametern 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 Prä-Zeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten, nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 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. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglied) 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.

13.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierende 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 Prä-Zeitraum 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 Prä-Zeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Prä-Zeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (3).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies gilt vor allem für den Zeitraum bis 2014 einschließlich. Für das 2016 begonnene Modell Wetterau betrifft diese Einschränkung den Prä-Zeitraum der Patienten im ersten Studienjahr.
- 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 (4). 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 (4). 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).

14. Literatur

1. 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:S4-S12.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

15. Anhang

15.1 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)	577	577	577	577
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)	10,1 %	44,2 %	9,0 %	35,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,0 %	5,9 %	1,9 %	2,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,8 %	13,5 %	10,2 %	13,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ^{3,4} (B1)	2,4	18,4	1,3	19,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	10,1	0,0	6,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,6	28,5	1,3	25,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	1,8	0,5	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,4	1,5	0,5	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	1,6	1,4	2,2

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	550	550	550	550
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)	29,5 %	26,2 %	32,0 %	27,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,3 %	4,2 %	6,7 %	3,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,7 %	11,6 %	16,7 %	15,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	11,2	17,3	12,0	13,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	4,1	4,6	2,9	3,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	15,4	21,9	14,9	16,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,4	1,5	1,9	0,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	2,1	1,4	1,9	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	1,4	1,7	2,4

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)	570	570	570	570
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	555	560	553	559
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	4,6	0,2	4,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,8	5,7	2,2	4,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,6	13,6	9,7	12,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,6	0,9	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,5	8,2	5,8	11,5

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)	546	546	546	546
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	538	543	536	539
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	6,9	11,5	6,8	10,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	2,8	2,1	2,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,8	15,3	13,8	14,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,7	0,7	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,6	4,9	13,2	14,8

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	59	483	54	451
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,5 %	11,6 %	7,4 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,7 %	2,7 %	3,7 %	11,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,6 %	50,7 %	42,6 %	49,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,9 %	11,8 %	3,7 %	11,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,7 %	9,3 %	1,9 %	6,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,7 %	0,0 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,2 %	21,1 %	13,0 %	31,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,8 %	36,4 %	51,9 %	33,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	44	267	34	212
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,4 %	13,9 %	8,8 %	17,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,3 %	4,5 %	2,9 %	15,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	31,8 %	51,3 %	47,1 %	53,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	18,2 %	13,9 %	5,9 %	19,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,3 %	11,2 %	2,9 %	9,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,6 %	0,0 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,6 %	26,2 %	14,7 %	40,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	54,5 %	33,3 %	44,1 %	28,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	21	132	15	72
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,3 %	20,5 %	6,7 %	20,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	6,8 %	6,7 %	19,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,6 %	52,3 %	40,0 %	58,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,8 %	18,2 %	6,7 %	27,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	8,3 %	0,0 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,3 %	0,0 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	31,1 %	13,3 %	47,2 %

- kein Kontakt in 7 Tagen	47,6 %	28,0 %	46,7 %	27,8 %
---------------------------	--------	--------	--------	--------

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	50	455	48	419
Alle - 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) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen	22,0 % 6,0 % 78,0 % 32,0 % 8,0 % 12,0 % 36,0 % 12,0 %	19,3 % 9,9 % 75,6 % 28,4 % 18,5 % 7,0 % 38,5 % 14,7 %	16,7 % 10,4 % 54,2 % 16,7 % 6,3 % 2,1 % 29,2 % 37,5 %	21,0 % 19,6 % 70,9 % 26,0 % 12,9 % 5,7 % 45,8 % 13,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	39	256	30	194
Schwere psychische Erkrankungen (A) - 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) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen	20,5 % 7,7 % 84,6 % 33,3 % 10,3 % 10,3 % 38,5 % 10,3 %	21,5 % 12,5 % 77,3 % 31,6 % 21,9 % 7,0 % 44,9 % 10,5 %	16,7 % 13,3 % 63,3 % 20,0 % 6,7 % 3,3 % 36,7 % 26,7 %	23,2 % 26,3 % 76,8 % 34,0 % 18,0 % 7,7 % 57,7 % 9,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	20	127	13	63
Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)²	25,0 % 5,0 % 85,0 %	26,8 % 15,7 % 80,3 %	7,7 % 23,1 % 61,5 %	19,0 % 38,1 % 74,6 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,0 %	40,2 %	23,1 %	39,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,0 %	19,7 %	0,0 %	19,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	8,7 %	7,7 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,0 %	49,6 %	30,8 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	7,1 %	23,1 %	14,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	41	390	30	369
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	39,0 %	23,8 %	26,7 %	26,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,1 %	18,7 %	16,7 %	24,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,2 %	88,7 %	83,3 %	86,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,1 %	47,7 %	46,7 %	48,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,1 %	22,8 %	3,3 %	19,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,5 %	15,1 %	13,3 %	13,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,1 %	50,0 %	36,7 %	56,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,8 %	4,6 %	10,0 %	7,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	32	214	18	169
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,5 %	27,6 %	33,3 %	27,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,6 %	23,4 %	22,2 %	32,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,8 %	88,3 %	88,9 %	89,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,4 %	52,3 %	50,0 %	58,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,9 %	25,7 %	0,0 %	25,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,8 %	14,5 %	5,6 %	18,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,3 %	58,4 %	50,0 %	69,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,3 %	4,2 %	5,6 %	4,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	15	105	<10	55
Schwere psychische Erkrankungen (B)				

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	46,7 %	31,4 %	33,3 %	21,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	26,7 %	33,3 %	43,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	92,4 %	77,8 %	89,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	66,7 %	60,0 %	44,4 %	56,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	26,7 %	24,8 %	0,0 %	25,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,3 %	15,2 %	11,1 %	21,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	60,0 %	55,6 %	74,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,9 %	11,1 %	5,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	279	363	239	283
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,6 %	16,8 %	28,9 %	29,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,9 %	4,7 %	3,8 %	4,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,7 %	46,6 %	45,6 %	41,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,4 %	10,2 %	7,9 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,1 %	3,9 %	2,5 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	1,7 %	2,1 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,4 %	24,0 %	33,1 %	35,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,7 %	38,0 %	32,6 %	35,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	244	308	206	227
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,7 %	19,2 %	31,6 %	30,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,5 %	5,5 %	4,4 %	6,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,9 %	48,1 %	46,6 %	39,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,5 %	11,0 %	7,3 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,0 %	4,2 %	2,9 %	3,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	1,9 %	2,4 %	2,2 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,5 %	27,3 %	36,4 %	38,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,8 %	34,4 %	31,1 %	35,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	154	188	124	120
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,2 %	20,7 %	36,3 %	31,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,9 %	5,9 %	3,2 %	7,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,3 %	47,3 %	41,9 %	41,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,0 %	13,8 %	6,5 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,1 %	4,3 %	2,4 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	3,2 %	2,4 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,6 %	29,3 %	41,1 %	40,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,3 %	31,9 %	32,3 %	31,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	222	314	205	256
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	36,9 %	30,9 %	50,7 %	43,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,1 %	10,5 %	5,4 %	12,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,0 %	75,8 %	69,8 %	66,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,2 %	24,2 %	22,0 %	24,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,5 %	6,7 %	6,8 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	5,4 %	4,4 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,9 %	43,9 %	55,6 %	55,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,3 %	13,1 %	13,7 %	15,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	197	265	174	205
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	40,1 %	34,3 %	55,2 %	45,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,1 %	11,7 %	6,3 %	14,1 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F)	69,5 %	77,4 %	70,1 %	64,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,0 %	25,7 %	23,6 %	25,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,7 %	7,5 %	7,5 %	8,3 %
	8,1 %	6,4 %	5,2 %	7,3 %
	50,3 %	49,1 %	60,3 %	60,5 %
	12,2 %	10,9 %	12,1 %	13,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	117	158	102	105
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,5 %	36,1 %	62,7 %	53,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,7 %	14,6 %	7,8 %	16,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,8 %	77,2 %	68,6 %	69,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,0 %	29,1 %	20,6 %	30,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,0 %	6,3 %	6,9 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,5 %	9,5 %	4,9 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,7 %	52,5 %	68,6 %	70,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,1 %	8,9 %	8,8 %	6,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	158	233	162	213
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	60,1 %	38,2 %	71,6 %	50,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,5 %	16,7 %	7,4 %	19,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,3 %	89,7 %	90,1 %	85,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,5 %	45,1 %	47,5 %	41,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,7 %	9,4 %	11,7 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,5 %	9,9 %	13,0 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,6 %	54,5 %	75,3 %	68,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	4,3 %	2,5 %	2,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	146	201	143	173
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	61,6 %	42,3 %	75,5 %	52,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,3 %	17,9 %	8,4 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,3 %	90,5 %	90,9 %	86,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,8 %	47,3 %	49,0 %	42,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,7 %	9,5 %	12,6 %	15,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,4 %	10,9 %	14,0 %	16,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,9 %	59,7 %	79,0 %	73,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,7 %	3,0 %	2,8 %	1,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	81	115	83	88
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	65,4 %	48,7 %	84,3 %	61,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,1 %	23,5 %	9,6 %	18,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,2 %	90,4 %	90,4 %	89,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,1 %	52,2 %	47,0 %	47,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,3 %	8,7 %	10,8 %	14,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,5 %	15,7 %	10,8 %	17,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,3 %	67,0 %	88,0 %	81,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,2 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	522	522	530	530	522	522	530	530
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	65	305	49	231	65	305	49	231
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	21	106	17	83	21	106	17	83
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	33	<10	24	<10	33	<10	24
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	34	157	26	81	34	157	26	81
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	13	61	11	30	13	61	11	30
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	21	<10	10	<10	21	<10	10

* 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								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA1)	29,2 %	24,9 %	16,3 %	16,0 %	20,0 %	20,3 %	18,4 %	14,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	23,5 %	21,7 %	11,5 %	12,3 %	20,6 %	16,6 %	11,5 %	9,9 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	14,3 %	8,5 %	23,5 %	6,0 %	9,5 %	5,7 %	0,0 %	3,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	15,4 %	6,6 %	18,2 %	3,3 %	7,7 %	8,2 %	0,0 %	3,3 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	0,0 %	3,0 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	4,8 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	268,4	736,2	294,9	790,3	330,7	889,3	363,2	900,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	316,8	765,1	167,3	554,5	356,0	962,5	311,0	678,9

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	241,5	434,4	219,4	330,2	261,3	519,6	0,0	395,5
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	240,0	613,9	230,0	281,0	278,0	550,4	0,0	281,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	229,7	0,0	289,8	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	229,7	0,0	190,3	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 psychiatrischen 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 EBM: 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	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	518	518	516	516	518	518	516	516
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	366	346	354	340	366	346	354	339
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	159	156	152	149	159	156	152	149
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	57	57	56	54	57	57	56	54
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	240	212	221	192	240	212	221	191
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	109	97	101	85	109	97	101	85
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	41	37	39	31	41	37	39	31

* 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								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA1)	14,5 %	19,1 %	13,0 %	11,5 %	12,6 %	14,7 %	8,8 %	8,8 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	10,8 %	12,7 %	9,5 %	8,9 %	10,4 %	9,9 %	5,9 %	5,8 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	8,8 %	5,8 %	6,6 %	7,4 %	2,5 %	3,2 %	3,9 %	6,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	8,3 %	4,1 %	2,0 %	2,4 %	1,8 %	3,1 %	1,0 %	2,4 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	8,8 %	10,5 %	5,4 %	7,4 %	0,0 %	3,5 %	0,0 %	1,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	7,3 %	10,8 %	5,1 %	6,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,2 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	289,6	655,6	277,5	581,1	345,7	835,2	366,7	733,2
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	289,8	608,6	255,9	379,1	341,5	779,1	334,4	530,3

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	186,9	312,4	222,6	405,6	232,9	380,8	273,4	475,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	185,9	398,1	150,8	383,0	219,3	420,7	250,5	410,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	165,6	192,1	171,8	246,8	0,0	273,7	0,0	240,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	165,3	151,3	160,7	201,0	0,0	0,0	0,0	240,0

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

² Unter Kontakt zum psychiatrischen 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 EBM: 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)	570	570	570	570
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	555	560	553	559
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,4%	2,1%	0,5%	1,2%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	546	546	546	546
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	538	543	536	539
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	1,1%	1,6%	0,2%	0,9%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,4%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%

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

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)	339	339	349	349
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	160	271	167	271
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,4	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	28,2	97,0	24,1	83,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,4%	19,5%	24,1%	16,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,1	1,3	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,5	0,5	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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)	250	250	272	272
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	114	145	146	146
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,0	1,9	1,7	1,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	50,7	53,6	43,4	47,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	16,4%	12,0%	19,5%	8,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	18	<10	17	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,6	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,3	1,2	1,5	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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)	377	344
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	33,7% 95,7	32,3% 102,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	210	159
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	18,8% 88,6	16,9% 110,4
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	101	54
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	9,8% 58,9	4,9% 82,6

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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	230	241
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	49,6% 102,3	49,4% 110,4
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	201	203
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	43,5% 95,5	42,7% 111,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	121	114
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	27,4% 100,7	22,8% 105,9

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)	577	577
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	3,6 3 2 - 5	3,5 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 • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	2,3 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 • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	1,3 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	550	550
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	3,9 3 2 - 5	4,0 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 • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	3,1 3 2 - 4	3,2 3 2 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand)	0,8 0 0 - 1	0,9 0 0 - 1

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	577	577
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	3,8 %	2,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	550	550
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	1,6 %	2,2 %

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	555	561
Anzahlen mit • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵	197 342 395	194 359 407
Anteil Personen mit Progression: • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C)	22,8 % 4,4 % 21,3 %	26,8 % 4,2 % 21,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	541	538
Anzahlen mit • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵	127 252 294	119 266 299
Anteil Personen mit Progression: • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C)	4,7 % 3,2 % 7,1 %	11,8 % 0,8 % 7,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
- Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ - Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate	57 1,8 %	65 10,8 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
- Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ - Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸	112 0,9 %	113 0,9 %

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)		
- Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ - Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose²	68 4,4 %	67 9,0 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
- Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ - Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵	<10 42,9 %	<10 28,6 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
- Anzahl Personen mit Demenz⁶ - Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷	32 40,6 %	34 47,1 %

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ 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)		
- Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ - Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen	448 49,6 %	469 46,7 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
- Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ - Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen	391 18,2 %	304 17,4 %

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)		
- Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² - Anteil mit antipsychotischer Medikation³	174 89,1 %	155 92,3 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
- Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ - Anteil mit antipsychotischer Medikation³	71 90,1 %	68 95,6 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
- Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ - Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten	23 17,4 %	11 27,3 %

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

15.2 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

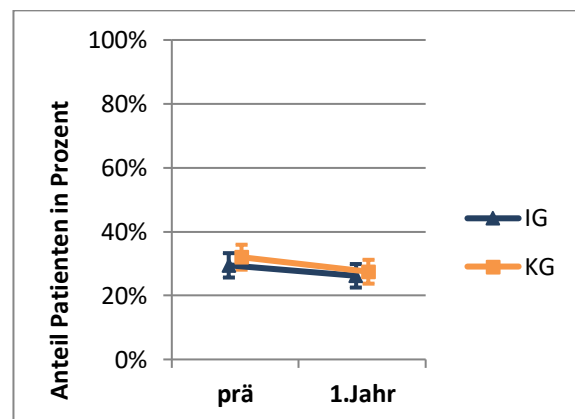
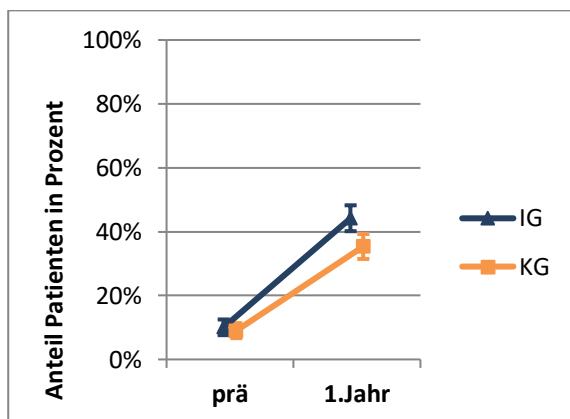
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

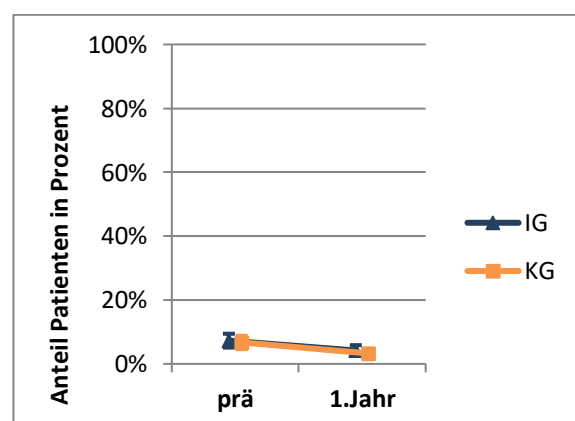
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

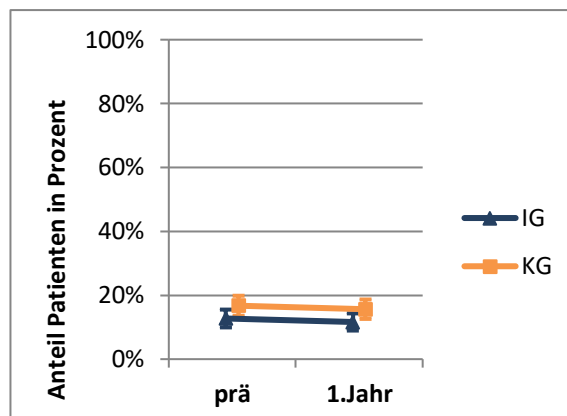
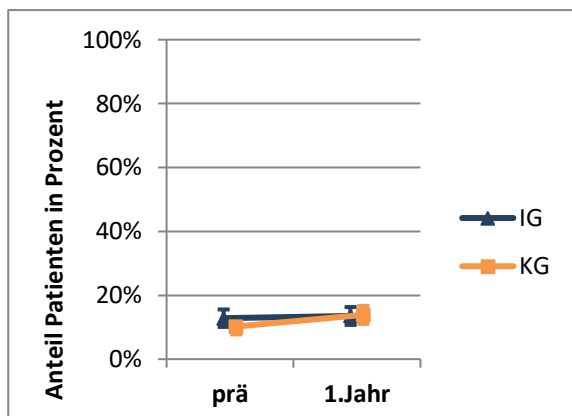


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein



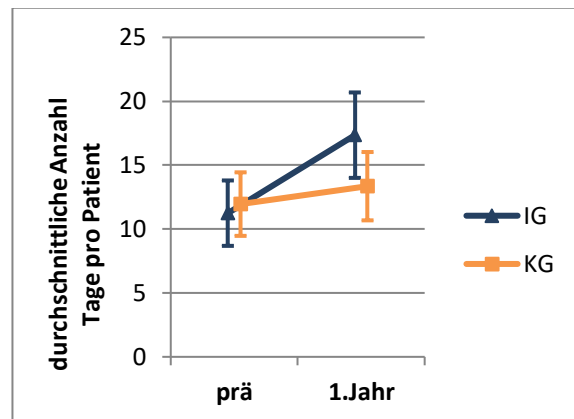
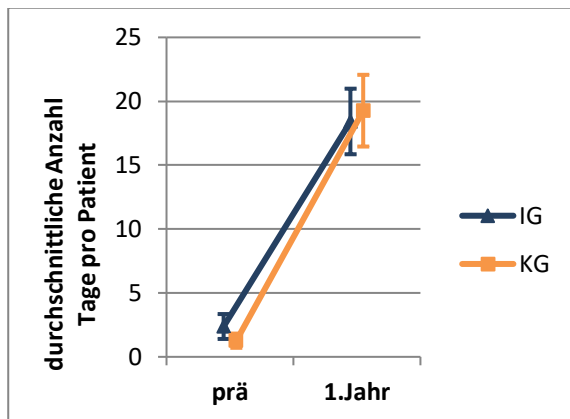
- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**



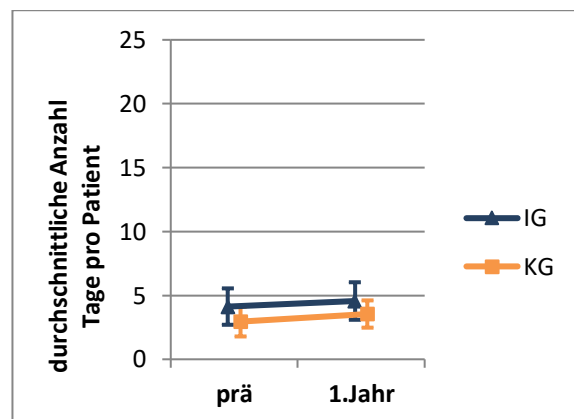
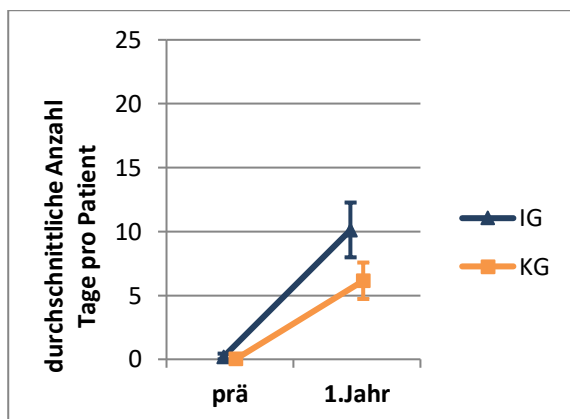
Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten**

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

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

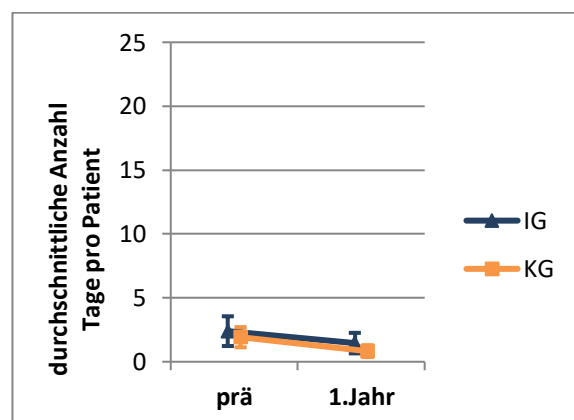


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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

Fallzahl zu klein



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

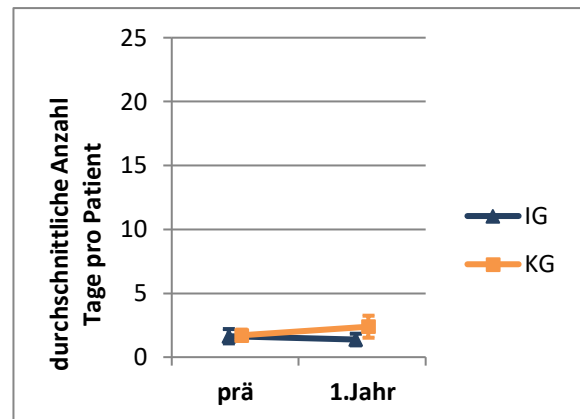
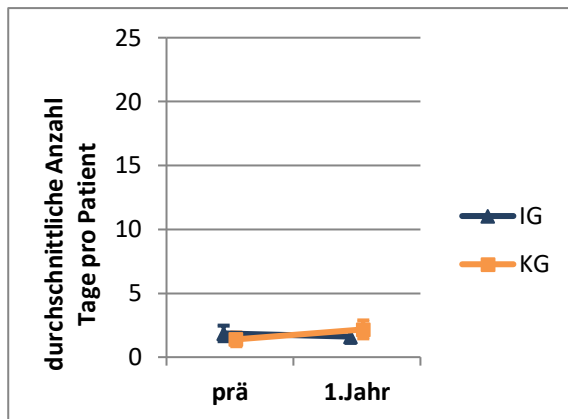


Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

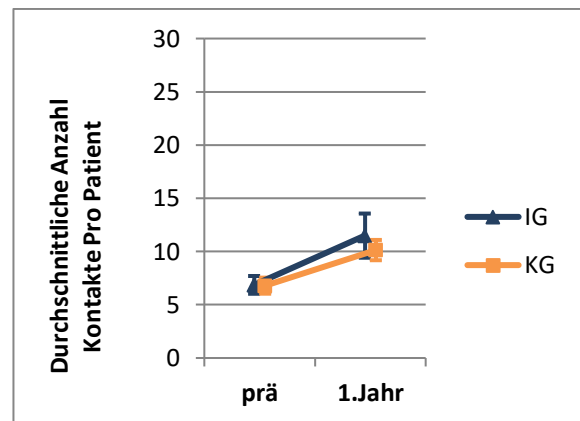
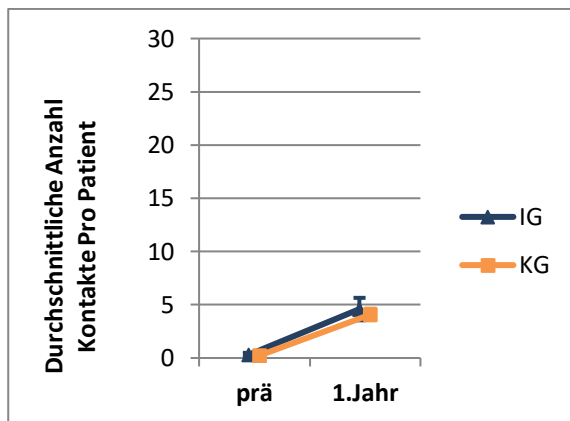
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

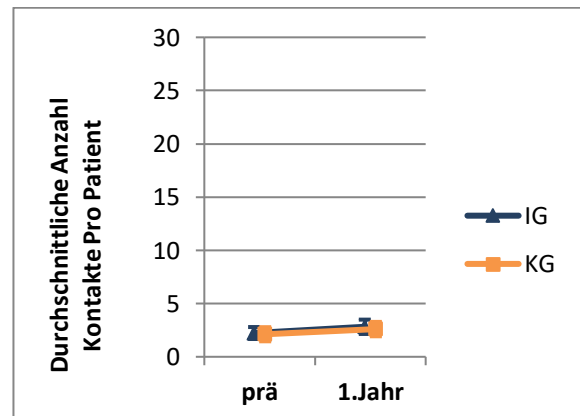
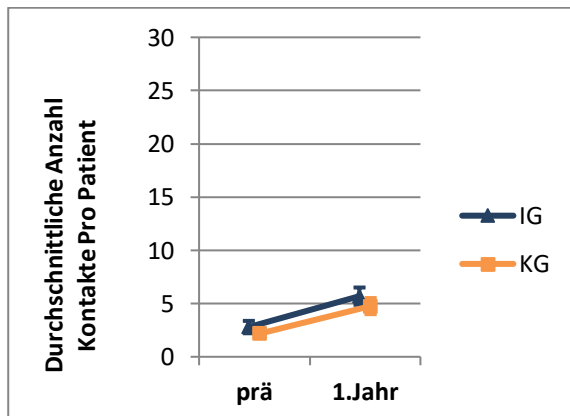
Klinikbekannte Patienten

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

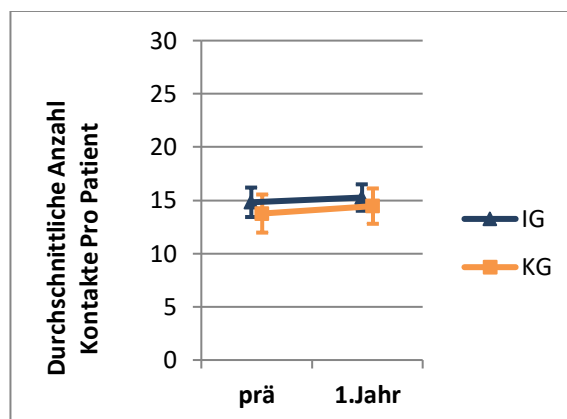
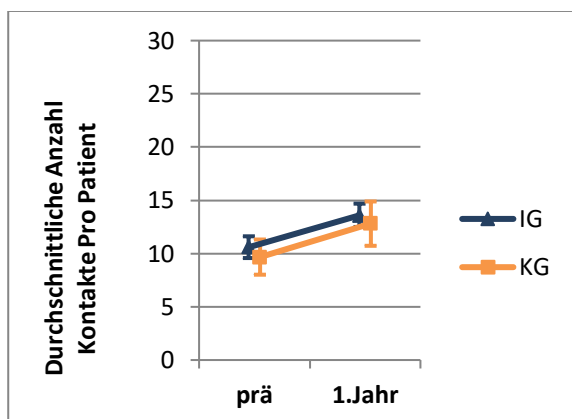
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

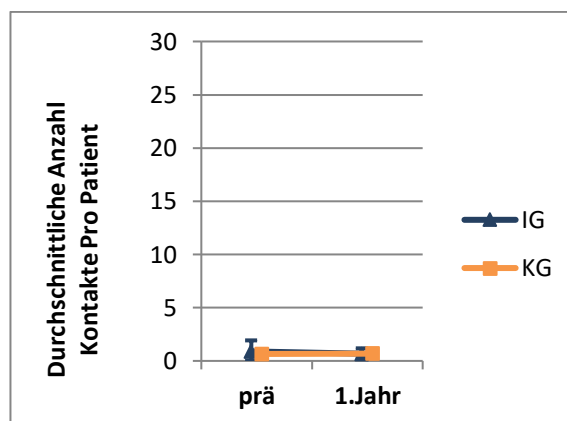
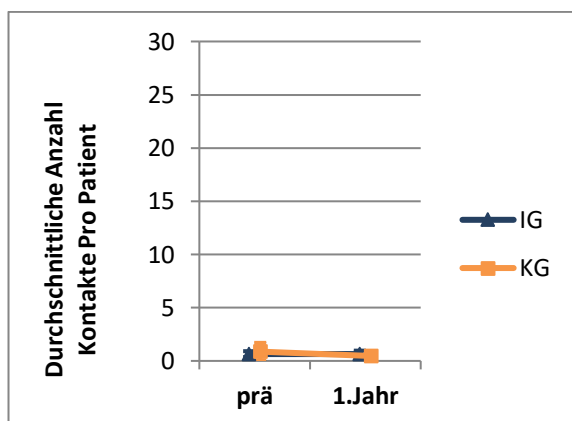
Fallzahl zu klein

- 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)

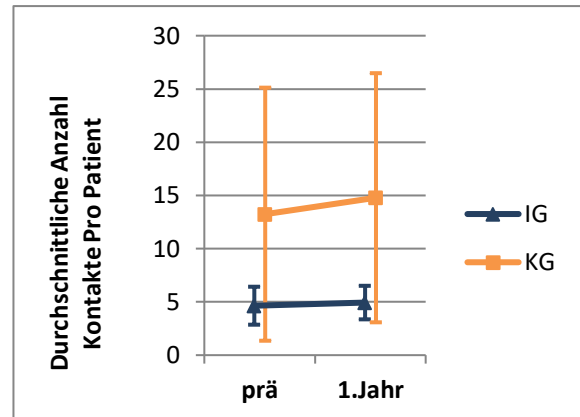
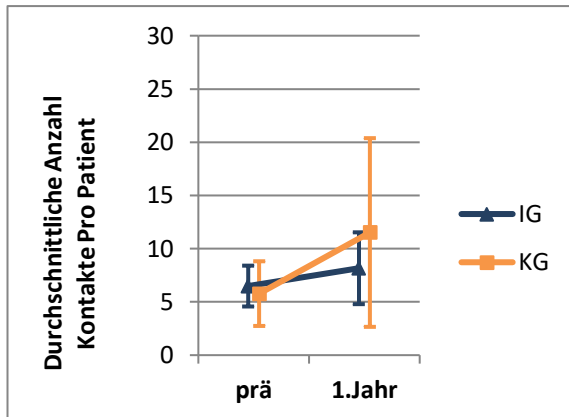


Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

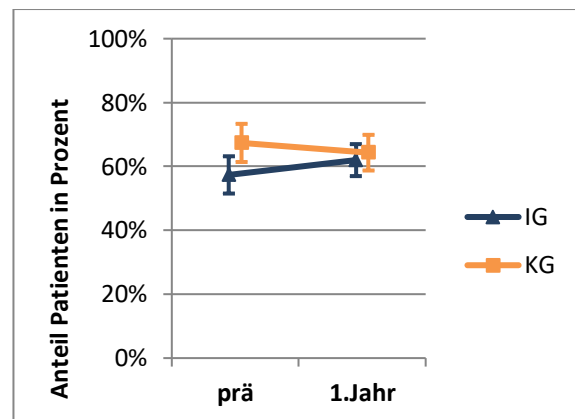
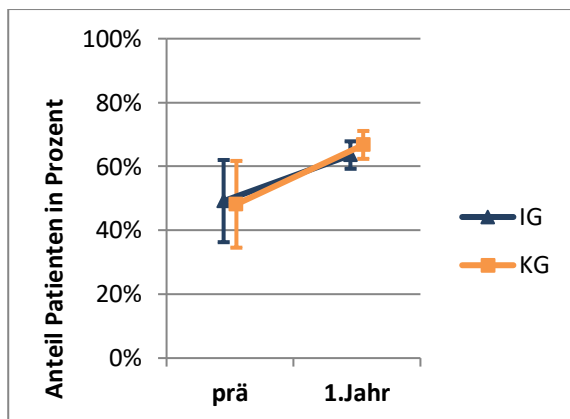
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

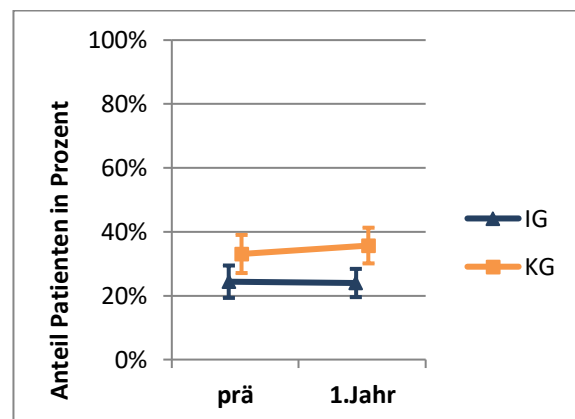
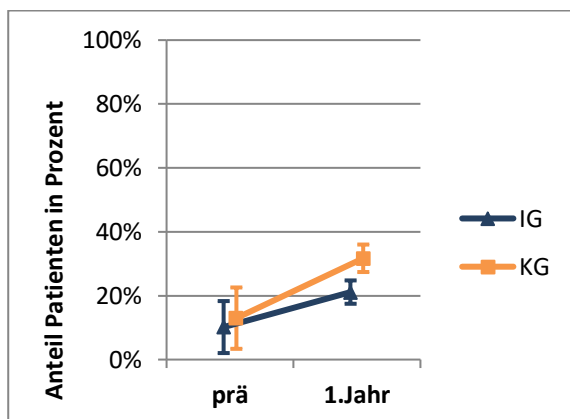
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

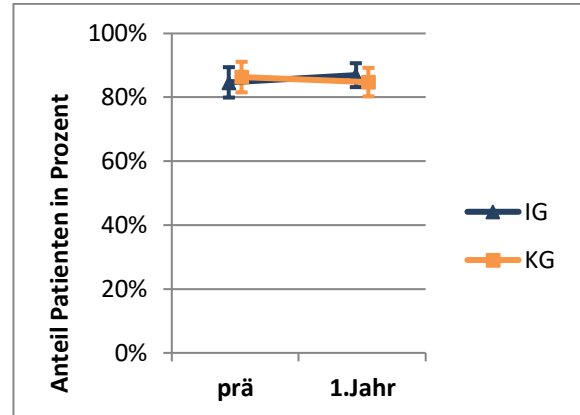
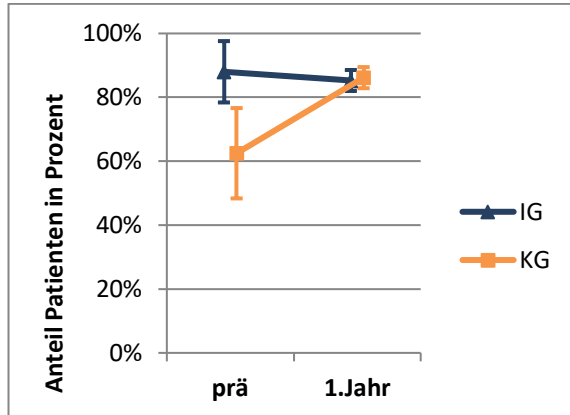
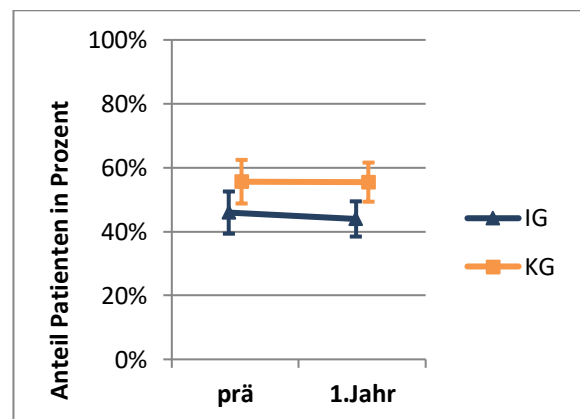
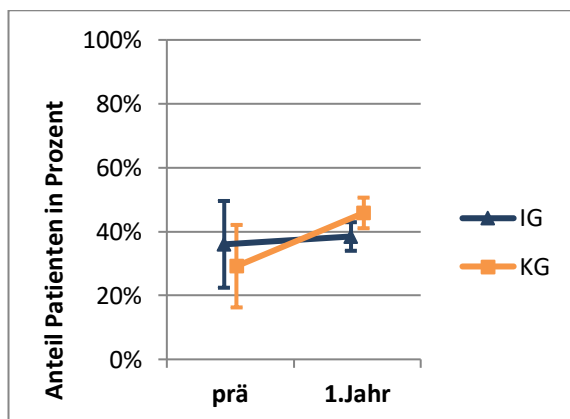


- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

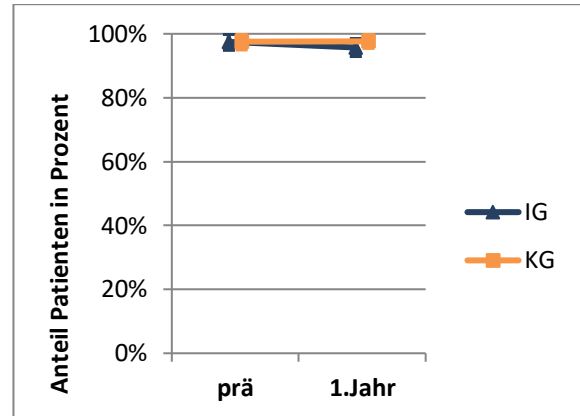
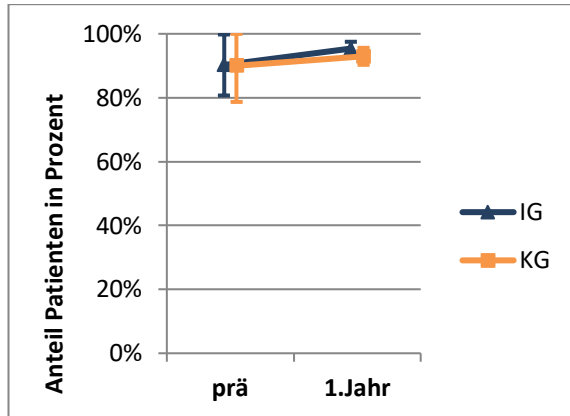
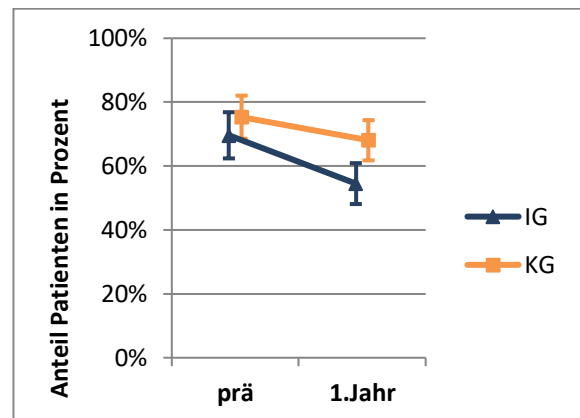
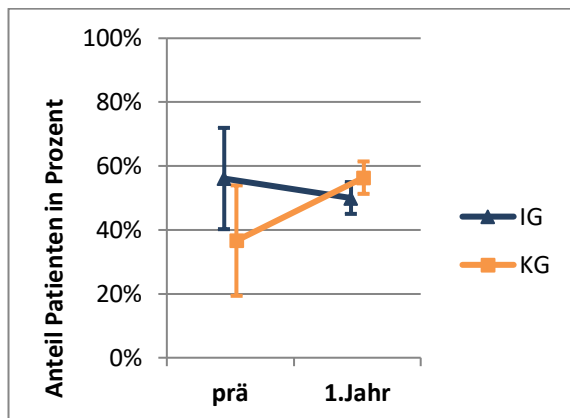
- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

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

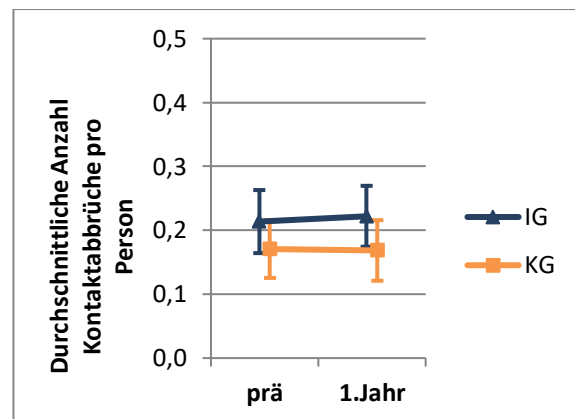
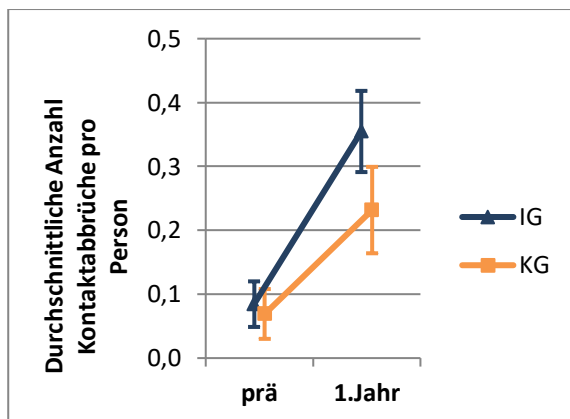
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- Schwere Psychische Störung A

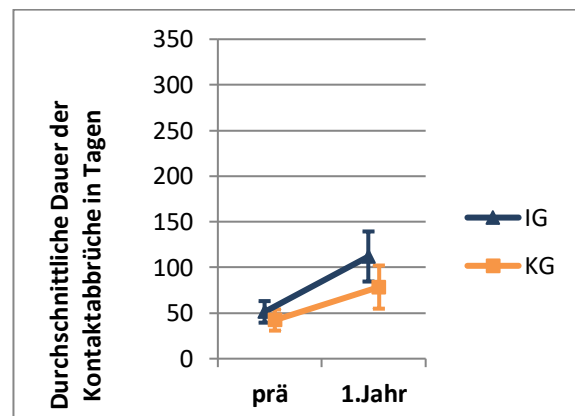
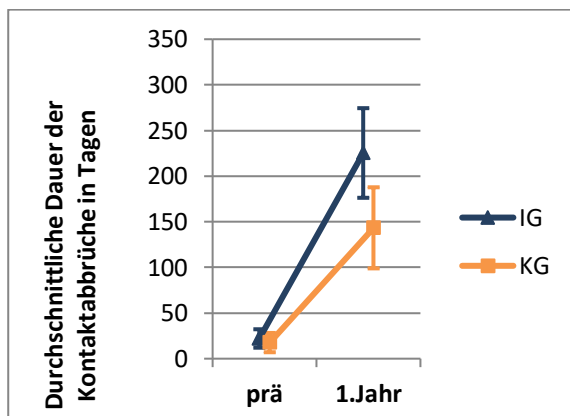


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

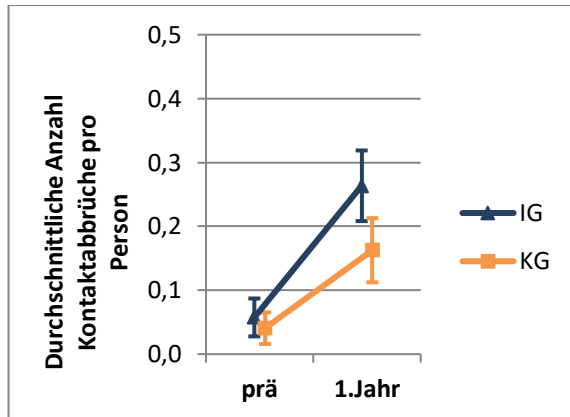
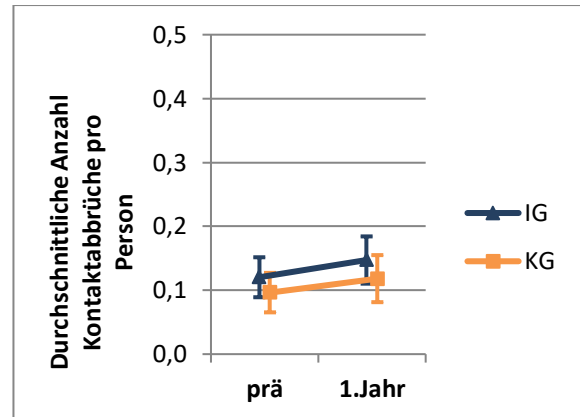
> 90 Tage, Dauer

- Schwere Psychische Störung A



Klinikneue Patienten**> 180 Tage, Anteil Patienten**

- **Schwere Psychische Störung A**

**Klinikbekannte Patienten****Klinikneue Patienten****> 180 Tage, Dauer**

- **Schwere Psychische Störung A**

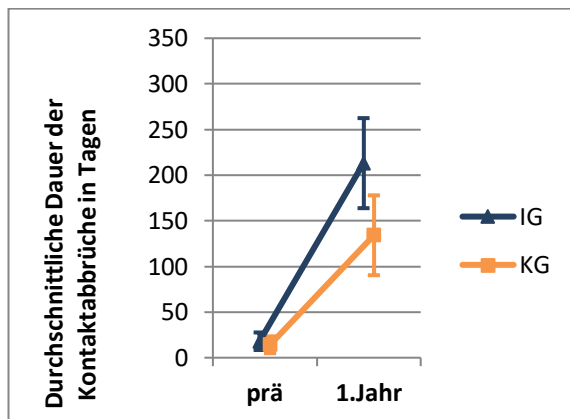
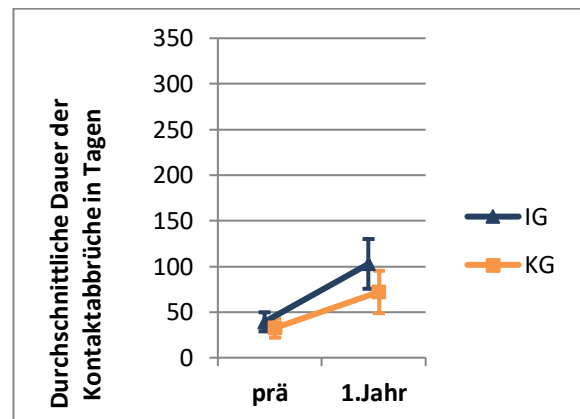
**Klinikbekannte Patienten**

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

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

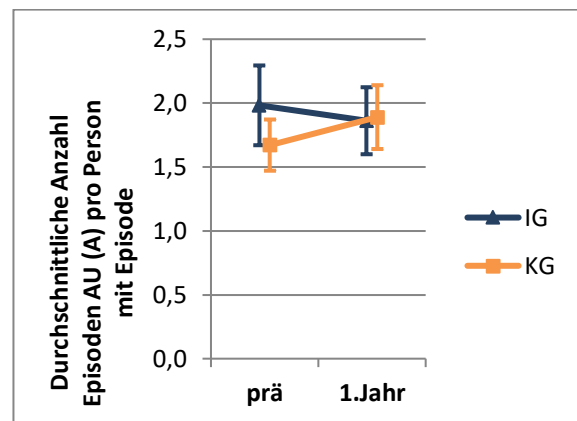
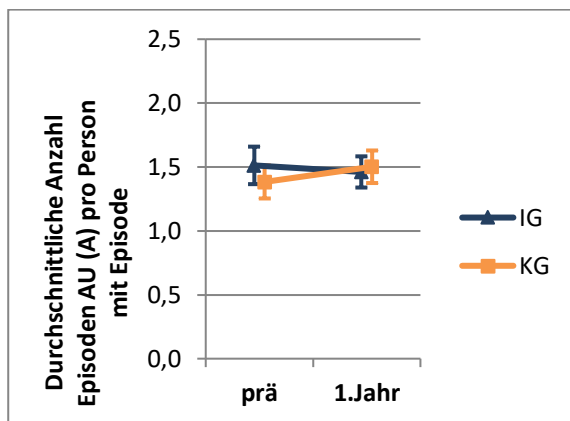
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

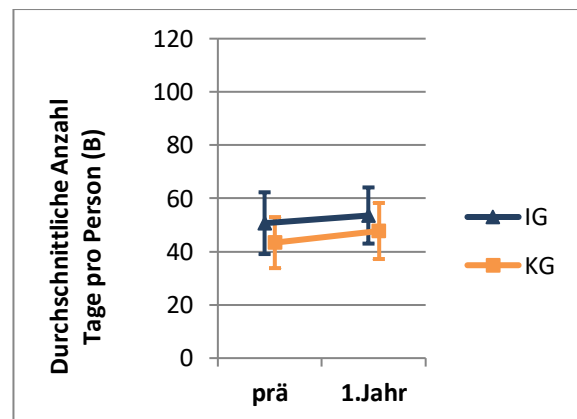
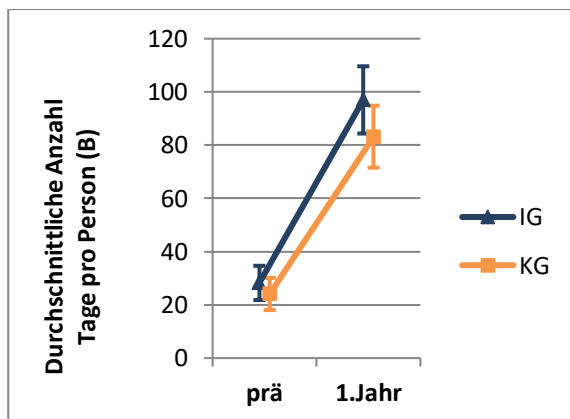
Klinikbekannte Patienten

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:

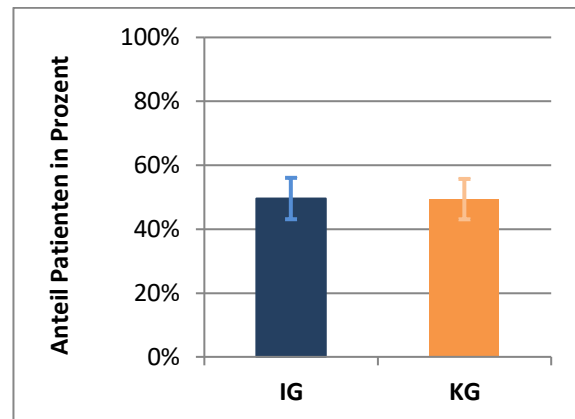
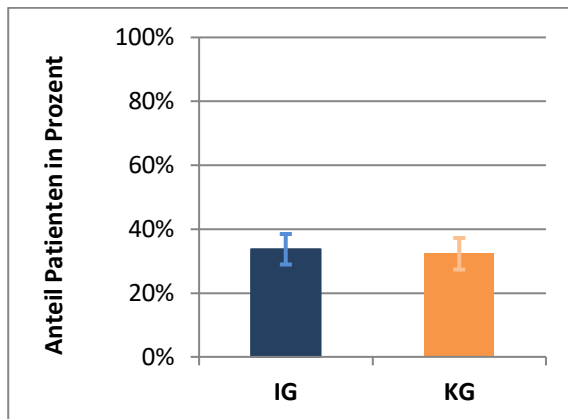
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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)

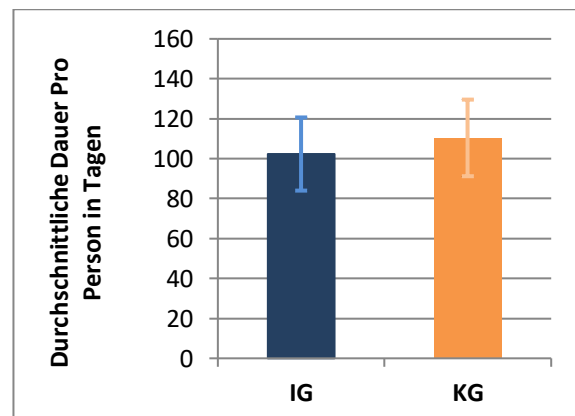
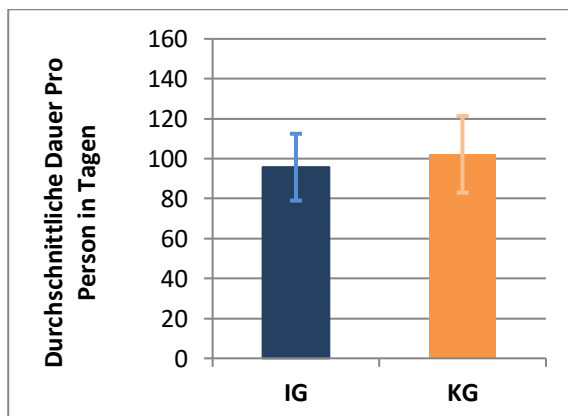


Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

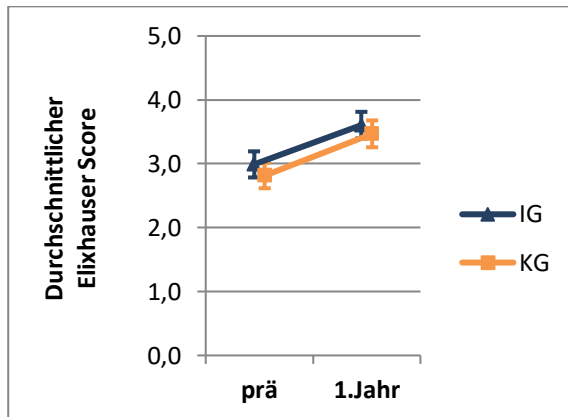
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Mittlerer Elixhauser Score



Klinikbekannte Patienten

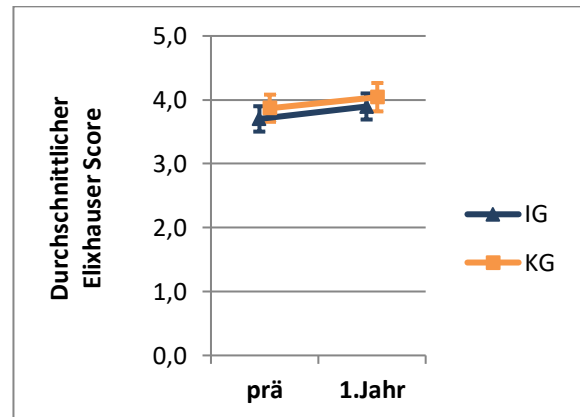


Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

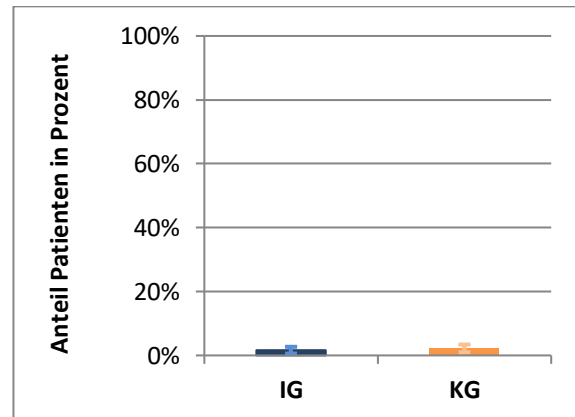
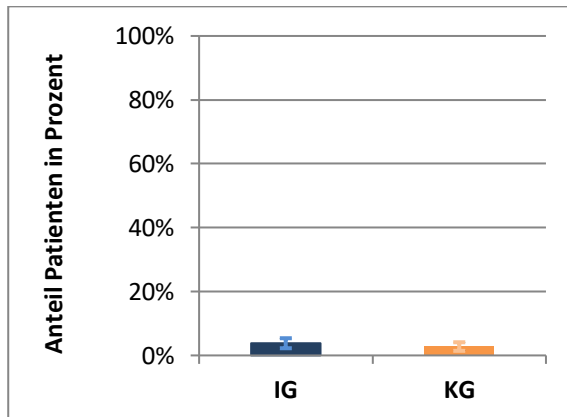
Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten****Anzahl Tode**

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

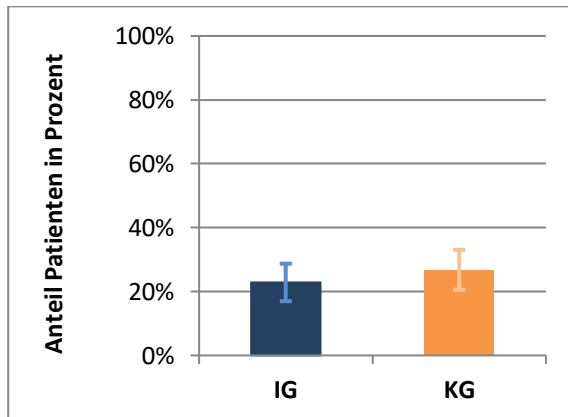
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Progression A (→ schwere depressive Störung)



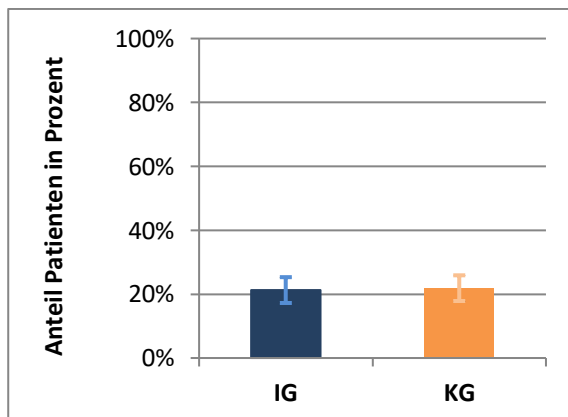
Fallzahl zu klein

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

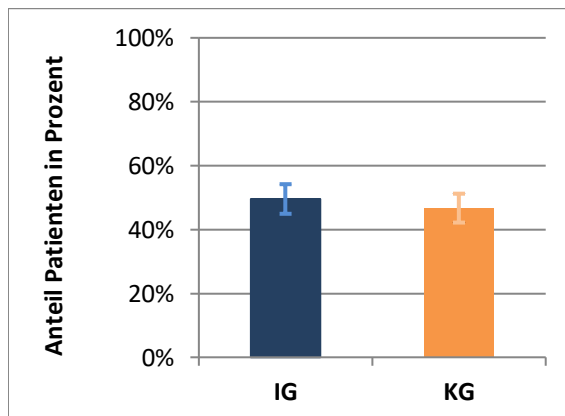
Demenz E

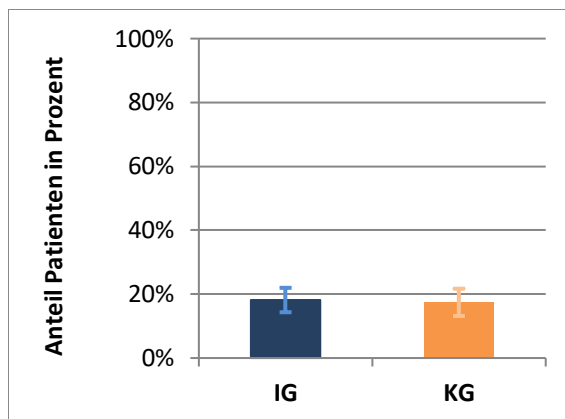
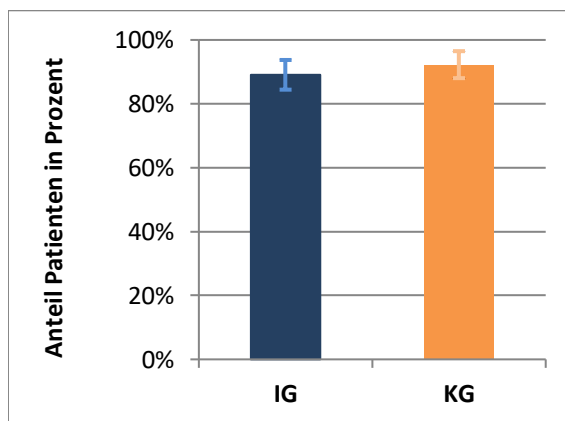
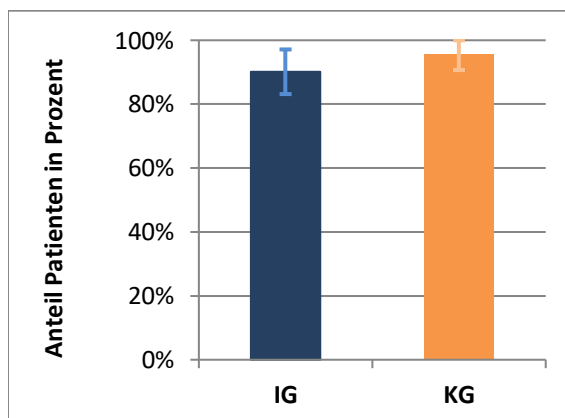
Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I**Schizophrenie J****Schizophrenie K****Schizophrenie L**

Fallzahl zu klein

15.3 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 Prä-Zeitraum 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, klinikneue 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)	—	—	—	-1,95*** -2,48...-1,43	kf	-1,03*** -1,25...-0,81
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,51*** 0,46...0,56	kf	0,55*** 0,49...0,63
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,35 0,83-2,19	kf	0,69 0,38-1,26	0,51*** 0,46-0,56	kf	0,55*** 0,48-0,62
Gruppe	1,08 0,71-1,64	kf	1,21 0,74-1,98	2,31*** 1,61-3,32	kf	1,39 0,73-2,65
Zeit	6,86*** 4,73-9,95	kf	1,62* 1,05-2,50	15,29*** 14,19-16,48	kf	1,55*** 1,42-1,70
Indexgruppe 6 (F10)	1,81*** 1,31-2,49	kf	0,98 0,59-1,63	2,05** 1,28-3,28	kf	0,57 0,23-1,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,85-1,44	kf	0,57* 0,38-0,88	1,30 0,87-1,94	kf	0,37** 0,18-0,77
Indexgruppe 9 (F43)	0,68* 0,49-0,93	kf	0,47** 0,28-0,80	0,51** 0,32-0,81	kf	0,27** 0,11-0,67
Psy A ¹	1,34* 1,02-1,77	kf	1,14 0,73-1,79	1,36 0,90-2,07	kf	1,23 0,57-2,63
Psy B ²	1,02 0,73-1,43	kf	0,94 0,56-1,57	1,02 0,61-1,69	kf	0,63 0,26-1,54
Alter	1,00 0,99-1,00	kf	1,02** 1,01-1,03	1,01 1,00-1,02	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,86-1,39	kf	1,16 0,79-1,71	1,07 0,75-1,54	kf	1,07 0,55-2,05
Komorbidität ³	1,05 0,99-1,11	kf	1,32*** 1,21-1,44	1,06 0,97-1,15	kf	1,37*** 1,19-1,59
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00 0,66-1,49	kf	2,23** 1,29-3,84	1,67 0,92-3,03	kf	4,33** 1,57-11,94
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,65*** 1,30-2,10	kf	2,18*** 1,47-3,22	0,91 0,64-1,30	kf	2,85** 1,46-5,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,76* 0,59-0,97	kf	0,46*** 0,31-0,69	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,26*** 0,14-0,52

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	—	—	—	4,70*** 4,09...5,32	0,16 -0,06...0,37	-0,93*** -1,16...-0,71
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,38*** 1,32...1,45	1,41*** 1,23...1,63	0,60*** 0,53...0,69
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,08 0,71-1,67	1,23*** 1,22-1,25	1,01 0,57-1,80	1,38*** 1,32-1,45	1,32*** 1,15-1,52	0,61*** 0,54-0,70
Gruppe	0,89 0,66-1,22	1,31*** 1,29-1,33	0,67 0,42-1,05	0,55* 0,35-0,89	1,38 0,53-3,55	0,71 0,40-1,28
Zeit	0,74* 0,55-1,00	0,13*** 0,12-0,13	0,84 0,57-1,23	1,11*** 1,08-1,15	0,44*** 0,40-0,50	1,34*** 1,23-1,45
Indexgruppe 6 (F10)	2,36*** 1,73-3,21	0,56*** 0,55-0,57	1,26 0,78-2,03	3,63*** 1,91-6,91	0,31 0,08-1,25	0,91 0,41-2,02
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,59** 1,14-2,21	0,41*** 0,40-0,41	1,08 0,64-1,83	3,64*** 1,85-7,15	0,76 0,21-2,81	1,04 0,45-2,45
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,14 0,85-1,52	0,64*** 0,63-0,64	1,36 0,86-2,16	1,06 0,58-1,94	0,39 0,12-1,29	1,23 0,58-2,60
Psy A ¹	2,00** 1,34-2,99	1,06*** 1,05-1,08	0,99 0,52-1,86	2,20 0,95-5,06	0,14** 0,03-0,61	0,90 0,32-2,54
Psy B ²	0,88 0,68-1,14	0,54*** 0,54-0,55	1,09 0,71-1,65	0,95 0,55-1,65	1,07 0,35-3,30	1,60 0,81-3,19
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,94*** 0,93-0,95	1,01 0,99-1,02	1,00 0,98-1,02	0,95** 0,92-0,99	1,03** 1,01-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,93-1,49	0,29*** 0,28-0,29	1,31 0,90-1,91	1,77* 1,08-2,91	0,83 0,32-2,21	1,23 0,67-2,26
Komorbidität ³	1,00 0,95-1,06	1,30*** 1,28-1,31	1,38*** 1,26-1,50	0,89* 0,80-1,00	1,21 0,98-1,50	1,60*** 1,41-1,82
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,55-1,14	0,40*** 0,39-0,40	2,59*** 1,58-4,24	1,19 0,58-2,47	0,77 0,17-3,40	2,76* 1,19-6,39
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	7,34*** 5,57-9,67	5,24*** 5,17-5,30	2,40*** 1,63-3,53	30,82*** 18,72-50,72	11,65*** 3,22-42,12	5,02*** 2,70-9,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,40*** 0,30-0,53	0,37*** 0,36-0,37	0,61* 0,39-0,96	0,02*** 0,01-0,03	0,21** 0,07-0,60	0,43* 0,21-0,90

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	—	—	—	-3,01*** -3,50...-2,52	kf	-0,06 -0,24...0,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,70*** 0,65...0,75	kf	0,95 0,83...1,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,16 0,70-1,91	kf	0,64 0,33-1,22	0,71*** 0,66-0,76	kf	0,89 0,78-1,02
Gruppe	1,34 0,86-2,07	kf	1,36 0,80-2,31	1,52* 1,01-2,29	kf	0,88 0,46-1,68
Zeit	7,71*** 5,22-11,38	kf	1,36 0,86-2,15	7,07*** 6,72-7,44	kf	0,99 0,90-1,08
Indexgruppe 6 (F10)	1,57* 1,10-2,24	kf	0,61 0,31-1,20	2,27** 1,22-4,20	kf	0,21** 0,07-0,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,52** 1,15-2,01	kf	0,55* 0,33-0,89	1,33 0,82-2,15	kf	0,42* 0,19-0,90
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,59-1,14	kf	0,85 0,47-1,53	0,59 0,34-1,04	kf	0,50 0,19-1,27
Psy A ¹	1,96*** 1,48-2,60	kf	0,99 0,59-1,68	1,45 0,89-2,38	kf	0,56 0,24-1,29
Psy B ²	1,15 0,86-1,54	kf	1,45 0,85-2,48	1,53 0,88-2,65	kf	1,93 0,82-4,55
Alter	1,00 0,99-1,00	kf	1,03** 1,01-1,04	1,00 0,99-1,01	kf	1,02* 1,00-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,80 0,64-1,02	kf	1,01 0,65-1,56	0,87 0,57-1,31	kf	1,09 0,55-2,14
Komorbidität ³	0,98 0,93-1,03	kf	1,30*** 1,19-1,43	0,96 0,87-1,05	kf	1,51*** 1,31-1,74
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,58-1,34	kf	2,74** 1,47-5,11	1,32 0,65-2,67	kf	3,26* 1,19-8,92
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,85*** 1,46-2,35	kf	3,17*** 2,01-5,00	1,03 0,68-1,55	kf	2,86** 1,45-5,68
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,71** 0,55-0,91	kf	0,38*** 0,24-0,60	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,22*** 0,11-0,44

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	-2,54*** -2,95...-2,13
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-1,70*** -2,10...-1,30
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-3,44*** -3,84...-3,04
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,49*** 0,46...0,53
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,63*** 0,59...0,67
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,60*** 0,57...0,64
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,49*** 0,46-0,53
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,61*** 0,57-0,65
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,60*** 0,56-0,64

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	2,57*** 1,87-3,55
Zeit	13,45*** 12,66-14,29
Indexgruppe 6 (F10)	2,26*** 1,70-3,00
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,18 0,94-1,49
Indexgruppe 9 (F43)	0,43*** 0,33-0,56
Psy A ¹	1,64*** 1,27-2,10
Psy B ²	1,32 0,99-1,76
Alter	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,73-1,12
Komorbidität ³	1,02 0,97-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,25 0,89-1,75
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,17 0,95-1,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02*** 0,01-0,02
2. vs. 1.Jahr	1,20 0,84-1,70
3. vs. 1.Jahr	1,32 0,93-1,88

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,45*** 0,20...0,70	0,33* 0,01...0,65	-0,15 -0,71...0,41	kf	kf	0,41*** 0,28...0,54	kf	-4,06*** -4,53...-3,60
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,92 0,73...1,15	0,94 0,86...1,02	0,97 0,92...1,02	kf	kf	1,89*** 1,53...2,32	kf	0,63*** 0,59...0,67
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,92 0,73-1,15	0,94 0,86-1,02	0,97 0,92-1,02	kf	kf	2,03*** 1,65-2,50	kf	0,62*** 0,58-0,65
Gruppe	0,77 0,58-1,02	1,28 0,87-1,87	1,13* 1,01-1,26	kf	kf	0,74 0,39-1,39	kf	0,81 0,44-1,49
Zeit	16,44*** 13,88-19,48	2,18*** 2,04-2,33	1,32*** 1,28-1,37	kf	kf	0,51*** 0,44-0,59	kf	2,02*** 1,94-2,11
Indexgruppe 6 (F10)	0,62** 0,47-0,81	0,30*** 0,17-0,52	0,95 0,82-1,10	kf	kf	1,10 0,46-2,62	kf	0,25** 0,11-0,59
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,25* 1,01-1,53	2,47*** 1,61-3,80	1,12 0,99-1,26	kf	kf	0,65 0,32-1,33	kf	1,94 0,98-3,82
Indexgruppe 9 (F43)	0,83 0,65-1,06	1,18 0,73-1,92	0,85* 0,74-0,98	kf	kf	0,72 0,32-1,65	kf	1,71 0,78-3,73
Psy A ¹	1,20 0,97-1,50	4,22*** 2,70-6,59	1,48*** 1,31-1,68	kf	kf	0,66 0,31-1,39	kf	1,22 0,60-2,48
Psy B ²	1,31* 1,01-1,71	1,75* 1,04-2,95	1,48*** 1,27-1,72	kf	kf	0,67 0,25-1,77	kf	1,34 0,55-3,21
Alter	1,00 0,99-1,00	0,97*** 0,96-0,98	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,98* 0,96-1,00	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,89-1,30	1,57* 1,07-2,30	1,16** 1,04-1,30	kf	kf	1,36 0,72-2,59	kf	1,90* 1,03-3,51
Komorbidität ³	0,99 0,94-1,03	0,92 0,83-1,01	1,11*** 1,08-1,14	kf	kf	1,12 0,96-1,31	kf	1,28** 1,10-1,48
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,74-1,42	1,29 0,67-2,50	1,41*** 1,18-1,69	kf	kf	1,54 0,53-4,52	kf	2,73 0,97-7,67
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	0,96 0,80-1,16	2,49*** 1,70-3,64	1,37*** 1,23-1,52	kf	kf	1,02 0,54-1,92	kf	1,88* 1,02-3,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,49*** 3,60-5,60	0,75 0,50-1,12	1,15* 1,02-1,28	kf	kf	1,41 0,71-2,79	kf	2,20* 1,14-4,23

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 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)	1,28*** 0,79...1,78	0,10 -0,16...0,36	-0,25 -0,89...0,39	kf	kf	-0,24** -0,38...-0,10	kf	-1,25*** -1,76...-0,73
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,12*** 1,06...1,19	1,03 0,92...1,15	0,98 0,94...1,02	kf	kf	0,73** 0,60...0,89	kf	0,95 0,89...1,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,12*** 1,06-1,19	1,03 0,93-1,15	0,98 0,94-1,02	kf	kf	0,79* 0,65-0,97	kf	0,92* 0,86-0,98
Gruppe	0,82** 0,72-0,94	1,12 0,59-2,15	1,13** 1,03-1,24	kf	kf	0,77 0,40-1,49	kf	0,34** 0,18-0,65
Zeit	1,49*** 1,43-1,55	1,22*** 1,13-1,32	1,05** 1,02-1,08	kf	kf	0,92 0,80-1,06	kf	1,13*** 1,09-1,16
Indexgruppe 6 (F10)	0,91 0,76-1,10	0,13*** 0,05-0,38	0,96 0,85-1,09	kf	kf	0,48 0,19-1,20	kf	0,29** 0,12-0,69
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,55*** 1,28-1,87	0,64 0,26-1,62	0,82** 0,72-0,94	kf	kf	0,42 0,16-1,06	kf	0,43 0,17-1,08
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,90-1,26	2,87* 1,27-6,48	0,90 0,80-1,01	kf	kf	0,35* 0,16-0,79	kf	1,58 0,71-3,51
Psy A ¹	1,15 0,91-1,47	2,14 0,65-7,03	1,15 0,98-1,34	kf	kf	1,33 0,47-3,76	kf	0,36 0,12-1,10
Psy B ²	1,45*** 1,24-1,69	0,83 0,39-1,76	1,29*** 1,16-1,43	kf	kf	0,31** 0,14-0,65	kf	1,59 0,75-3,38
Alter	1,00 1,00-1,01	0,97* 0,95-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,97** 0,94-0,99	kf	1,03* 1,00-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,96-1,26	2,97** 1,51-5,85	1,16** 1,06-1,28	kf	kf	0,93 0,47-1,82	kf	2,67** 1,39-5,13
Komorbidität ³	1,02 0,99-1,05	0,99 0,86-1,16	1,13*** 1,11-1,16	kf	kf	1,37*** 1,18-1,59	kf	1,41*** 1,22-1,63
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,82-1,23	0,75 0,27-2,09	1,28*** 1,12-1,47	kf	kf	0,36 0,12-1,12	kf	2,60 0,96-7,03
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,05 0,92-1,21	1,87 0,96-3,68	1,18** 1,07-1,29	kf	kf	0,94 0,48-1,85	kf	2,39* 1,23-4,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,09*** 4,23-6,14	0,09*** 0,04-0,22	1,14* 1,01-1,28	kf	kf	0,78 0,35-1,78	kf	0,90 0,39-2,07

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 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)	1,19*** 0,95...1,44	1,96*** 1,64...2,28	-0,38 -0,90...0,15	kf	kf	0,04 -0,09...0,16	kf	-2,45*** -2,81...-2,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,91*** 1,51...2,42	1,41*** 1,30...1,53	0,95* 0,90...0,99	kf	kf	1,33** 1,09...1,63	kf	0,69*** 0,64...0,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,89*** 1,49-2,39	1,42*** 1,31-1,54	0,95* 0,91-0,99	kf	kf	1,27* 1,04-1,56	kf	0,69*** 0,64-0,74
Gruppe	0,52*** 0,39-0,69	1,31 0,95-1,79	1,04 0,94-1,15	kf	kf	0,37** 0,20-0,70	kf	0,64 0,36-1,15
Zeit	14,17*** 12,18-16,48	1,69*** 1,59-1,80	1,20*** 1,16-1,24	kf	kf	0,54*** 0,46-0,64	kf	1,45*** 1,39-1,52
Indexgruppe 6 (F10)	0,98 0,73-1,32	0,30*** 0,18-0,52	0,83* 0,71-0,98	kf	kf	0,63 0,23-1,75	kf	0,19** 0,07-0,50
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,14 0,93-1,41	2,41*** 1,65-3,53	1,10 0,98-1,24	kf	kf	0,58 0,28-1,22	kf	0,88 0,43-1,79
Indexgruppe 9 (F43)	0,61*** 0,47-0,78	1,11 0,71-1,72	0,90 0,78-1,03	kf	kf	0,69 0,29-1,63	kf	0,88 0,39-1,97
Psy A ¹	1,07 0,87-1,32	3,62*** 2,47-5,31	1,44*** 1,27-1,62	kf	kf	0,67 0,32-1,40	kf	0,43* 0,21-0,88
Psy B ²	0,97 0,77-1,22	1,75** 1,17-2,61	1,50*** 1,32-1,71	kf	kf	0,70 0,29-1,66	kf	0,94 0,43-2,05
Alter	1,00 1,00-1,01	0,98** 0,97-0,99	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	1,00 0,98-1,02	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,97-1,39	1,19 0,87-1,64	1,09 0,98-1,21	kf	kf	1,08 0,58-2,04	kf	3,24*** 1,80-5,83
Komorbidität ³	0,99 0,95-1,03	0,97 0,90-1,05	1,11*** 1,09-1,14	kf	kf	1,15* 1,00-1,33	kf	1,40*** 1,21-1,61
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,20 0,89-1,63	0,69 0,39-1,21	1,39*** 1,17-1,65	kf	kf	0,65 0,22-1,93	kf	0,95 0,34-2,67
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,19 1,00-1,42	1,59** 1,16-2,18	1,32*** 1,19-1,46	kf	kf	1,18 0,63-2,19	kf	2,60** 1,45-4,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,72*** 3,02-4,58	1,20 0,85-1,69	1,09 0,97-1,21	kf	kf	1,23 0,63-2,41	kf	1,75 0,93-3,29

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 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)	0,01 -0,08...0,09	0,02 -0,08...0,12	0,03 -0,06...0,13
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,91 0,53...1,59	0,73 0,45...1,19	0,79 0,47...1,33
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,95 0,54-1,65	0,71 0,44-1,15	1,01 0,60-1,69
Gruppe	0,89 0,52-1,52	1,32 0,83-2,11	0,98 0,60-1,62
Zeit	1,43 0,95-2,15	1,46 1,00-2,13	1,07 0,72-1,60
Indexgruppe 6 (F10)	0,97 0,79-1,19	0,97 0,81-1,16	0,98 0,81-1,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19 1,00-1,42	1,03 0,88-1,21	1,01 0,86-1,19
Indexgruppe 9 (F43)	0,88 0,71-1,10	0,90 0,74-1,09	1,01 0,83-1,22
Psy A ¹	0,99 0,82-1,19	1,07 0,91-1,27	0,97 0,82-1,16
Psy B ²	1,11 0,90-1,37	1,00 0,83-1,21	1,02 0,83-1,24
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,90-1,25	1,01 0,87-1,17	1,01 0,87-1,17
Komorbidität ³	1,01 0,97-1,04	1,01 0,98-1,05	1,01 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16 0,90-1,49	1,08 0,86-1,36	0,98 0,77-1,25
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,16 0,99-1,37	1,11 0,96-1,29	1,07 0,92-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,87-1,22	0,95 0,81-1,10	0,98 0,84-1,14

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,08 -0,02...0,18	0,08 -0,02...0,19	0,03 -0,06...0,13
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,24 0,93...1,67	1,18 0,90...1,55	1,10 0,82...1,47
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,07 0,80-1,43	1,02 0,77-1,33	0,96 0,72-1,28
Gruppe	1,08 0,87-1,34	1,15 0,93-1,41	1,05 0,84-1,31
Zeit	1,09 0,88-1,36	1,08 0,88-1,33	1,09 0,88-1,35
Indexgruppe 6 (F10)	0,98 0,80-1,19	0,95 0,79-1,14	1,02 0,84-1,23
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,97 0,78-1,20	0,95 0,78-1,16	0,99 0,80-1,23
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,97 0,80-1,18	0,97 0,81-1,16	0,96 0,79-1,16
Psy A ¹	0,90 0,69-1,17	0,83 0,66-1,05	1,00 0,77-1,29
Psy B ²	1,18* 1,00-1,39	1,14 0,97-1,32	1,02 0,86-1,20
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,88-1,21	1,00 0,86-1,15	0,98 0,84-1,14
Komorbidität ³	1,05** 1,02-1,08	1,04* 1,01-1,07	1,01 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,71-1,14	0,99 0,80-1,23	0,92 0,72-1,17
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,30* 1,06-1,60	1,17 0,97-1,41	1,02 0,85-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05 0,90-1,23	1,01 0,87-1,17	1,04 0,89-1,22

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,18 -0,27...0,62	0,12 -0,39...0,63	0,07 -0,52...0,65
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,21 0,75...1,93	1,12 0,70...1,80	1,07 0,61...1,87
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,31 0,81-2,11	1,22 0,76-1,97	1,08 0,61-1,89
Gruppe	0,74 0,47-1,16	0,85 0,54-1,33	0,96 0,56-1,65
Zeit	0,89 0,62-1,27	1,01 0,70-1,44	1,03 0,66-1,60
Indexgruppe 6 (F10)	0,96 0,77-1,20	1,05 0,86-1,28	0,98 0,80-1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,86-1,25	1,06 0,90-1,26	0,98 0,82-1,17
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,64-1,04	0,87 0,70-1,08	0,94 0,76-1,16
Psy A ¹	1,13 0,93-1,38	1,09 0,91-1,30	1,05 0,88-1,26
Psy B ²	1,04 0,86-1,25	1,05 0,88-1,25	1,04 0,87-1,25
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,81-1,11	1,02 0,88-1,18	1,06 0,91-1,23
Komorbidität ³	1,03 1,00-1,07	1,02 0,99-1,06	1,01 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,82-1,40	1,10 0,86-1,41	1,01 0,78-1,31
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,01 0,85-1,19	1,06 0,91-1,23	1,06 0,91-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05 0,89-1,24	1,06 0,91-1,23	1,01 0,86-1,18

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 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	1,25 0,62-2,51	1,25*** 1,20-1,30	1,15 0,48-2,74	1,29*** 1,23-1,35
Gruppe	1,14 0,61-2,12	5,79** 1,65-20,27	1,42 0,65-3,11	6,87** 1,76-26,83
Zeit	3,35*** 1,95-5,76	8,09*** 7,84-8,35	4,00*** 2,00-8,00	9,14*** 8,84-9,47
Indexgruppe 6 (F10)	2,83*** 2,03-3,94	86,70*** 11,24-668,66	2,17*** 1,45-3,25	15,99** 2,25-113,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,80 0,58-1,12	0,42 0,12-1,49	0,72 0,49-1,07	0,99 0,26-3,82
Indexgruppe 9 (F43)	0,67 0,44-1,03	0,25 0,05-1,22	0,58* 0,35-0,96	0,40 0,08-2,12
Psy B ²	0,88 0,66-1,18	0,30 0,09-1,01	0,83 0,59-1,18	0,61 0,17-2,14
Alter	1,00 0,99-1,01	1,02 0,99-1,06	1,00 0,99-1,01	1,02 0,98-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,78 0,58-1,06	0,49 0,14-1,64	0,96 0,67-1,38	2,37 0,63-8,96
Komorbidität ³	1,07* 1,00-1,14	1,12 0,85-1,47	1,06 0,98-1,14	1,22 0,92-1,63
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,71-1,63	10,73* 1,35-85,05	0,99 0,59-1,65	0,36 0,04-3,37
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	0,98 0,73-1,31	0,55 0,17-1,76	0,91 0,65-1,28	0,73 0,22-2,47
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49*** 0,36-0,66	0,04*** 0,01-0,17	0,43*** 0,30-0,61	0,07*** 0,02-0,31

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,11 0,73-1,68	1,17*** 1,14-1,20	0,96 0,57-1,63	1,18*** 1,15-1,21
Gruppe	1,22 0,88-1,71	2,18 0,84-5,61	1,34 0,87-2,06	1,68 0,51-5,53
Zeit	0,95 0,69-1,29	1,87*** 1,83-1,90	1,26 0,85-1,88	2,21*** 2,16-2,25
Indexgruppe 6 (F10)	3,06*** 2,25-4,16	41,70*** 10,86-160,16	2,67*** 1,84-3,87	3,35 0,71-15,78
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,90 0,63-1,29	0,27 0,07-1,00	0,77 0,50-1,20	0,05** 0,01-0,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,84 0,61-1,14	0,19** 0,06-0,63	0,85 0,58-1,23	0,29 0,08-1,14
Psy B ²	0,64** 0,48-0,84	0,10*** 0,04-0,26	0,58** 0,42-0,80	0,25* 0,07-0,87
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01 0,98-1,05	0,99 0,98-1,01	0,98 0,94-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,74-1,28	0,52 0,20-1,36	0,97 0,70-1,34	0,32 0,10-1,09
Komorbidität ³	1,03 0,97-1,09	0,96 0,76-1,20	1,00 0,92-1,08	0,92 0,68-1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,59-1,38	1,15 0,26-5,04	1,07 0,64-1,78	1,43 0,21-9,56
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,76*** 1,32-2,34	2,93* 1,12-7,67	1,35 0,96-1,90	2,62 0,78-8,80
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,32*** 0,24-0,42	0,02*** 0,01-0,09	0,27*** 0,19-0,37	0,01*** 0,00-0,06

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 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	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 Prä-Zeitraum (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	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	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 Prä-Zeitraum (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 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 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	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 Prä-Zeitraum (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	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	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 Prä-Zeitraum (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 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)	-0,05 -0,25...0,15	9,65*** 8,04...11,26	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,93 0,74...1,17	0,99 0,96...1,03	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93 0,74-1,16	0,99 0,96-1,03	kf	kf
Gruppe	1,11 0,92-1,35	1,49* 1,05-2,13	kf	kf
Zeit	1,76*** 1,50-2,07	3,45*** 3,37-3,54	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,05 0,88-1,25	0,61 0,37-1,00	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,18* 1,02-1,37	2,42*** 1,60-3,67	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,03 0,87-1,21	1,09 0,69-1,73	kf	kf
Psy A ¹	1,14 0,99-1,32	1,43 0,95-2,16	kf	kf
Psy B ²	0,96 0,80-1,16	0,73 0,42-1,24	kf	kf
Alter	1,01* 1,00-1,01	1,04*** 1,03-1,06	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,90-1,17	1,07 0,74-1,53	kf	kf
Komorbidität ³	1,00 0,96-1,04	0,96 0,86-1,07	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,64-1,32	0,82 0,31-2,20	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,76*** 0,66-0,87	0,33*** 0,22-0,49	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,06 -0,18...0,30	-1,48 -3,18...0,22	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,06 0,83...1,35	0,96* 0,93...0,99	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,06 0,83-1,36	0,96* 0,93-1,00	kf	kf
Gruppe	0,87 0,69-1,09	1,01 0,59-1,72	kf	kf
Zeit	1,13 0,95-1,34	1,10*** 1,07-1,13	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,53** 1,19-1,96	1,70 0,82-3,52	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,96 0,74-1,24	1,50 0,71-3,19	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,79-1,25	2,43** 1,26-4,69	kf	kf
Psy A ¹	1,41* 1,04-1,90	2,99* 1,28-6,97	kf	kf
Psy B ²	0,99 0,80-1,22	0,26*** 0,14-0,48	kf	kf
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,98 0,96-1,01	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,82-1,19	1,38 0,80-2,37	kf	kf
Komorbidität ³	1,04 0,98-1,09	0,95 0,81-1,11	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11 0,74-1,65	0,72 0,22-2,30	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,41*** 0,33-0,50	0,07*** 0,04-0,14	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,02 -0,16...0,20	3,62*** 2,13...5,10	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,79...1,20	0,93*** 0,90...0,96	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,80-1,20	0,93*** 0,90-0,96	kf	kf
Gruppe	1,13 0,96-1,34	1,60** 1,14-2,25	kf	kf
Zeit	1,57*** 1,35-1,82	2,77*** 2,72-2,83	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,30** 1,11-1,53	1,12 0,66-1,90	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15* 1,01-1,32	2,70*** 1,76-4,13	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,99 0,85-1,15	0,84 0,52-1,33	kf	kf
Psy A ¹	1,35*** 1,19-1,54	2,54*** 1,70-3,79	kf	kf
Psy B ²	0,99 0,86-1,15	0,88 0,54-1,42	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,04*** 1,02-1,05	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,85-1,06	0,79 0,56-1,12	kf	kf
Komorbidität ³	1,00 0,97-1,03	0,89* 0,81-0,98	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,71* 0,51-1,00	0,20** 0,08-0,51	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,78*** 0,69-0,88	0,27*** 0,19-0,40	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	7,39*** 6,16...8,61
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	5,98*** 4,76...7,21
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	4,23*** 3,05...5,41
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,95** 0,93...0,98
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,86*** 0,84...0,89
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,98 0,95...1,00
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,95** 0,93-0,98
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,86*** 0,84-0,89
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,98 0,95-1,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

	Indexdiag- nose, Tage AU
Gruppe	1,49** 1,10-2,02
Zeit	3,08*** 3,02-3,15
Indexgruppe 6 (F10)	0,85 0,65-1,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,69*** 2,14-3,38
Indexgruppe 9 (F43)	0,72* 0,56-0,92
Psy A ¹	2,01*** 1,60-2,52
Psy B ²	0,90 0,68-1,21
Alter	1,03*** 1,03-1,04
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,81-1,21
Komorbidität ³	0,97 0,92-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,28*** 0,16-0,46
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,30*** 0,24-0,37
2. vs. 1.Jahr	1,00 0,72-1,38
3. vs. 1.Jahr	1,12 0,81-1,53

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,99 0,71-1,39	1,04** 1,01-1,07
Index- gruppe 6 (F10)	1,76** 1,16-2,68	0,92*** 0,89-0,95
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,29 0,88-1,91	0,93*** 0,90-0,96
Index- gruppe 9 (F43)	0,59* 0,36-0,95	1,05* 1,01-1,09
Psy A ¹	1,15 0,78-1,72	1,30*** 1,26-1,34
Psy B ²	0,96 0,60-1,54	0,58*** 0,55-0,60
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,74 0,53-1,04	0,85*** 0,83-0,88
Komorbid- ität ³	1,08 0,99-1,17	0,97*** 0,96-0,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00 0,55-1,83	0,84*** 0,79-0,88
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	1,08 0,76-1,52	1,10*** 1,08-1,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,68-1,38	0,93*** 0,91-0,96

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	1,07 0,73-1,57	0,91*** 0,89-0,94
Index- gruppe 6 (F10)	2,04** 1,23-3,38	0,85*** 0,82-0,88
Index- gruppe 7 (F20-F29)	0,74 0,43-1,27	1,00 0,97-1,04
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,70 0,43-1,15	0,91*** 0,88-0,94
Psy A ¹	1,77 0,92-3,37	0,79*** 0,76-0,82
Psy B ²	1,10 0,71-1,71	1,00 0,97-1,03
Alter	0,98* 0,97-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,56-1,23	1,29*** 1,25-1,32
Komorbid- ität ³	1,02 0,94-1,12	1,01** 1,00-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,65 0,35-1,20	0,85*** 0,81-0,89
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	1,18 0,80-1,76	0,82*** 0,80-0,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,38 0,92-2,06	0,86*** 0,83-0,88

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,26 0,86-1,84	0,99 0,96-1,02
Index- gruppe 6 (F10)	1,78* 1,07-2,96	1,18*** 1,13-1,23
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,66-1,66	1,22*** 1,18-1,27
Index- gruppe 9 (F43)	0,74 0,43-1,27	1,19*** 1,13-1,24
Psy A ¹	1,53 0,96-2,46	0,89*** 0,86-0,93
Psy B ²	1,38 0,85-2,23	1,42*** 1,37-1,48
Alter	0,98** 0,97-0,99	1,00*** 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,82 0,56-1,22	1,06** 1,02-1,09
Komorbidität ³	1,06 0,97-1,15	1,04*** 1,03-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,96 0,47-1,93	1,51*** 1,43-1,59
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	0,72 0,49-1,06	0,93*** 0,90-0,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81 0,52-1,24	0,95** 0,92-0,98

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidi- tät, middle- rer Score
DiD-Schätzer (ad- ditiv, nicht adjus- tiert)	-0,04 -0,33...0,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,89...1,07
DiD-Schätzer	0,98*** 0,98-0,98
Gruppe	1,00* 1,00-1,00
Zeit	1,23*** 1,23-1,23
Indexgruppe 6 (F10)	1,19*** 1,18-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,97*** 0,97-0,97
Indexgruppe 9 (F43)	0,92*** 0,91-0,92
Psy A ¹	1,18*** 1,18-1,18
Psy B ²	1,11*** 1,11-1,11
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02*** 1,02-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,32*** 1,32-1,32
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Me- dian split)	1,22*** 1,21-1,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02*** 1,02-1,02

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,02 -0,31...0,35
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,93...1,10
DiD-Schätzer	1,01 0,92-1,10
Gruppe	0,95 0,88-1,02
Zeit	1,05 0,98-1,11
Indexgruppe 6 (F10)	1,36*** 1,25-1,47
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,05 0,96-1,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,92-1,08
Psy A ¹	1,10 0,99-1,23
Psy B ²	1,19*** 1,11-1,28
Alter	1,01*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,97-1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,34*** 1,23-1,46
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,12*** 1,05-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,04 0,96-1,13

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,06 -0,34...0,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,90...1,07
DiD-Schätzer	0,99 0,90-1,07
Gruppe	0,98 0,90-1,06
Zeit	1,22*** 1,14-1,29
Indexgruppe 6 (F10)	1,21*** 1,10-1,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,97-1,13
Indexgruppe 9 (F43)	0,98 0,89-1,07
Psy A ¹	1,20*** 1,11-1,29
Psy B ²	1,12* 1,03-1,21
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,96-1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,35*** 1,23-1,48
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,14*** 1,07-1,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,93-1,07

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	1,27 0,65-2,48
Psy A ¹	0,44 0,18-1,10
Psy B ²	0,82 0,24-2,79
Alter	1,05*** 1,03-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,52 0,27-1,01
Komorbidität ³	1,19** 1,07-1,33
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,37 0,60-3,10
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Me- dian split)	1,40 0,66-2,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,79 0,41-1,52

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	0,81 0,34-1,98
Psy A ¹	0,63 0,20-2,02
Psy B ²	1,13 0,39-3,27
Alter	1,06** 1,02-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,24** 0,08-0,67
Komorbidität ³	1,07 0,92-1,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,68 0,20-2,27
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Me- dian split)	2,73 0,95-7,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39* 0,16-0,98

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,56 0,81-2,99
Psy A ¹	0,87 0,38-1,98
Psy B ²	1,06 0,41-2,76
Alter	1,13*** 1,10-1,16
Geschlecht (m vs. w)	0,35** 0,17-0,73
Komorbidität ³	1,06 0,96-1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,35** 0,16-0,75
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Me- dian split)	2,06* 1,02-4,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,46-1,69

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere De- pression)	Progression B (Depression zu rezidivie- rend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,89 0,58-1,35	kf	1,11 0,79-1,55
Psy A ¹	0,71 0,43-1,15	kf	1,02 0,69-1,50
Psy B ²	0,61 0,30-1,23	kf	0,52* 0,29-0,93
Alter	0,99 0,98-1,01	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,33 0,87-2,05	kf	0,76 0,54-1,06
Komorbidität ³	1,12* 1,02-1,24	kf	0,76*** 0,68-0,84
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,37* 0,14-0,94	kf	0,90 0,46-1,76
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Me- dian split)	1,66* 1,07-2,57	kf	0,96 0,68-1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,67* 1,03-2,69	kf	0,60** 0,43-0,85

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere De- pression)	Progression B (Depression zu rezidivie- rend)	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 Prä- Zeitraum (Me- dian 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	0,77 0,51-1,16	kf	1,09 0,77-1,55
Psy A ¹	1,06 0,66-1,69	kf	0,55** 0,36-0,84
Psy B ²	0,65 0,36-1,16	kf	1,07 0,62-1,86
Alter	1,01 0,99-1,02	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,73 0,48-1,09	kf	0,59** 0,41-0,84
Komorbidität ³	1,09 1,00-1,20	kf	0,84** 0,76-0,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,41* 0,18-0,94	kf	0,41* 0,18-0,97
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Median split)	1,45 0,96-2,21	kf	1,02 0,72-1,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,49 0,95-2,33	kf	0,38*** 0,27-0,54

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- 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 0,86-1,45	1,14 0,76-1,71	0,70 0,32-1,53	0,28 0,06-1,25	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01* 1,00-1,02	0,99 0,97-1,00	1,01 0,98-1,04	1,05 0,99-1,12	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,09 0,83-1,43	2,12** 1,38-3,27	1,08 0,49-2,40	1,74 0,37-8,23	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,94-1,06	0,87* 0,78-0,98	1,07 0,87-1,33	0,88 0,59-1,32	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,75 0,42-1,32	0,67 0,22-2,01	1,54 0,49-4,82	2,31 0,21-24,88	kf
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,12 0,86-1,45	1,70* 1,13-2,57	1,61 0,69-3,77	1,11 0,22-5,63	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,80 0,59-1,09	0,91 0,58-1,41	1,22 0,53-2,79	1,46 0,34-6,18	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- 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	0,75 0,53-1,07	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	0,98 0,69-1,39	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,07 0,98-1,18	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,33 0,63-2,77	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,08 0,76-1,54	kf	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,76 0,52-1,12	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

15.4 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
	2018	2018
Alle Patienten (n)	1.570	20.759
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)	43,2 %	46,9 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1)	10,0	13,4
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	944	10.274
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	645 80,3	6.615 60,1

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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.

15.5 Ergebnisse Kosten

15.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	541	549	516	497	528	533	512	500
Mittelwert	3.977,93 €	3.529,01 €	3.403,28 €	3.772,95 €	3.137,16 €	3.333,69 €	2.459,87 €	2.719,18 €
Standardabweichung	11.312 €	9.232 €	8.134 €	8.588 €	7.175 €	8.899 €	6.290 €	6.986 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	304,94 €	295,62 €	250,65 €	267,31 €	241,74 €	271,13 €	231,73 €	182,34 €
Median	787,82 €	762,18 €	766,11 €	792,58 €	759,13 €	721,35 €	581,39 €	628,94 €
75%-Perzentil	3.711,44 €	2.855,72 €	2.970,42 €	3.050,07 €	2.357,56 €	2.383,90 €	2.056,90 €	2.164,65 €
Maximum	151.565 €	112.330 €	98.896 €	82.763 €	59.765 €	117.161 €	80.205 €	91.762 €

Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	528	530	517	502	523	532	515	495
Mittelwert	2.795,57 €	2.910,74 €	3.075,40 €	3.084,01 €	2.917,82 €	3.239,89 €	2.848,19 €	2.882,43 €
Standardabweichung	7.598,85 €	7.757,27 €	7.761,16 €	8.129,84 €	6.255,11 €	7.913,12 €	5.561,95 €	6.546,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	301,59 €	308,68 €	277,82 €	292,13 €	317,13 €	305,41 €	316,85 €	332,84 €
Median	694,37 €	754,88 €	769,33 €	829,03 €	860,77 €	918,42 €	880,86 €	834,47 €
75%-Perzentil	2.321,63 €	2.207,56 €	2.904,20 €	2.247,82 €	2.937,41 €	2.658,62 €	2.688,75 €	2.525,39 €
Maximum	89.879 €	106.868 €	120.999 €	121.637 €	85.424 €	102.933 €	46.303 €	83.371 €

Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	176	140	134	130	153	141	100	109
Mittelwert	2.559,02 €	1.909,80 €	1.649,29 €	1.899,31 €	1.932,67 €	1.834,26 €	965,05 €	1.410,25 €
Standardabweichung	10.635 €	7.233 €	5.392 €	5.799 €	6.210 €	6.385 €	3.005 €	4.751 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.851,01 €	682,87 €	352,49 €	108,39 €	836,42 €	711,77 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	150.967 €	111.101 €	74.254 €	51.667 €	57.704 €	73.426 €	31.055 €	48.191 €

Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	120	117	125	110	158	148	125	118
Mittelwert	1.471,70 €	1.539,64 €	1.715,96 €	1.639,19 €	1.622,74 €	1.656,67 €	1.442,97 €	1.302,92 €
Standardabweichung	6.025,74 €	6.223,16 €	6.348,21 €	7.358,95 €	4.415,01 €	5.337,82 €	4.253,04 €	4.136,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.020,33 €	812,43 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	85.572 €	99.528 €	87.939 €	120.328 €	38.067 €	48.676 €	38.041 €	44.023 €

Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,69 €	0,00 €	4,14 €	64,42 €	85,79 €	89,10 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	15,87 €	0,00 €	96,48 €	1.157,49 €	1.971,27 €	1.885,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	367 €	0 €	2.250 €	25.713 €	45.296 €	42.729 €

Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	2,14 €	1,23 €	10,41 €	20,42 €	5,71 €	3,09 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	49,11 €	27,95 €	208,92 €	414,81 €	127,28 €	70,01 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	1.128,45 €	634,34 €	4.797,05 €	9.513,13 €	2.909,97 €	1.584,16 €

Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	57	68	63	75	40	51	50	41
Mittelwert	58,47 €	43,61 €	142,11 €	90,99 €	26,98 €	33,03 €	62,51 €	44,99 €
Standardabweichung	421,22 €	200,09 €	1.511,09 €	365,80 €	197,27 €	168,28 €	330,24 €	291,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.975 €	2.758 €	33.941 €	3.496 €	4.042 €	2.211 €	3.861 €	4.313 €

Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	57	70	71	62	48	56	58	47
Mittelwert	37,99 €	49,37 €	53,10 €	56,81 €	18,62 €	45,83 €	55,63 €	88,54 €
Standardabweichung	189,87 €	234,10 €	219,80 €	272,79 €	77,45 €	337,17 €	284,48 €	1.098,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.544 €	3.513 €	2.385 €	3.692 €	835 €	6.399 €	4.089 €	24.303 €

Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	538	545	513	493	525	529	506	494
Mittelwert	517,33 €	518,74 €	487,99 €	497,47 €	519,14 €	521,57 €	472,91 €	471,39 €
Standardabweichung	550,59 €	536,32 €	482,21 €	526,89 €	512,53 €	772,57 €	526,14 €	541,63 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	171,65 €	170,88 €	141,59 €	161,40 €	172,21 €	165,21 €	147,10 €	139,45 €
Median	363,77 €	370,24 €	336,53 €	341,96 €	376,53 €	338,26 €	327,90 €	309,81 €
75%-Perzentil	670,83 €	669,19 €	660,35 €	657,63 €	708,66 €	658,44 €	621,06 €	647,02 €
Maximum	4.301 €	5.093 €	3.394 €	4.130 €	5.094 €	14.288 €	5.749 €	5.906 €

Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	520	528	514	498	519	527	514	490
Mittelwert	494,89 €	487,97 €	464,96 €	490,22 €	479,67 €	506,06 €	479,94 €	484,93 €
Standardabweichung	531,51 €	474,46 €	445,26 €	437,10 €	452,71 €	465,99 €	435,63 €	466,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	177,42 €	180,44 €	183,00 €	174,50 €	174,58 €	183,69 €	198,45 €	181,76 €
Median	357,96 €	361,06 €	342,39 €	362,72 €	363,46 €	360,01 €	376,83 €	348,85 €
75%-Perzentil	619,49 €	652,48 €	591,69 €	683,54 €	638,83 €	684,88 €	637,87 €	653,44 €
Maximum	5.323,59 €	3.414,58 €	2.699,24 €	2.459,04 €	3.594,06 €	4.144,44 €	3.991,67 €	3.464,19 €

Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	463	468	447	426	440	450	419	401
Mittelwert	742,02 €	951,65 €	1.004,97 €	1.129,18 €	571,46 €	771,78 €	754,92 €	611,48 €
Standardabweichung	2.420,47 €	4.862,86 €	4.934,77 €	4.814,73 €	2.382,21 €	3.241,44 €	3.464,36 €	2.505,62 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	29,82 €	25,84 €	24,56 €	18,27 €	15,38 €	23,36 €	13,76 €	13,45 €
Median	112,83 €	118,80 €	123,32 €	117,02 €	83,93 €	91,26 €	84,58 €	88,53 €
75%-Perzentil	411,86 €	419,39 €	431,98 €	501,94 €	328,58 €	367,22 €	330,06 €	334,44 €
Maximum	30.759 €	80.791 €	95.541 €	56.406 €	39.116 €	42.960 €	54.866 €	44.711 €

Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	450	455	459	447	458	465	457	446
Mittelwert	730,53 €	754,81 €	724,00 €	764,35 €	690,95 €	891,16 €	720,55 €	862,19 €
Standardabweichung	3.757,74 €	3.323,44 €	2.469,18 €	2.686,88 €	3.881,11 €	4.696,42 €	2.414,97 €	3.652,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,90 €	39,81 €	37,31 €	44,04 €	34,38 €	40,06 €	44,30 €	45,98 €
Median	123,88 €	135,96 €	141,97 €	157,22 €	143,79 €	158,35 €	157,89 €	160,05 €
75%-Perzentil	384,21 €	476,23 €	471,67 €	455,05 €	496,45 €	494,47 €	553,96 €	655,16 €
Maximum	67.257 €	60.561 €	32.298 €	31.670 €	83.612 €	81.214 €	33.935 €	63.176 €

Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	557	557	535	520	544	544	528	515
N mit Fall	113	115	115	116	117	133	109	98
Mittelwert	101,08 €	105,21 €	118,25 €	156,00 €	82,77 €	108,63 €	118,69 €	91,98 €
Standardabweichung	409,80 €	396,60 €	472,88 €	603,07 €	597,02 €	510,46 €	751,10 €	479,91 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.560 €	4.671 €	6.290 €	7.262 €	13.365 €	8.951 €	13.719 €	8.747 €

Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	537	537	528	515	535	535	523	512
N mit Fall	110	97	107	104	125	140	123	113
Mittelwert	60,47 €	78,95 €	115,24 €	132,21 €	95,43 €	119,75 €	143,39 €	140,76 €
Standardabweichung	203,53 €	319,42 €	647,26 €	700,79 €	353,95 €	431,33 €	604,02 €	607,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	65,97 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.354 €	4.919 €	12.772 €	13.642 €	4.632 €	5.210 €	7.733 €	9.210 €

15.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	625	627	626	627						
Mittelwert	3.324,43 €	3.154,65 €	3.064,03 €	3.884,14 €	260,40 €	0,551	-729,48 €	0,444	-989,88 €	0,345
Standardabweichung	8.317 €	8.556 €	7.262 €	22.526 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	296,96 €	299,91 €	295,73 €	246,07 €						
Median	757,72 €	690,45 €	758,44 €	696,65 €						
75%-Perzentil	2.456,81 €	2.242,54 €	2.825,03 €	2.625,94 €						
Maximum	98.227 €	130.386 €	80.112 €	538.902 €						

Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	165	138	171	154						
Mittelwert	1.945,63 €	1.625,13 €	1.687,97 €	1.609,96 €	257,66 €	0,469	15,17 €	0,967	-242,49 €	0,634
Standardabweichung	7.066,30 €	7.023,81 €	5.547,22 €	5.985,71 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	773,19 €	0,00 €	808,00 €	0,00 €						
Maximum	96.248 €	130.214 €	79.817 €	98.803 €						

Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	5,23 €	1,77 €	15,20 €	2,78 €	-9,98 €	0,224	-1,01 €	0,758	8,96 €	0,311
Standardabweichung	116,94 €	44,70 €	171,28 €	70,35 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.927,67 €	1.130,03 €	2.777,51 €	1.778,25 €						

Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	71	93	53	59						
Mittelwert	48,89 €	130,49 €	25,46 €	64,59 €	23,43 €	0,021	65,90 €	0,267	42,46 €	0,481
Standardabweichung	228,85 €	1.453,69 €	116,65 €	371,38 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.186 €	35.884 €	1.763 €	5.576 €						

Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	619	620	623	622						
Mittelwert	596,32 €	547,37 €	592,11 €	559,42 €	4,21 €	0,944	-12,05 €	0,834	-16,26 €	0,845
Standardabweichung	767,24 €	622,10 €	1.308,57 €	1.308,49 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	203,69 €	192,87 €	196,17 €	151,75 €						
Median	382,42 €	367,61 €	370,61 €	364,05 €						
75%-Perzentil	775,12 €	673,02 €	713,27 €	697,73 €						
Maximum	7.230 €	5.900 €	30.037 €	30.279 €						

Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	543	532	530	525						
Mittelwert	644,17 €	760,29 €	646,40 €	1.537,56 €	-2,23 €	0,987	-777,27 €	0,354	-775,04 €	0,361
Standardabweichung	2.354 €	2.869 €	2.385 €	20.995 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	24,68 €	20,19 €	23,88 €	16,33 €						
Median	109,07 €	112,60 €	90,30 €	74,90 €						
75%-Perzentil	370,73 €	367,21 €	306,29 €	346,86 €						
Maximum	34.904 €	29.013 €	23.365 €	524.569 €						

Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	639	639	639	639						
N mit Fall	135	114	135	152						
Mittelwert	84,19 €	89,61 €	96,89 €	109,82 €	-12,70 €	0,508	-20,21 €	0,386	-7,51 €	0,804
Standardabweichung	351,45 €	494,20 €	333,98 €	320,54 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.999 €	10.209 €	3.545 €	3.392 €						

15.5.3 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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	525	577	510	577						
Mittelwert	1.295,67 €	9.292,80 €	837,38 €	6.944,53 €	458,29 €	0,016	2.348,27 €	<0,001	1.889,98 €	0,004
Standardabweichung	3.909 €	11.669 €	2.339 €	9.698 €						
Minimum	0,00 €	38,47 €	0,00 €	73,48 €						
25%-Perzentil	40,49 €	887,56 €	30,89 €	776,32 €						
Median	162,70 €	5.571,80 €	116,05 €	3.168,13 €						
75%-Perzentil	908 €	12.436 €	565 €	9.580 €						
Maximum	43.838 €	83.695 €	20.610 €	85.950 €						

Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	75	307	61	306						
Mittelwert	790,70 €	6.066,12 €	478,98 €	5.080,99 €	311,72 €	0,073	985,13 €	0,081	673,42 €	0,255
Standardabweichung	3.594 €	10.066 €	2.109 €	9.100 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	696,66 €	0,00 €	469,45 €						
75%-Perzentil	0,00 €	8.806,69 €	0,00 €	7.187,68 €						
Maximum	43.838 €	71.932 €	19.022 €	85.739 €						

Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	< 10	106	< 10	97						
Mittelwert	28,34 €	1.807,08 €	2,66 €	902,39 €	25,68 €	0,148	904,70 €	<0,001	879,02 €	<0,001
Standardabweichung	421,60 €	5.014,00 €	64,00 €	2.457,34 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	7.448 €	53.729 €	1.537 €	15.127 €						

Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	29	444	11	409						
Mittelwert	25,31 €	596,00 €	23,66 €	301,42 €	1,66 €	0,920	294,58 €	0,001	292,92 €	0,001
Standardabweichung	142,03 €	2.098,52 €	371,41 €	469,34 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	38,47 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	91,98 €	0,00 €	73,49 €						
75%-Perzentil	0,00 €	329,75 €	0,00 €	461,92 €						
Maximum	1.405 €	24.774 €	8.517 €	7.252 €						

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	< 10	11	< 10	< 10						
Mittelwert	0,88 €	17,43 €	0,11 €	4,04 €	0,77 €	0,387	13,39 €	0,062	12,62 €	0,081
Standardabweichung	21,24 €	156,18 €	2,70 €	72,54 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	510,30 €	1.871,70 €	64,81 €	1.690,38 €						

Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	499	523	492	529						
Mittelwert	296,51 €	544,30 €	224,17 €	401,22 €	72,34 €	0,034	143,08 €	0,003	70,74 €	0,224
Standardabweichung	652,95 €	873,82 €	490,48 €	723,30 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	16,60 €	41,38 €	15,61 €	32,57 €						
Median	64,78 €	130,19 €	57,74 €	96,19 €						
75%-Perzentil	222,50 €	548,15 €	172,96 €	347,61 €						
Maximum	7.514,81 €	4.362,32 €	4.076,33 €	4.304,57 €						

Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	327	424	295	413						
Mittelwert	150,68 €	254,74 €	104,94 €	227,88 €	45,73 €	0,053	26,86 €	0,415	-18,87 €	0,641
Standardabweichung	484,76 €	660,84 €	294,60 €	434,31 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	19,29 €	87,54 €	12,41 €	81,21 €						
75%-Perzentil	108,63 €	239,76 €	77,36 €	252,54 €						
Maximum	6.680,21 €	7.918,84 €	4.688,93 €	4.545,80 €						

Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	3,25 €	7,12 €	2,85 €	26,60 €	0,39 €	0,875	-19,48 €	0,175	-19,87 €	0,173
Standardabweichung	36,69 €	84,56 €	47,66 €	334,57 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	618,21 €	1.588,18 €	1.101,55 €	6.768,22 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	545	550	542	550						
Mittelwert	5.852,07 €	9.173,52 €	5.309,17 €	5.892,56 €	542,90 €	0,374	3.280,95 €	<0,001	2.738,05 €	0,009
Standardabweichung	11.225 €	17.711 €	8.893 €	9.298 €						
Minimum	0,00 €	61,06 €	0,00 €	76,83 €						
25%-Perzentil	779,13 €	943,14 €	621,55 €	999,82 €						
Median	1.362,05 €	2.513,02 €	1.516,12 €	1.967,83 €						
75%-Perzentil	6.510,27 €	9.932,24 €	6.754,40 €	7.137,08 €						
Maximum	108.361 €	208.205 €	84.370 €	67.052 €						

Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	153	189	181	176						
Mittelwert	4.052,38 €	6.306,91 €	3.516,51 €	3.564,48 €	535,87 €	0,358	2.742,43 €	<0,001	2.206,56 €	0,026
Standardabweichung	10.951 €	16.810 €	8.180 €	8.509 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.552,60 €	5.504,46 €	3.399,56 €	3.706,98 €						
Maximum	106.853 €	208.205 €	79.303 €	65.835 €						

Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	49	50	40	58						
Mittelwert	548,77 €	730,20 €	432,42 €	544,37 €	116,35 €	0,350	185,83 €	0,206	69,48 €	0,718
Standardabweichung	2.178,03 €	2.900,30 €	1.943,75 €	1.859,63 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	16.666 €	30.789 €	17.728 €	11.744 €						

Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	438	479	420	501						
Mittelwert	470,28 €	1.215,04 €	395,92 €	610,00 €	74,37 €	0,008	605,04 €	<0,001	530,67 €	0,003
Standardabweichung	566,34 €	4.118,50 €	336,15 €	416,89 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	201,32 €	168,92 €	73,02 €	236,77 €						
Median	402,64 €	459,28 €	314,93 €	619,58 €						
75%-Perzentil	805,28 €	913,23 €	710,31 €	923,84 €						
Maximum	10.705 €	62.580 €	1.293 €	2.447 €						

Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,34 €	1,18 €	6,04 €	6,27 €	-5,70 €	0,262	-5,09 €	0,167	0,61 €	0,923
Standardabweichung	8,07 €	17,40 €	118,75 €	84,61 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	189,18 €	307,43 €	2.753,66 €	1.366,29 €						

Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	510	516	510	511						
Mittelwert	276,43 €	338,36 €	232,05 €	279,02 €	44,38 €	0,196	59,34 €	0,155	14,96 €	0,782
Standardabweichung	608,56 €	765,26 €	525,13 €	609,43 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	36,77 €	36,37 €	29,61 €	30,59 €						
Median	82,57 €	84,02 €	62,50 €	67,32 €						
75%-Perzentil	190,90 €	239,52 €	146,86 €	174,45 €						
Maximum	7.909,80 €	7.698,61 €	3.246,21 €	4.073,69 €						

Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	456	487	432	458						
Mittelwert	494,90 €	569,05 €	681,49 €	808,79 €	-186,58 €	0,020	-239,74 €	0,007	-53,16 €	0,655
Standardabweichung	1.026,52 €	1.128,41 €	1.567,85 €	1.731,24 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	37,02 €	70,48 €	24,49 €	70,05 €						
Median	181,76 €	244,02 €	196,80 €	291,21 €						
75%-Perzentil	527,84 €	604,30 €	651,66 €	792,07 €						
Maximum	10.040 €	9.956 €	17.838 €	15.021 €						

Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinik-bekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	< 10	< 10	19	26						
Mittelwert	8,96 €	12,79 €	44,75 €	79,64 €	-35,79 €	0,074	-66,85 €	0,002	-31,06 €	0,293
Standardabweichung	121,75 €	181,17 €	452,77 €	476,36 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.892,61 €	3.647,75 €	9.697,90 €	6.138,54 €						

15.5.4 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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	560	569	560	565						
Mittelwert	3.868,07 €	3.457,80 €	3.016,65 €	3.217,92 €	851,42 €	0,120	239,88 €	0,646	-611,55 €	0,419
Standardabweichung	11.131 €	9.088 €	6.993 €	8.665 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	287,96 €	288,38 €	242,02 €	267,62 €						
Median	760,50 €	751,00 €	702,54 €	705,07 €						
75%-Perzentil	3.641,10 €	2.833,00 €	2.265,52 €	2.341,48 €						
Maximum	151.565 €	112.330 €	59.765 €	117.161 €						

Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	179	146	156	147						
Mittelwert	2.484,61 €	1.882,54 €	1.833,63 €	1.749,06 €	650,98 €	0,196	133,48 €	0,734	-517,50 €	0,418
Standardabweichung	10.458 €	7.117 €	6.045 €	6.212 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.735,53 €	685,87 €	782,43 €	699,57 €						
Maximum	150.967 €	111.101 €	57.704 €	73.426 €						

Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	3,90 €	60,74 €	-3,90 €	0,318	-60,74 €	0,195	-56,84 €	0,226
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	93,68 €	1.123,94 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0 €	0 €	2.250 €	25.713 €						

Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	59	71	43	52						
Mittelwert	57,38 €	42,74 €	27,75 €	31,17 €	29,63 €	0,120	11,57 €	0,278	-18,07 €	0,408
Standardabweichung	414,22 €	196,83 €	194,77 €	163,56 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	6.975,26 €	2.758,09 €	4.042,31 €	2.210,98 €						

Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	557	565	557	561						
Mittelwert	509,65 €	509,69 €	516,49 €	526,03 €	-6,84 €	0,826	-16,34 €	0,674	-9,50 €	0,849
Standardabweichung	544,69 €	530,87 €	510,49 €	766,31 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	168,40 €	165,71 €	170,63 €	165,43 €						
Median	358,55 €	355,43 €	371,59 €	338,34 €						
75%-Perzentil	666,04 €	663,73 €	700,71 €	670,04 €						
Maximum	4.301 €	5.093 €	5.094 €	14.288 €						

Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	476	482	465	476						
Mittelwert	718,69 €	920,65 €	555,37 €	746,76 €	163,32 €	0,238	173,89 €	0,466	10,57 €	0,969
Standardabweichung	2.381,34 €	4.780,52 €	2.321,35 €	3.156,90 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	26,36 €	23,14 €	14,29 €	22,07 €						
Median	107,62 €	113,60 €	81,38 €	88,32 €						
75%-Perzentil	401,51 €	409,57 €	318,20 €	351,48 €						
Maximum	30.759 €	80.791 €	39.116 €	42.960 €						

Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	577	577	577	577						
N mit Fall	114	116	122	137						
Mittelwert	97,74 €	102,18 €	79,52 €	104,16 €	18,23 €	0,536	-1,98 €	0,940	-20,20 €	0,609
Standardabweichung	403,02 €	390,25 €	580,22 €	496,44 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	4.560 €	4.671 €	13.365 €	8.951 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	540	543	538	546						
Mittelwert	2.756,46 €	2.872,78 €	2.872,06 €	3.181,75 €	-115,60 €	0,781	-308,97 €	0,508	-193,37 €	0,757
Standardabweichung	7.515,31 €	7.675,44 €	6.182,89 €	7.815,29 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	297,39 €	303,66 €	316,34 €	301,51 €						
Median	691,17 €	752,17 €	855,71 €	916,54 €						
75%-Perzentil	2.306,22 €	2.199,83 €	2.879,29 €	2.635,48 €						
Maximum	89.879 €	106.868 €	85.424 €	102.933 €						

Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	122	119	160	151						
Mittelwert	1.441,39 €	1.515,27 €	1.594,57 €	1.622,44 €	-153,18 €	0,627	-107,17 €	0,756	46,01 €	0,922
Standardabweichung	5.957,65 €	6.154,98 €	4.366,68 €	5.270,36 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	978,64 €	806,83 €						
Maximum	85.572 €	99.528 €	38.067 €	48.676 €						

Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	10,12 €	19,86 €	-10,12 €	0,250	-19,86 €	0,255	-9,74 €	0,618
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	206,05 €	409,12 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	4.797,05 €	9.513,13 €						

Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	58	72	48	57						
Mittelwert	37,36 €	48,90 €	18,11 €	44,67 €	19,24 €	0,026	4,22 €	0,807	-15,02 €	0,437
Standardabweichung	187,74 €	231,59 €	76,45 €	332,61 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.543,52 €	3.512,97 €	834,62 €	6.399,26 €						

Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	532	541	534	541						
Mittelwert	495,31 €	486,32 €	479,38 €	504,36 €	15,92 €	0,592	-18,03 €	0,525	-33,95 €	0,408
Standardabweichung	530,51 €	475,68 €	450,99 €	464,80 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	176,75 €	177,75 €	174,50 €	180,32 €						
Median	360,12 €	360,12 €	360,32 €	359,56 €						
75%-Perzentil	619,12 €	650,72 €	636,54 €	684,30 €						
Maximum	5.323,59 €	3.414,58 €	3.594,06 €	4.144,44 €						

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	459	465	469	476						
Mittelwert	721,77 €	743,94 €	676,52 €	873,30 €	45,25 €	0,842	-129,36 €	0,593	-174,61 €	0,599
Standardabweichung	3.714,33 €	3.285,31 €	3.828,95 €	4.633,53 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	25,60 €	37,11 €	33,06 €	38,54 €						
Median	124,24 €	135,57 €	140,70 €	153,35 €						
75%-Perzentil	383,70 €	477,28 €	486,22 €	487,21 €						
Maximum	67.257 €	60.561 €	83.612 €	81.214 €						

Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	550	550	550	550						
N mit Fall	114	99	127	144						
Mittelwert	60,64 €	78,35 €	93,35 €	117,12 €	-32,71 €	0,058	-38,77 €	0,087	-6,06 €	0,831
Standardabweichung	202,72 €	316,78 €	349,40 €	425,78 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	63,74 €						
Maximum	2.354,02 €	4.919,13 €	4.632,22 €	5.209,62 €						

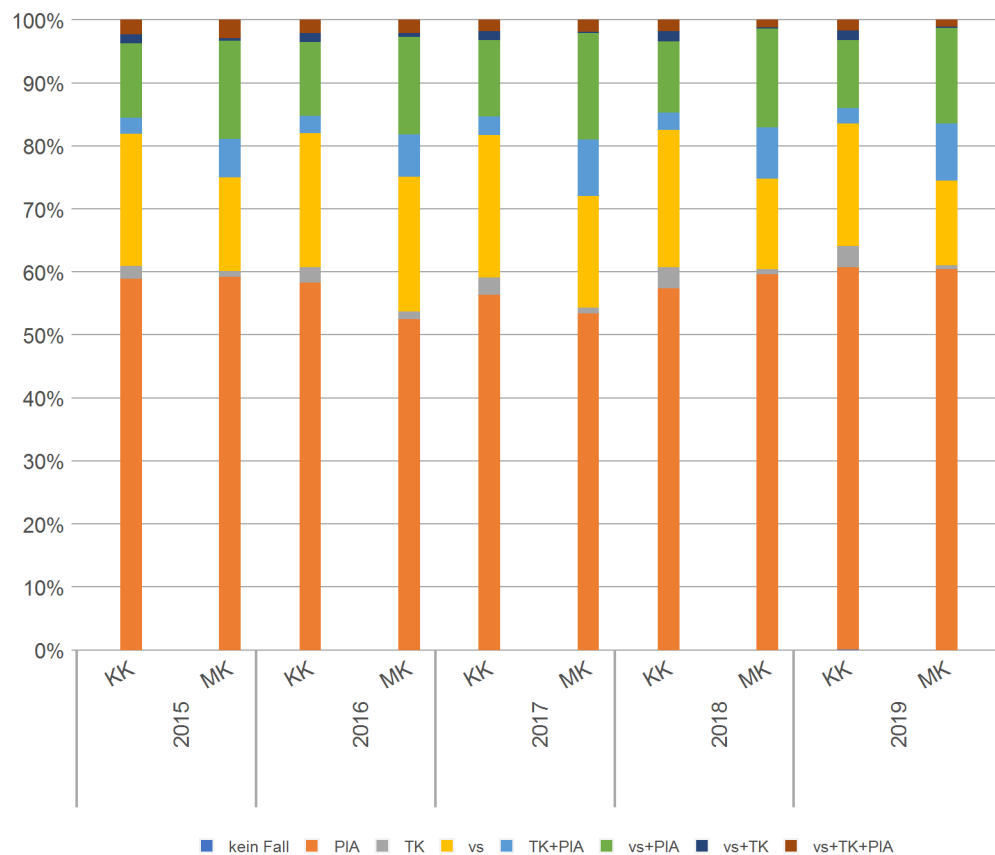
15.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
Behandlungs- setting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	<10	181	1	13	337	0,651	20	402	0,778	30	450	1	28	351	0,900	18	344	0,173
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK		152	1	<10	260	0,077	<10	247	0,176	<10	308	0,030	<10	276	<0,001	<10	330	<0,001
vs+PIA	11	969	1	69	1.673	0,145	108	2.050	0,014	219	2.522	<0,001	252	2.360	<0,001	243	2.222	<0,001
vs+HT																		
TK+PIA	<10	177	0,094	33	381	<0,001	42	449	<0,001	96	595	<0,001	134	578	<0,001	127	549	<0,001
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	17	1.641	1	70	3.432	<0,001	103	3.662	<0,001	303	4.600	1	263	4.414	<0,001	223	4.299	<0,001
TK	<10	148	1	<10	361	0,077	<10	354	0,241	17	527	0,016	13	526	<0,001	12	660	<0,001
PIA	21	3.671	0,156	298	8.512	0,145	410	10.257	0,912	743	12.604	<0,001	796	11.004	0,058	925	11.310	0,173
HT																		
Gesamtergebnis	57	6.939	0,156	487	14.956	<0,001	693	17.421	<0,001	1.416	21.606	<0,001	1.489	19.509	<0,001	1.551	19.714	<0,001
kein Fall																		

(N_{Kontrollkliniken} = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



15.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1.489	19.359	1.551	19.564	1.605	18.396
Anzahl Fälle	3.520	50.427	3.493	48.839	3.689	45.975
Summe Kosten	11.629.171 €	87.358.817 €	10.451.370 €	90.326.245 €	10.843.819 €	74.779.976 €
Ausgaben je Patient	7.810 €	4.513 €	6.738 €	4.617 €	6.756 €	4.065 €
Ausgaben je Fall	3.304 €	1.732 €	2.992 €	1.849 €	2.940 €	1.627 €

Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	546	7.333	487	7.122	480	6.145
Anzahl Fälle	719	9.901	669	9.670	640	7.841
Summe Kosten	7.596.532 €	69.828.577 €	6.485.282 €	71.569.510 €	5.924.792 €	56.512.902 €
Ausgaben je Patient	13.913 €	9.523 €	13.317 €	10.049 €	12.343 €	9.197 €
Ausgaben je Fall	10.565 €	7.053 €	9.694 €	7.401 €	9.257 €	7.207 €

Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	178	1.731	160	1.879	175	1.680
Anzahl Fälle	198	2.007	170	2.057	185	1.800
Summe Kosten	2.490.510 €	9.576.236 €	2.407.043 €	10.743.214 €	3.086.750 €	10.115.291 €
Ausgaben je Patient	13.992 €	5.532 €	15.044 €	5.718 €	17.639 €	6.021 €
Ausgaben je Fall	12.578 €	4.771 €	14.159 €	5.223 €	16.685 €	5.620 €

Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1.210	14.245	1.313	14.384	1.378	13.970
Anzahl Fälle	2.603	38.519	2.654	37.112	2.864	36.333
Summe Kosten	1.542.129 €	7.954.004 €	1.559.045 €	8.013.521 €	1.832.277 €	8.144.183 €
Ausgaben je Patient	1.274,5 €	558,4 €	1.187,4 €	557,1 €	1.329,7 €	583,0 €
Ausgaben je Fall	592,4 €	206,5 €	587,4 €	215,9 €	639,8 €	224,2 €

15.5.7 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

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.295,67 €		577	9.292,80 €		577	7.997,13 €	
	KG	837,38 €		577	6.944,53 €		577	6.107,15 €	
	Diff (IG - KG)	458,29 €	0,015		2.348,27 €	<0,001		1.889,98 €	0,004
KH-Tage	IG	2,4		577	18,4		577	16,0	
	KG	1,3		577	19,3		577	18,0	
	Diff (IG - KG)	1,1	0,052		-0,8	0,663		-2,0	0,333
ICER	-966,77 €/d								

Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.083,23 €		339	8.520,79 €		339	7.437,56 €	
	KG	729,08 €		349	5.541,11 €		349	4.812,03 €	
	Diff (IG - KG)	354,15 €	0,061		2.979,69 €	<0,001		2.625,53 €	<0,001
AU-Tage	IG	28,2		339	97,0		339	68,7	
	KG	24,1		349	83,2		349	59,1	
	Diff (IG - KG)	4,2	0,355		13,8	0,115		9,6	0,327
ICER	272,11 €/d								