

Zwischenbericht

Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 26.08.2019

aktualisiert am 08.03.2021

Autoren:

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

³ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, 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, Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, Dipl.-Volksw. Ines Weinhold², Dr. med. Jessika Weiß³.

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	19
2. Hintergrund.....	29
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	29
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	29
5. Methoden	29
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	30
6.1 Patientenmatching	32
7. Darstellung Modellvorhaben Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH	35
8. Ergebnisse: Effektivität	36
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	37
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter	46
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	48
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	63
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	78
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	106
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	108
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten	114
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	127
8.2.8 Komorbidität	131
8.2.9 Mortalität.....	135
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	140
8.2.11 Leitlinienadhärenz	150
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	158
9.1 Patientenmix	158
9.2 Leistungserbringung	162
10. Ergebnisse: Kosten	169
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	169
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	173
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	176
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	179

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 182	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	184
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung	187
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	190
11.	Ergebnisse: Effizienz	193
12.	Diskussion	195
12.1	Hauptergebnisse.....	195
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	201
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	205
13.	Literatur	207
14.	Anhang.....	208
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	208
14.2	Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	237
14.3	Ergebnisse Modellierung	257
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 303	
14.5	Ergebnisse Kosten	304
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	309
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	312
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	317
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	322
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 323	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 324	

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 Gesundheitsökonomie, 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 .	51
Abbildung 2: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	59
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	67
Abbildung 4: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	75
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	91
Abbildung 6: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	102
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	106
Abbildung 8: Interaktionsdiagramme für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	107
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	111
Abbildung 10: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	112
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	117
Abbildung 12: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	123
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	127
Abbildung 14: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	129
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	132
Abbildung 16: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	134
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	136
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	138
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	143
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	148
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	150
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	156
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	158
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf.....	159
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	161
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	169
Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	171

Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	174
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	176
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	177
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	178
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	180
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	181
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).....	182
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).....	182
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	183
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	184
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	185
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	186
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	187
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	189
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	191
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	192
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	194
Abbildung 51: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	237
Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	241
Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	244
Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	247
Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	249
Abbildung 56: Interaktionsdiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	250
Abbildung 57: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	251
Abbildung 58: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	252
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität.....	253
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	254
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	255
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	322

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	33
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken.....	33
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	34
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle	38
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle.....	40
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	49
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	58
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	64
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	74
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	79
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	98
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	106
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	107
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	109
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	112
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	115
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	122
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	127
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	128
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	131
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	133
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	135
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	138
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	141
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	147
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	151
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	152
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	153
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	155
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	158
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	159
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	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)	164

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).....	165
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).....	166
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).....	166
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).....	167
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	169
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	171
Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	172
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	174
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	176
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	177
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	178
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	180
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	181
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).....	182
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).....	182

Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	183
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	184
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	185
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	186
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	187
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	189
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	191
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	192
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	193
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr	193
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	208
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	210
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	212
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	219
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	225
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	226
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	228
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	230
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	232
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	233
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	234
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .	258
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	260
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	262
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	264
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	266

Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	268
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	270
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	272
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	274
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	276
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	278
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	279
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	280
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	281
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	282
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	283
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	284
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	285
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	286
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	287
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	289
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	290
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	291
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	292
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	293
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	294
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	297
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	299
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	300
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	301
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr	302
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	303
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304

Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	309
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	309
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	309
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	310
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	310
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	310
Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	311
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	314
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	314
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	314
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	322
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	323
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	323
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	323
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	324
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	324
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325

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 Gesundheitsökonomie (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 Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH. Die Klinik startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2002 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, die jedoch nicht durch einen IV-Vertrag geregelt war und zu deren spezifischer Struktur keine weiteren Aussagen getroffen wurden. 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 Rudolf Virchow Klinikum Glauchau 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 2 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 die Rudolf Virchow Klinikum Glauchau 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, Patientenkontext der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im 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 Ana-

lyse 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 3. 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 Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.682 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 48 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 vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Peak war in der IG mit 20,9 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 23,1 vollstationären Tagen (Seite 49 ff.). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer über die Zeit und einem kleinen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Die Patienten der IG wiesen gering höhere vollstationäre Tage bis zum zweiten Modelljahr auf im Vergleich zu Patienten der KG. Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar, wobei Patienten der IG eine etwas höhere Anzahl an teilstationären Tagen (+1,5 Tage) im Prä-Zeitraum aufwiesen (Seite 49 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich des Anteils von mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ein statistisch signifikant höherer Anstieg des Anteils unter den Patienten der IG im Vergleich zur KG. Die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG weniger stark im Vergleich zu KG. Bei den teilstationären Behandlungstagen hatte die IG jedoch einen signifikant stärkeren Anstieg im Vergleich zur KG (Seite 58 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieb bei den linikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 10 AU-Tage höher im Vergleich zur KG (Seite 115 ff.). Bei den linikbekannten Patienten sank die Anzahl der AU-Tage aufgrund von Indexdiagnosen über die Jahre, war aber zwischen IG und KG vergleichbar (Seite 115 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen nahezu parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG signifikant stärker an als in der KG (Seite 122 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 63 ff.) linikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster eines kleinen Peaks im ersten patientenindividuellen Jahr und einer geringen Inanspruchnahme in der *PIA* aufgrund Indexdiagnose. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in

der KG. Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar (Seite 64 ff.). Bei den klimbekannt Patienten zeigte sich für Patienten mit Referenzfall im ersten und dritten Modelljahr eine geringere Zunahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG für das jeweils erste patientenindividuelle Jahr. Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich auch ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG (Seite 64 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine weniger starke Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG. 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 vergleichbar. Die Inanspruchnahme bei anderen Vertragsärzten aufgrund von Indexdiagnosen nahm in der IG signifikant stärker zu als in der KG (Seite 74 ff.).

Bei dem Zielparameter *Behandlungskontinuität* (Seite 78 ff.) stieg bei den klimbekannt Patienten der Anteil an Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufenthalt einen ambulanten Kontakt im psychiatrischen Bereich aufwiesen über die Zeit sowohl in der IG als in der KG. Diese Anstiege waren vergleichbar, wobei in der IG im Jahr vor Einschluss in die Evaluation weniger Patienten einen ambulanten Kontakt im psychiatrischen Bereich innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufenthalt aufwiesen im Vergleich zur KG, während im dritten patientenindividuellen Jahr der Anteil in der IG etwas höher war. Bei den klimbekannt Patienten fiel zunächst der Anteil der Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt einen ambulanten Kontakt im psychiatrischen Bereich aufwiesen und erhöhte sich im Verlauf der patientenindividuellen Zeit in der Evaluation. Dieser Trend war in beiden Gruppen zu beobachten. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigten sich vergleichbare Muster der Erhöhung der Kontinuität über die Zeit, ausgenommen der Anteil der Personen der IG, die innerhalb von 30 Tagen einen jeglichen ambulanten Kontakt aufwiesen. Hier sank die Kontinuität über die Zeit etwas. Jedoch waren keine Unterschiede über Zeit und Gruppe statistisch signifikant.

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 127 ff.) für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahrvergleichbar. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG statistisch signifikant höher als in der KG.

Beim Zielkriterium *Progression* (Seite 144 ff.) war der Anteil der klimbekannt Patienten mit einer Entwicklung einer Suchterkrankung in der IG jeweils größer als in der KG, während diese bei klimbekannt Patienten geringer in der IG im Vergleich zur KG waren.

Bei den Parametern *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 108 ff.), *Komorbidität* (Seite 131 ff.), *Mortalität* (Seite 135 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 150 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

Kosten

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei sich trotz etwas höherer Kosten je Patient der IG kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG ergab. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Ein signifikanter Unterschied ließ sich dabei in keinem der Beobachtungszeiträume feststellen. Das Muster der Kosten für vollstationäre psychiatrische Leistungen verlief parallel zu dem der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Unterschiede ließen sich im Rahmen der teilstationären Versorgung und der PIA-Behandlung feststellen. So lagen die Kosten für tagesklinische Behandlungen in der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant über den Kosten der KG, da in der IG zum einen mehr Patienten behandelt wurden (siehe 9.1 Patientenmix) und zum anderen diese auch intensiver behandelt wurden (siehe 9.2 Leistungserbringung). Für PIA-Behandlungen lagen die Kosten der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant unter den Kosten der KG, da in der KG zum einen mehr Patienten behandelt wurden (siehe 9.1 Patientenmix) und diese zum anderen auch intensiver behandelt wurden (siehe 9.2 Leistungserbringung). Für die Höhe der Kosten anderer Versorgungsbereiche (u. a. vertragsärztliche und Arzneimittelversorgung) ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG feststellen.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren in der IG lediglich im patientenindividuellen Prä-Zeitraum signifikant von der KG verschiedene (konkret höhere) Versorgungskosten ersichtlich. Für die drei Nachbeobachtungsjahre war kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellbar. Unterschiede ergaben sich allerdings vor allem im Rahmen der PIA-Versorgung: hier lagen die Kosten der KG im ersten Nachbeobachtungsjahr über denen der IG, was auf eine leicht höhere Zahl behandelter Patienten sowie eine intensivere Behandlung im Sinne von mehr PIA-Kontakten (und vor allem deutlich mehr Arzt- bzw. Psychologenkontakten) zurückzuführen ist.

Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an, wobei die Kosten in der IG signifikant stärker stiegen. Dies ist unter anderem auf signifikant höhere Kosten in der tagesklinischen Versorgung aufgrund einer größeren Zahl versorgter Patienten, die auch intensiver versorgt wurden, sowie auf (nicht signifikant) höhere Kosten für vollstationäre Versorgung, die hauptsächlich auf merklich (1,5-fach) höhere Tagessätze in der Modellklinik gegenüber dem Durchschnitt der Kontrollkliniken zurückzuführen sind (es wurden ungefähr gleich viele Patienten in beiden Gruppen vollstationär behandelt).

Kosten-Effektivität

Bei den Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage sowie die AU-Tage zwischen beiden Gruppen feststellen. In der IG war ein um 1,5 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage, jedoch ein um 10,9 Tage höherer Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage stiegen in der IG um 892,24 € stärker als die der KG an. Für die AU-Betrachtung war ein um 554,52 € höherer Anstieg der IG zu verzeichnen. Dabei waren bei der Betrachtung der vollstationären Tage sowohl die

Anstiegsdifferenz der Tage als auch der Kosten nicht signifikant. Bei der AU-Betrachtung ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Effekte.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei 583,60 € und bezogen auf die AU-Tage bei -50,79 €. Für jeden zusätzlich vermiedenen vollstationären Tag fielen demzufolge 583,60 € höhere Kosten an. Jeder zusätzliche AU-Tag je Patient der IG war mit höheren Kosten von 50,79 € je Patient verbunden.

Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage sowie die AU-Tage zwischen beiden Gruppen feststellen. In der IG war ein um 2 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage, jedoch ein um 3,7 Tage höherer Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage stiegen in der IG um 2190,80 € stärker als die der KG an. Für die AU-Betrachtung war ein um 1920,41 € stärkerer Anstieg der IG zu verzeichnen. Dabei waren bei den Anstiegen der Outcomeparameter keine signifikanten Effekte feststellbar, die Kostenanstiege unterschieden sich jedoch statistisch voneinander.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei 1084,83 € und bezogen auf die AU-Tage bei -525,59 €. Für jeden zusätzlich vermiedenen vollstationären Tag fielen demzufolge 1084,83 € höhere Kosten an. Jeder zusätzliche AU-Tag je Patient der IG war mit höheren Kosten von 525,59 € je Patient verbunden.

Diskussion

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Rudolf Virchow Klinikum Glauchau 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 vier Haupterkennnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. 1.) Unterschiede in der vollstationären und teilstationären Behandlungsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. 2.) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklärt die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer kaum. Hier scheint es im Modellvorhaben eher eine Umsteuerung vom vollstationären in den teilstationären Bereich zu geben. 3.) Die Inanspruchnahme in der PIA ist in den patientenindividuell ersten Jahren in der IG geringer als in der KG. 4.) Die Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme ist im Modellvorhaben im dritten Modelljahr signifikant höher als in der Routineversorgung.

Der Peak der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendig bzw. zeitintensiv 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 im ersten patientenindividuellen Jahr gegenüber. Möglicherweise wurde demnach ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert. Dass eine Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit auch in der KG festzustellen war, zeigt mutmaßlich die Wirksamkeit struktureller Veränderungen auch in der Regelversorgung. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen.

Der beobachtete Unterschied höherer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Gegensatz zu dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Das festgestellte Muster weist darauf hin, dass bei dem Modellvorhaben neben der vollstationären Verweildauer auch die teilstationäre Behandlungsdauer betrachtet werden muss. Insgesamt ergaben sich eine höhere Anzahl an stationären Behandlungstagen (voll- und teilstationär). Dies wiederum ist im Einklang mit der höheren Zahl der AU-Tage. Vergleicht man jedoch zusätzlich die Höhe der Unterschiede zwischen IG und KG und die stationäre Behandlungsdauer und AU-Tage, zeigt sich, dass die klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr vier mehr stationäre Behandlungstage aufwiesen (voll- und teilstationär zusammen), aber 10 Tage mehr AU-Tage. Dies weist darauf hin, dass über das Modellvorhaben hinaus, weitere Faktoren auf eine erhöhte AU-Dauer hingewirkt haben müssen. Insgesamt gab es zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der stationären Liegedauer möglicherweise weitere Effekte, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten. 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.

Bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte war innerhalb des ersten patientenindividuellen Jahres die Inanspruchnahme in der IG stets signifikant geringer als bei Patienten der KG, sank aber für Patienten, die im 3. Modelljahr eingeschlossen wurden im Vergleich zu denen, die im ersten Modelljahr eingeschlossen wurden. Über den Verlauf scheint sich die Inanspruchnahme in der PIA zwischen der IG und der KG anzugleichen. Über die Gründe der geringeren Inanspruchnahme in der PIA im ersten patientenindividuellen kann zu diesem Zeitpunkt nur spekuliert werden. 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.

Für die Patienten mit Referenzfall im ersten und dritten Modelljahr war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung in der IG signifikant höher als in der KG. Dies könnte darauf schließen, dass, entsprechend der Hypothese, die Modellversorgung die Dauer bis eine erneute stationäre Aufnahme notwendig ist, erhöht. Dies konnte mutmaßlich u.a. durch einen höheren Einsatz teilstationärer Behandlung realisiert werden.

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 und AU-Tagen keine Verringerung der Qualität ersichtlich ist.

Die Hypothese, dass durch die Modelleffekte die vollstationären Versorgungskosten sinken, muss an dieser Stelle verworfen werden. So ließen sich weder für Kohorte 1 sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten signifikant geringere Kosten in der IG feststellen. Beim Vergleich der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr wies die IG nicht signifikant höhere Kosten gegenüber der KG auf. Zurückzuführen ist dieses Ergebnis hauptsächlich auf deutlich höhere Tagessätze in der Modellklinik gegenüber dem Durchschnitt der Kontrollkliniken. Zur abschließenden Beantwortung der Frage nach der Höhe der vollstationären Kosten müssen allerdings zusätzlich die Budgetausgleiche, auf die die höheren Tagessätze zurückzuführen sind, adäquat berücksichtigt werden. Es wird derzeit geprüft, inwieweit sich dies für die Abschlussberichte umsetzen lässt.

Auch die Gesamtkosten der psychiatrischen Versorgung liegen in der IG weder für die beiden Subgruppen der Kohorte 1 noch für Kohorte 3 unter den Kosten der KG. Somit muss auch diese Hypothese verworfen werden.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl 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 Klinikenebene 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 über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden wurden und teilstationäre Tage stärker in Anspruch genommen 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.

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

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

- AOK PLUS
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Debeka BKK
- IKK classic
- Knappschaft
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- atlas BKK ahlmann
- BKK der G. M. Pfaff AG
- BKK firmus
- BKK Mobil Oil
- BKK Technoform
- BKK ZF & Partner
- Brandenburgische BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- hkk
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- TBK (Thüringer BKK)
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 2.284 Versicherte ein, wobei für 2.204 Versicherte (96,5 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 20.549 Patienten gezogen.

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 10 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und unter diesen wiederum der Großteil dieser Patienten aus den 6 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 1).

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle ist in allen Kohorten der klinikneuen Patienten der IG geringer als in der KG. Ebenso gab es Unterschiede im Anteil der vollstationären und teilstationären Referenzfälle bei klinikneuen Patienten der IG im Vergleich zur KG. Es war dabei nicht das Ziel des Matching, diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Für die Inanspruchnahme im Prä-Zeitraum konnte mit Ausnahme der klinikneuen Patienten mit Studieneinschluss im zweiten Modelljahr für alle Kohorten und Settings angeglichen werden. Die Unterschiede der PIA-Behandlung der klinikneuen für Kohorte 2 ergaben sich aus einem deutlich höheren Anteil von Patienten, für die in ihrem Prä-Zeitraum keine Indexdiagnose verschlüsselt wurde.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
gesamt	Gesamt	2.663	25.795	2.284 (86%)	20.549 (80%)	2.204 (83% ; 96,5%)	2.204 (9% ; 11%)
	Kohorte 1	1.440	10.301	1.284 (89%)	8.259 (80%)	1.220 (85% ; 95,0%)	1.220 (12% ; 15%)
	Kohorte 2	648	7.871	530 (82%)	6.286 (80%)	522 (81% ; 98,5%)	522 (7% ; 8%)
	Kohorte 3	575	7.623	470 (82%)	6.004 (80%)	462 (80% ; 98,3%)	462 (6% ; 8%)
klinikneu	Klinikneu gesamt	1.735	22.321	1.449 (84%)	17.918 (80%)	1.436 (83% ; 99,1%)	1.436 (6% ; 8%)
	Kohorte 1	605	7.874	522 (86%)	6.493 (82%)	520 (86% ; 99,6%)	520 (7% ; 8%)
	Kohorte 2	587	7.455	479 (82%)	5.966 (80%)	475 (81% ; 99,2%)	475 (6% ; 8%)
	Kohorte 3	543	6.992	448 (83%)	5.459 (80%)	441 (81% ; 98,4%)	441 (6% ; 8%)
klinikbekannt	Klinikbekannt gesamt	928	3.474	835 (90%)	2.631 (76%)	768 (83% ; 92,0%)	768 (22% ; 29%)
	Kohorte 1	835	2.427	762 (91%)	1.766 (73%)	700 (84% ; 91,9%)	700 (29% ; 40%)
	Kohorte 2	61	416	51 (84%)	320 (77%)	47 (77% ; 92,2%)	47 (11% ; 15%)
	Kohorte 3	32	631	22 (69%)	545 (76%)	21 (66% ; 95,5%)	21 (3% ; 4%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	17,7	347
2	19,3	486
3	19,5	312
4	19,7	241
5	19,8	380
6	20,8	446
7	21,0	55
8	21,2	93
9	21,8	44
10	22,2	33

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	2.204	2.204		1.220	1.220		522	522		462	462		IG	KG
	klinikneu	1.436	1.436		520	520		475	475		441	441			
	klinikbekannt	768	768		700	700		47	47		21	21			
mittleres Alter	gesamt	52,9	52,0	0,595	52,2	50,3	0,067	53,5	54,1	1,000	54,2	53,9	1	1,000	1,000
	klinikneu	53,7	52,7	0,669	53,0	50,9	0,359	53,9	53,9	1,000					
	klinikbekannt	51,5	50,6	1,000	51,5	49,9	0,408	49,3	56,5	0,461					
Anteil Frauen	gesamt	54,6%	53,3%	1,000	55,1%	53,4%	1,000	57,1%	53,8%	1,000	50,4%	52,4%	1	1,000	1,000
	klinikneu	54,5%	54,5%	1,000	53,5%	56,3%	1,000	58,9%	53,9%	0,926					
	klinikbekannt	54,8%	51,2%	1,000	56,3%	51,3%	0,597	38,3%	53,2%	0,857					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	34,8%	34,8%	1,000	57,4%	57,4%	1,000	9,0%	9,0%	1,000	4,5%	4,5%	1	<0,001	<0,001
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	35,8%	43,6%	<0,001	49,6%	56,6%	0,007	17,6%	27,4%	0,002	19,9%	27,9%	0,049	1,000	1,000
	klinikneu	18,3%	29,2%	<0,001	19,8%	34,4%	<0,001	16,4%	26,3%	0,002					
	klinikbekannt	68,5%	70,6%	1,000	71,7%	73,0%	1,000	29,8%	38,3%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	54,6%	50,4%	0,050	43,9%	38,9%	0,123	69,5%	64,2%	0,531	66,2%	65,4%	1	1,000	1,000
	klinikneu	69,3%	64,3%	0,039	70,6%	60,8%	0,009	69,7%	65,7%	1,000					
	klinikbekannt	27,2%	24,3%	1,000	24,0%	22,6%	1,000	68,1%	48,9%	0,564					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	9,6%	5,8%	<0,001	6,6%	4,3%	0,125	12,8%	8,4%	0,217	13,9%	6,7%	0,005	1,000	1,000
	klinikneu	12,4%	6,4%	<0,001	9,6%	4,8%	0,028	13,9%	8,0%	0,040					
	klinikbekannt	4,3%	4,6%	1,000	4,3%	3,9%	1,000	2,1%	12,8%	0,580					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,2%	0,801	0,0%	0,3%	0,800	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	NA	NA
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	0,0%	0,5%	1,000	0,0%	0,6%	0,931	0,0%	0,0%	NA					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	12,0%	11,7%	1,000	18,7%	17,9%	1,000	3,3%	5,4%	0,765	4,3%	2,6%	1	1,000	1,000
	klinikneu	1,5%	1,3%	1,000	1,7%	1,0%	1,000	1,3%	1,5%	1,000					
	klinikbekannt	31,6%	31,3%	1,000	31,3%	30,4%	1,000	23,4%	44,7%	0,401					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	4,1%	3,0%	0,590	6,9%	5,2%	0,622	0,6%	0,2%	1,000	0,6%	0,6%	1	1,000	1,000
	klinikneu	0,0%	0,3%	0,367	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,2%	1,000					
	klinikbekannt	11,7%	8,1%	0,210	12,0%	8,9%	0,597	6,4%	0,0%	0,857					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	24,6%	25,0%	1,000	43,3%	42,0%	1,000	1,1%	5,0%	0,006	1,7%	3,0%	1	1,000	1,000
	klinikneu	0,5%	1,3%	0,267	0,6%	2,1%	0,358	0,4%	1,1%	1,000					
	klinikbekannt	69,7%	69,5%	1,000	75,0%	71,6%	0,989	8,5%	44,7%	0,002					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	45,3%	45,5%	1,000	43,0%	43,5%	1,000	50,2%	48,3%	1,000	46,1%	47,6%	1	1,000	1,000
	klinikneu	47,3%	47,1%	1,000	46,0%	45,6%	1,000	49,3%	48,0%	1,000					
	klinikbekannt	41,7%	42,6%	1,000	40,7%	42,0%	1,000	59,6%	51,1%	1,000					

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

7. Darstellung Modellvorhaben Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von vier Jahren. Es besteht eine Verlängerungsoption auf insgesamt acht Jahre.

Am Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 70 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 30 in der Tagesklinik vorgesehen.

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

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: Hometreatment (nur 2016), Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen und Arbeitstherapie. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2002 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, die jedoch nicht durch einen IV-Vertrag geregelt war und zu deren spezifischer Struktur keine weiteren Aussagen getroffen wurden.

Wie bei allen Modellverträgen nach §64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Falle des Rudolf Virchow Klinikums Glauchau zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen wird.

Stationäre Leistungen wurden vor November 2013 über Pflegesätze nach BPfIV vergütet. In den Monaten November und Dezember des Jahres 2013 wurde nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Seit dem 01.01.2014 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wurde im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum in einer Klinik ausschließlich nach BPfIV abgerechnet und in den restlichen vier sowohl nach BPfIV als auch nach PEPP, wobei der Zeitpunkt der Umstellung auf PEPP verschieden ist. Drei Kliniken wechselten im Jahr 2014 auf PEPP, die vierte im Jahr 2015.

Im Bereich der PIA erfolgt die Abrechnung im gesamten Beobachtungszeitraum sowohl in der Modell- als auch in den Kontrollkliniken per Einzelleistungsvergütung.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

Klinikneue sind Patienten, die mit dem Referenzaufenthalt zum ersten Mal in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. in der PIA der Referenz-Klinik aufgetreten sind. Klinikbekannte sind Patienten, die bereits im 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.

Über 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:

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
depressive Episoden (F32) und
rezidivierende depressive Störungen (F33)
andere Angststörungen (F41) 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)	520	520
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,2 %	75,8 %
• Zwei Diagnosen	24,2 %	21,2 %
• Drei Diagnosen	4,6 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	16	17
2. F32 & F41	12	12
3. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F43	9	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)	700	700
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	67,4 %	72,6 %
• Zwei Diagnosen	24,3 %	21,0 %
• Drei Diagnosen	7,3 %	5,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	1,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F41 / KG: F32 & F41	23	12
2. IG: F33 & F43 / KG: F33 & F41	12	11
3. IG: F41 & F43 / KG: F33 & F43	11	9

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)	462	462
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	74,2 %	76,2 %
• Zwei Diagnosen	22,5 %	21,2 %
• Drei Diagnosen	3,2 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	24	22
2. F32 & F43	7	7
3. F10 & F33	6	6

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

Das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6) konnte die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden.

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	365	394	520	520
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	0,5 %	1,2 %	1,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,4 %	1,5 %	1,9 %	1,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,1 %	3,8 %	4,6 %	4,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,8 %	0,8 %	0,8 %	1,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	26,6 %	24,9 %	26,9 %	26,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	4,7 %	6,1 %	6,2 %	7,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	27,9 %	28,9 %	35,4 %	33,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	21,4 %	22,1 %	26,5 %	27,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	1,0 %	3,5 %	2,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	8,8 %	8,9 %	17,9 %	15,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,3 %	0,3 %	1,7 %	1,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,4 %	0,8 %	3,3 %	1,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,8 %	0,3 %	3,1 %	1,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,5	51,0	53,0	50,9
• Median	52	50	52	50
• (Interquartilsabstand)	(37 - 67)	(35 - 63)	(38 - 68)	(35 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	51,5 %	56,3 %	53,5 %	56,3 %
• Männer	48,5 %	43,7 %	46,5 %	43,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	77,3 %	62,2 %	80,2 %	65,6 %
• PIA	22,7 %	37,8 %	19,8 %	34,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	1,0 %	1,2 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,4 %	5,1 %	4,6 %	5,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	15,1 %	15,0 %	15,6 %	15,4 %
• Abitur/Fachabitur	4,1 %	5,6 %	3,8 %	5,2 %
• Abschluss unbekannt	6,6 %	7,6 %	7,1 %	7,9 %

• Fehlende Angabe	69,0 %	65,7 %	67,7 %	64,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,5 %	2,0 %	3,1 %	2,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,1 %	20,1 %	21,9 %	21,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,8 %	3,0 %	1,0 %	3,1 %
• Bachelor	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,2 %	3,0 %	2,1 %	2,7 %
• Promotion	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	3,8 %	5,8 %	3,8 %	6,0 %
• Fehlende Angabe	69,0 %	65,7 %	67,7 %	64,8 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,1 %	11,2 %	11,5 %	10,6 %
• Nein	74,2 %	65,5 %	71,9 %	63,3 %
• Fehlende Angabe	15,6 %	23,4 %	16,5 %	26,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	20,5 %	23,4 %	21,5 %	27,1 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	16,4 %	13,2 %	16,9 %	14,6 %
• Weder A noch B	63,0 %	63,5 %	61,5 %	58,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	52,1 %	57,9 %	51,2 %	58,8 %
• Familienversicherter	4,4 %	3,8 %	3,7 %	3,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	39,2 %	32,7 %	40,8 %	33,1 %
• Fehlende Angabe	4,4 %	5,6 %	4,4 %	4,6 %

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)	472	508	700	700
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	1,2 %	1,9 %	1,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,6 %	0,1 %	0,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,6 %	1,8 %	1,4 %	1,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,9 %	1,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,6 %	18,7 %	21,3 %	20,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	30,9 %	25,4 %	25,7 %	23,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	24,8 %	29,7 %	32,3 %	37,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	7,4 %	6,7 %	17,1 %	14,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,8 %	3,3 %	4,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	10,8 %	11,6 %	21,6 %	21,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,1 %	0,6 %	4,1 %	2,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,5 %	1,8 %	6,6 %	3,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,4 %	0,8 %	2,3 %	1,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,0	50,2	51,5	49,9
• Median	53	50	52	50
• (Interquartilsabstand)	(42 - 62)	(39 - 59)	(40 - 62)	(38 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,8 %	50,0 %	56,3 %	51,3 %
• Männer	47,2 %	50,0 %	43,7 %	48,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	25,6 %	27,6 %	28,3 %	27,0 %
• PIA	74,4 %	72,4 %	71,7 %	73,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,5 %	1,2 %	2,1 %	1,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,0 %	3,3 %	4,1 %	3,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	11,0 %	12,2 %	11,3 %	13,9 %
• Abitur/Fachabitur	3,6 %	4,9 %	3,3 %	4,7 %
• Abschluss unbekannt	3,6 %	8,3 %	3,7 %	8,1 %
• Fehlende Angabe	76,3 %	70,1 %	75,4 %	68,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,8 %	3,3 %	3,4 %	3,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	15,9 %	17,1 %	15,9 %	19,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	17,4 %	5,1 %	16,0 %	4,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	21,2 %	32,9 %	21,7 %	34,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	52,8 %	38,4 %	55,1 %	39,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Weder A noch B 	26,1 %	28,7 %	23,1 %	26,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	42,2 %	49,6 %	43,1 %	51,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Familienversicherter 	3,0 %	2,8 %	2,7 %	2,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Rentner und deren Familienangehörige 	51,3 %	46,9 %	50,6 %	46,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	3,6 %	0,8 %	3,6 %	0,6 %

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 I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	343	352	462	462
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	2,6 %	2,8 %	2,4 %	2,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	4,7 %	4,5 %	3,7 %	3,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,4 %	6,0 %	4,3 %	5,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,3 %	22,7 %	27,7 %	27,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,8 %	6,0 %	5,6 %	5,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	25,1 %	25,0 %	31,0 %	29,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	20,1 %	20,5 %	26,8 %	26,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,4 %	3,7 %	3,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,9 %	8,5 %	13,9 %	13,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,5 %	0,3 %	2,6 %	3,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,5 %	1,1 %	2,4 %	2,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,9 %	0,9 %	1,7 %	1,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	55,3	56,2	54,2	53,9
• Median	55	57	54	54
• (Interquartilsabstand)	(39 - 74)	(40 - 73)	(39 - 71)	(36 - 68)
Geschlecht (%)				
• Frauen	48,7 %	52,8 %	50,4 %	52,4 %
• Männer	51,3 %	47,2 %	49,6 %	47,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	77,8 %	69,6 %	80,1 %	72,1 %
• PIA	22,2 %	30,4 %	19,9 %	27,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,2 %	0,6 %	1,3 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,2 %	5,4 %	6,1 %	6,1 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	16,3 %	16,8 %	16,2 %	17,7 %
• Abitur/Fachabitur	4,4 %	4,0 %	5,0 %	3,2 %
• Abschluss unbekannt	6,4 %	7,1 %	5,2 %	7,8 %
• Fehlende Angabe	66,5 %	66,2 %	66,2 %	64,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,7 %	3,7 %	4,3 %	3,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	20,1 %	22,4 %	21,2 %	24,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	11,7 %	15,1 %	10,8 %	14,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	23,0 %	20,5 %	24,9 %	21,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	14,0 %	17,3 %	17,1 %	17,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Weder A noch B 	63,0 %	62,2 %	58,0 %	61,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	55,4 %	50,6 %	55,8 %	54,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Familienversicherter 	2,3 %	2,3 %	2,8 %	2,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Rentner und deren Familienangehörige 	40,2 %	44,3 %	39,2 %	40,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	2,0 %	2,8 %	2,2 %	2,4 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population teilweise in linikneue und linikbekannte Patienten. Klinikneue sind Patienten, die mit dem Referenzaufenthalt zum ersten Mal in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. in der PIA der Referenz-Klinik aufgetreten sind. Klinikbekannte sind Patienten, die bereits im 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.

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

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 Interaktionsdiagrammen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit (Präzeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr bzw. Prä- vs. 1. Jahr). Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert. Grafiken, für die nicht mindestens 40 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.
- Eine Darstellung der Modellrechnungen für die Outcomeparameter erfolgt im Anhang.
- Für die Outcomeparameter Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten erfolgt zusätzlich im Anhang eine Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive).

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

Primärer (B) und sekundärer (A, C-F) Outcomeparameter: Hier wurde untersucht, ob grundsätzlich Krankenhausaufenthalte vermieden wurden bzw. wie lange die Aufenthalte insgesamt dauern. Jede Zeile steht unabhängig und ergibt in Summe somit nicht 100% der unter Evaluation stehenden Patienten.

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	499	499	467	451	483	483	462	449
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)	6,0 %	37,1 %	13,3 %	12,9 %	5,6 %	32,9 %	14,1 %	10,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,8 %	3,4 %	1,1 %	2,2 %	1,7 %	4,1 %	1,5 %	1,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,2 %	18,8 %	13,5 %	11,8 %	17,0 %	17,2 %	12,1 %	9,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ^{3,4} (B1)	0,7	20,9	4,4	3,6	1,2	23,1	5,1	3,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	14,0	0,5	1,1	0,2	7,7	1,7	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	0,7	34,9	4,9	4,7	1,3	30,8	6,8	4,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,0	0,3	0,3	0,1	1,8	0,3	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,3	0,5	0,2	0,3	0,1	1,1	0,2	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,3	2,3	2,0	1,5	1,8	2,3	1,5	1,1

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)

⁴Angabe 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)	676	676	654	635	645	645	624	608
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	34,5 %	26,8 %	21,7 %	19,8 %	30,2 %	26,8 %	19,1 %	18,8 %
	5,5 %	3,4 %	1,7 %	1,6 %	7,4 %	5,3 %	3,0 %	2,8 %
	18,8 %	17,8 %	19,0 %	18,6 %	15,2 %	16,9 %	14,7 %	15,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	13,2	16,0	8,5	7,5	11,0	15,1	6,9	7,9
	4,6	4,1	1,7	1,1	3,1	3,9	1,5	1,4
	17,9	20,1	10,2	8,6	14,1	19,0	8,3	9,2
	1,6	0,9	0,6	0,6	2,5	2,0	1,0	1,0
	1,2	0,6	0,5	0,6	2,3	1,6	0,9	0,7
	2,2	2,1	2,1	2,2	1,3	2,1	1,5	1,2

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

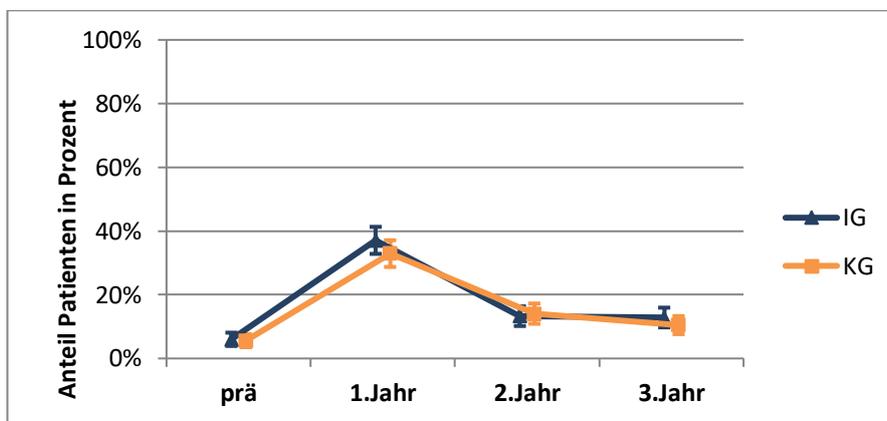
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

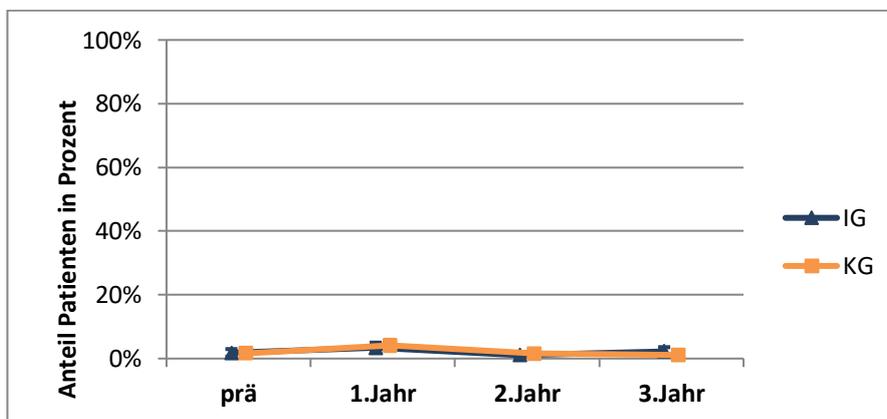
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

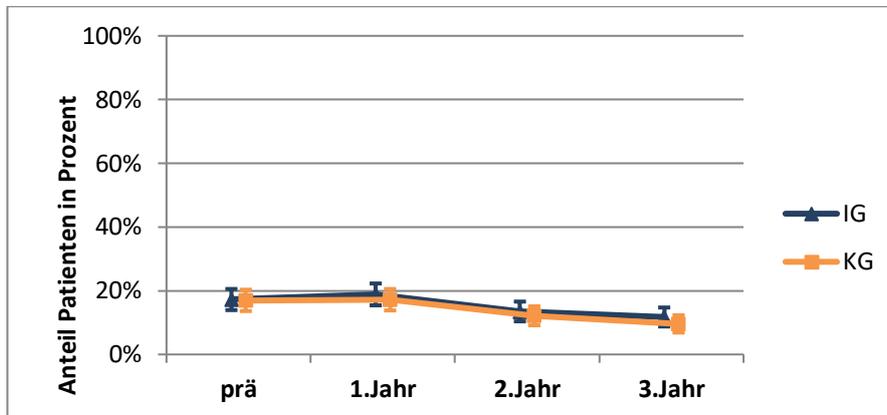
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

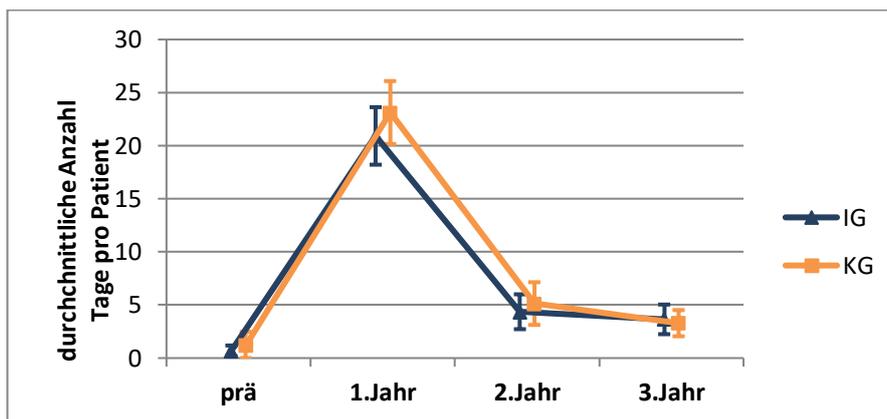


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

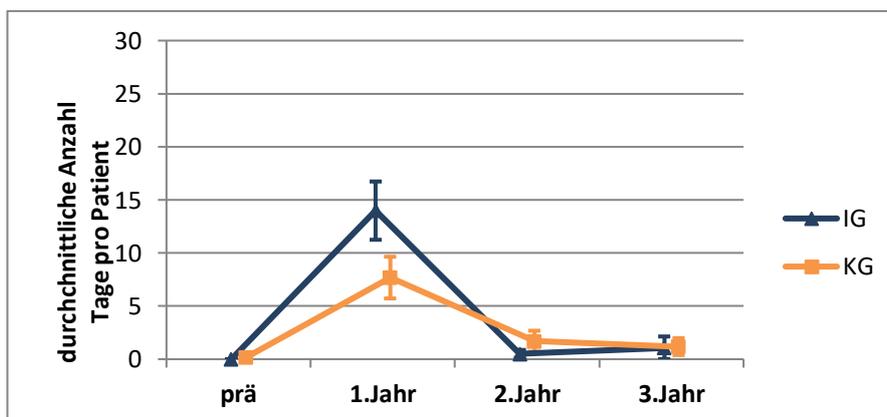


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

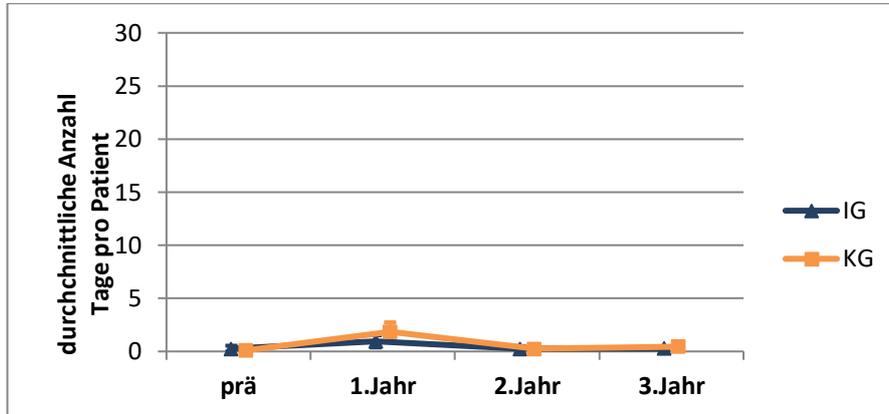
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



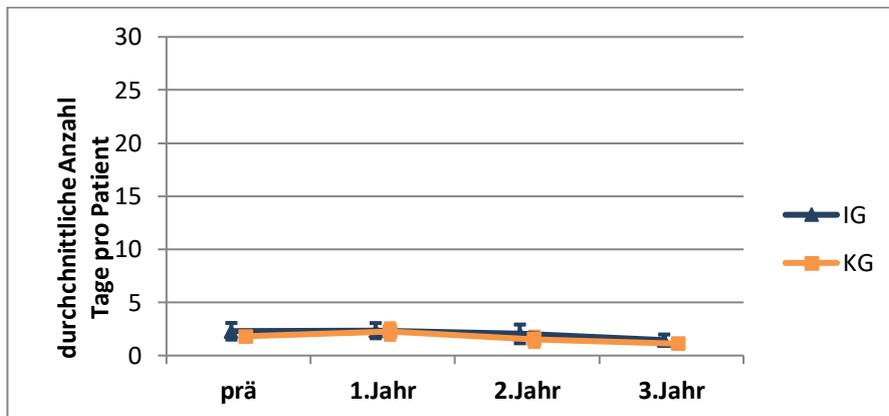
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



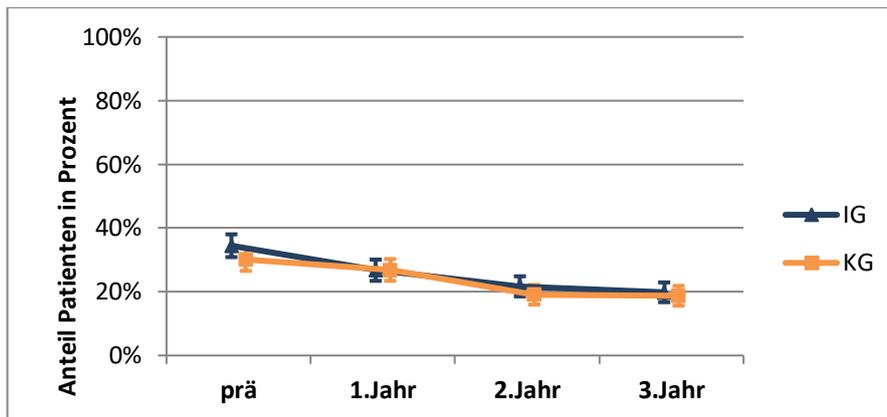
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

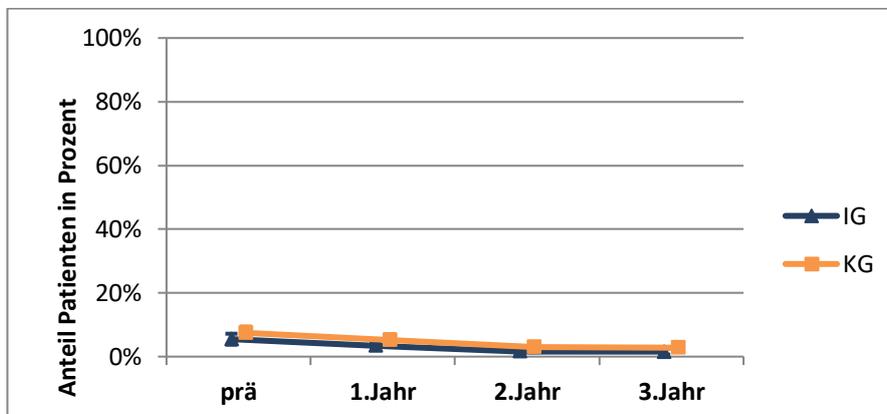
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

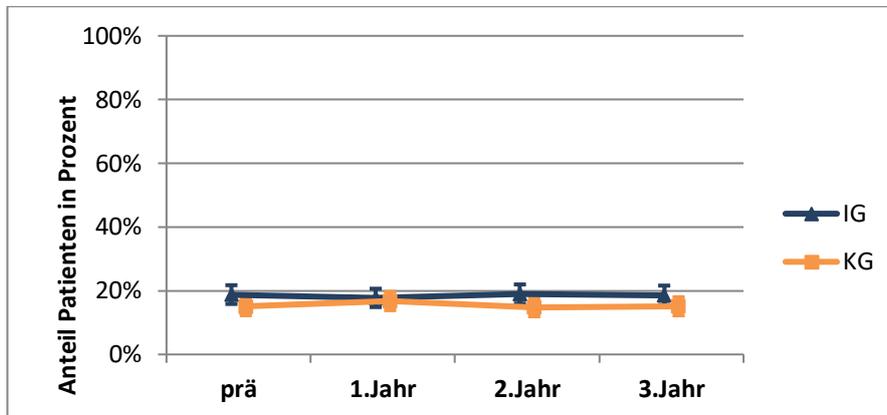
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

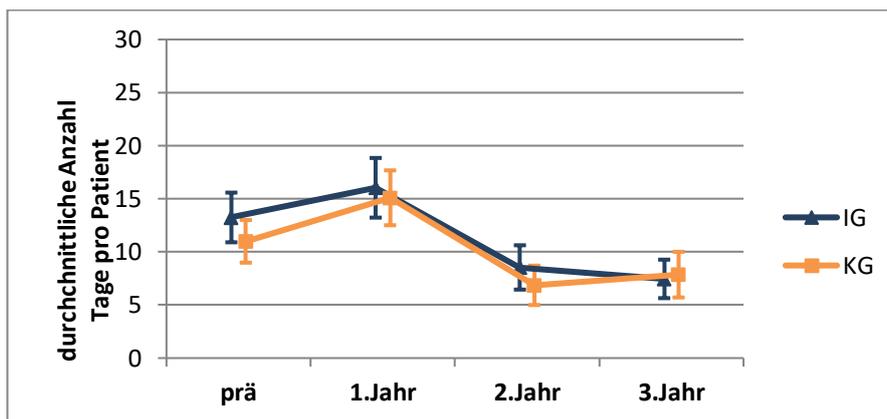


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

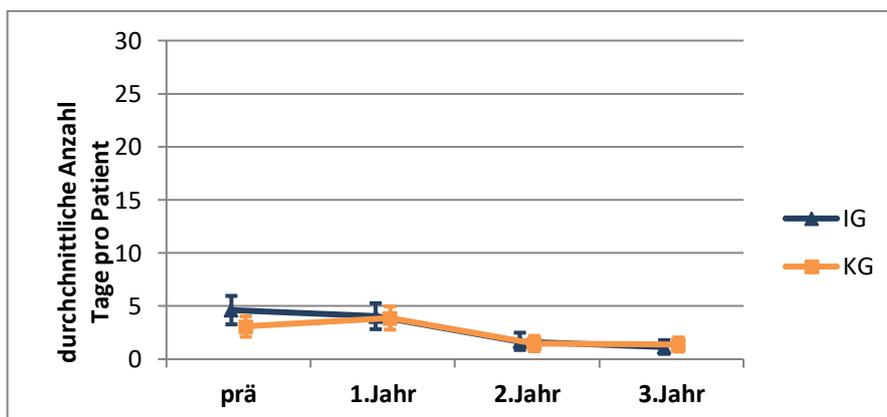


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

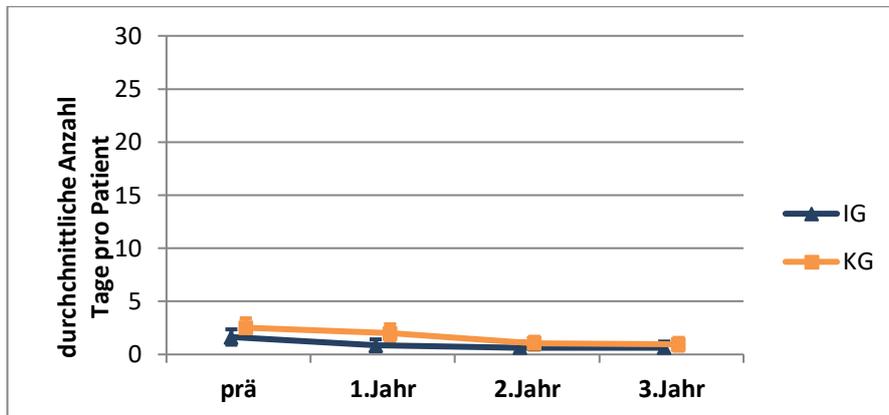
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



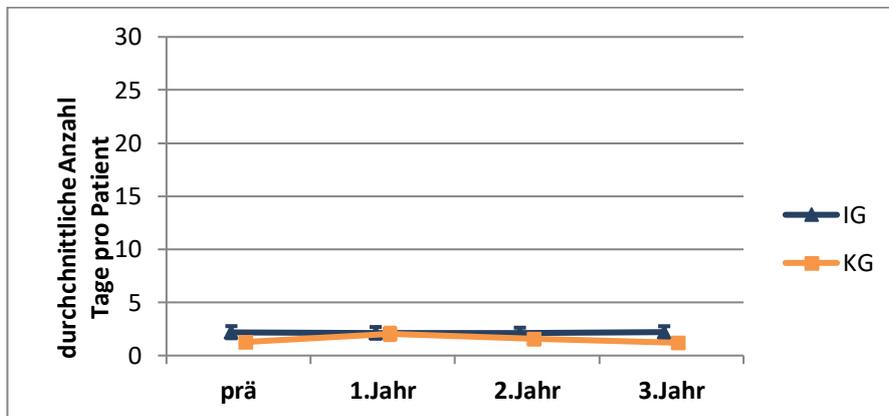
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



- 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=499, KG=483; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=676, KG=645).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klินิกneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 0,7; KG: 1,2 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 20,9; KG: 23,1 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 4,4 und 3,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 5,1 und 3,3 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau war dabei bis zum 2. Modelljahr in der IG nur leicht unter dem der KG. 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 wesentlich höher als in der KG (IG: 14,0 teilstationäre Tage; KG: 7,7 teilstationäre Tage).

Auch bei den kllinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer über die Zeit und einem Peak im ersten Modelljahr. Die Patienten der IG wiesen gering höhere vollstationäre Tage bis zum zweiten Modelljahr auf im Vergleich zu Patienten der KG (prä: +2,2; 1. Jahr: +0,9; 2. Jahr: +1,7; 3. Jahr: -0,4 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar, wobei Patienten der IG eine etwas höhere Anzahl an teilstationären Tagen im Prä-Zeitraum aufwiesen (+1,5 Tage).

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

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt 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)	462	462	462	462
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)	3,9 %	38,1 %	6,1 %	28,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	5,6 %	2,8 %	1,7 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	22,9 %	19,9 %	21,4 %	17,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ^{3,4} (B1)	0,6	21,6	0,7	23,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	16,7	0,2	7,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	0,6	38,3	0,9	31,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,7	0,6	0,3	0,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	1,4	0,6	0,3	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,7	2,7	3,0	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)

⁴Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

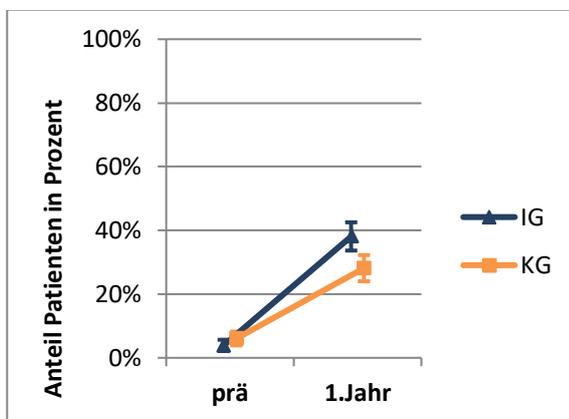
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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)

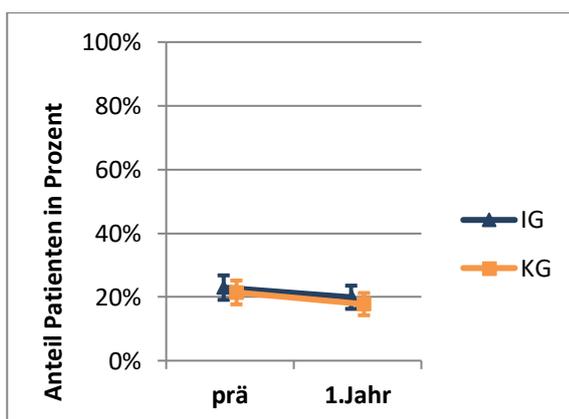
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

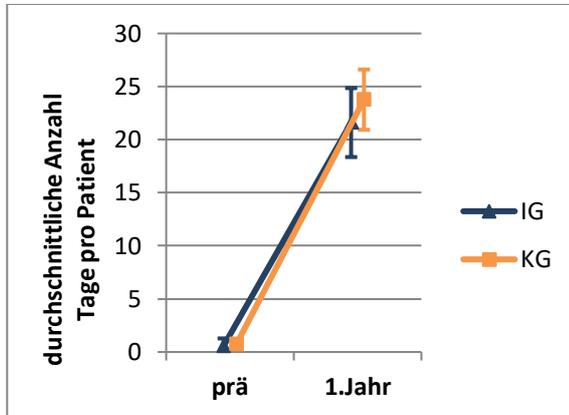
Fallzahl zu klein

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

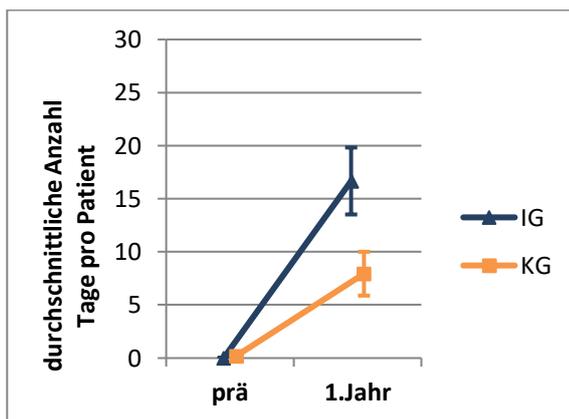


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- 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)

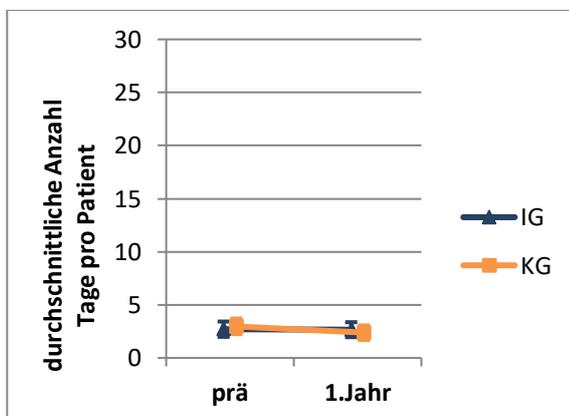


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=462 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich des Anteils von mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ein statistisch signifikant höherer Anstieg des Anteils unter den Patienten der IG im Vergleich zur KG (IG: prä=3,9%, 1.Jahr=38,1%; KG: prä=6,1%, 1.Jahr=28,1%). Die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG weniger stark im Vergleich zu KG. Beide Gruppen starteten auf einem vergleichbar niedrigen Niveau (IG: 0,6; KG: 0,7 vollstationäre Tage), aber die IG stieg weniger stark im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 21,6; KG: 23,8 vollstationäre Tage). Bei den teilstationären Behandlungstagen hatte die IG jedoch einen signifikant stärkeren Anstieg im Vergleich zur KG (IG: von 0,0 auf 16,7 teilstationäre Tage; KG: 0,2 auf 7,9 teilstationäre 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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Unterschied (*DiD je Modelljahr*) war in den Kohorten der Patienten mit Referenzfall in allen Jahren in der IG signifikant geringer als in der KG (DiD-Schätzer: 1. Modelljahr=-1,82; 2. Modelljahr=-3,54; 3. Modelljahr=-2,64 vollstationäre Tage).

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte stationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit affektiven Störungen (F30-F39) und eine geringere Inanspruchnahme bei Patienten mit einer Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 303ff.).

8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	499	499	467	451	483	483	462	449
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	479	479	446	426	469	477	442	430
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,7	1,0	0,9	0,2	3,6	1,7	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,9	3,6	3,3	2,7	2,1	3,9	3,7	3,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	5,5	6,6	6,8	6,9	6,2	7,4	7,3	7,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,4	1,0	1,0	4,0	1,9	0,9	1,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	13,0	12,1	18,8	16,1	12,5	11,3	10,7	10,5

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxx) 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)	676	676	654	635	645	645	624	608
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	657	653	629	608	629	626	599	584
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,3	8,2	7,4	8,1	7,2	9,8	7,9	6,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	1,9	2,2	1,9	2,7	2,8	2,7	2,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	7,5	6,7	8,0	8,1	7,8	7,9	8,1	8,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,2	0,1	0,1	0,6	0,2	0,2	0,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,1	0,2	0,5	0,4	0,8	0,7	1,1

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,6	8,7	9,4	12,4	11,3	12,4	13,9	14,3
---	-----	-----	-----	------	------	------	------	------

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

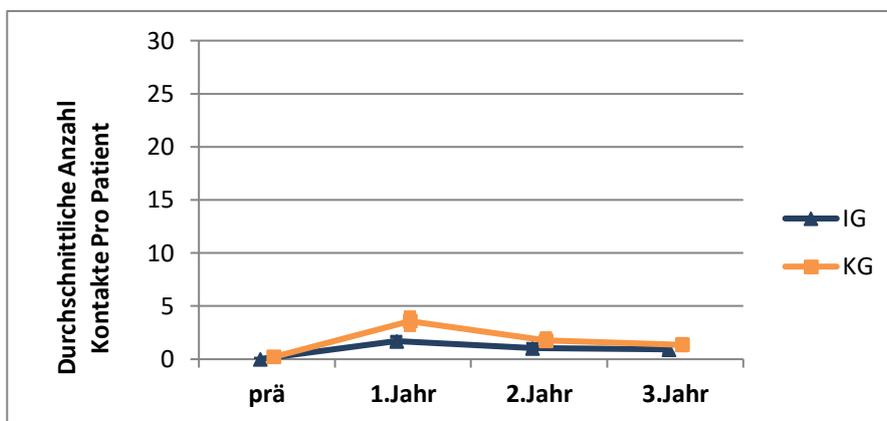
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

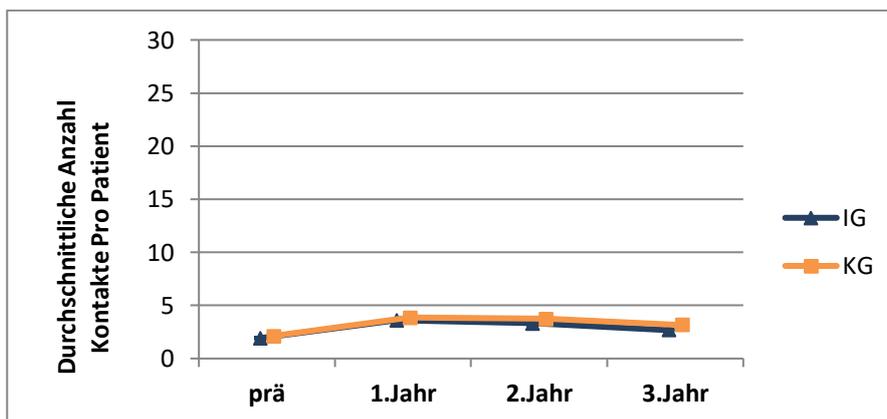
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

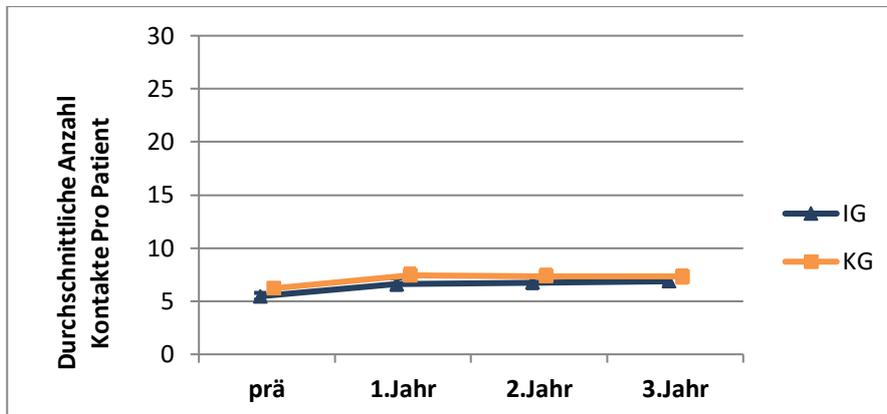
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

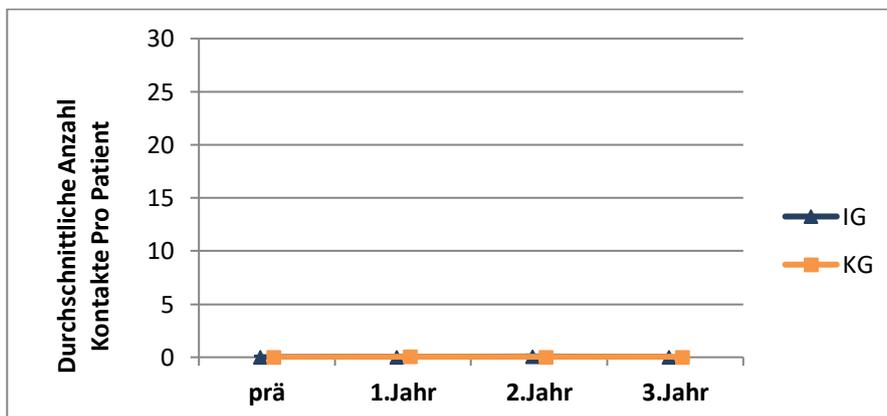


- bei anderen Vertragsärzten (E)

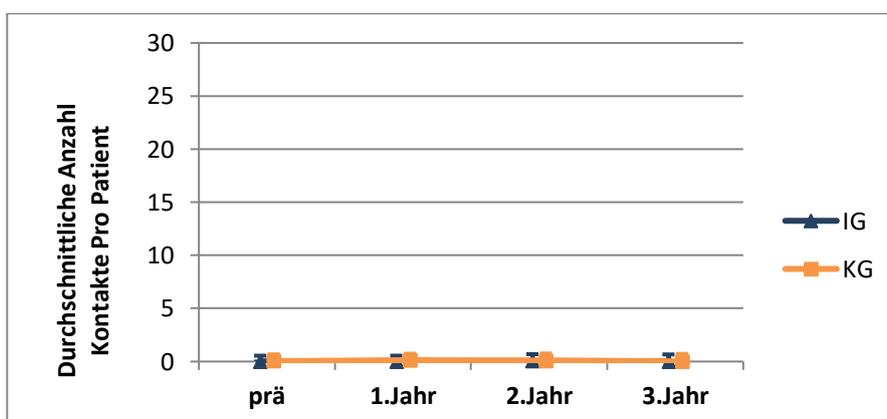


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

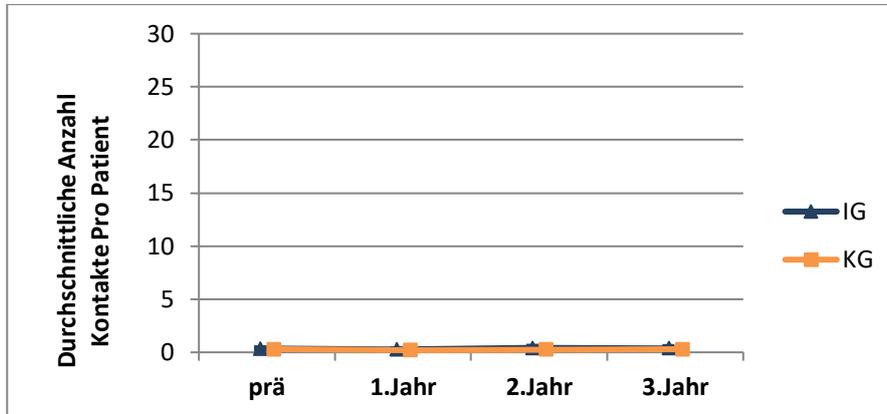
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

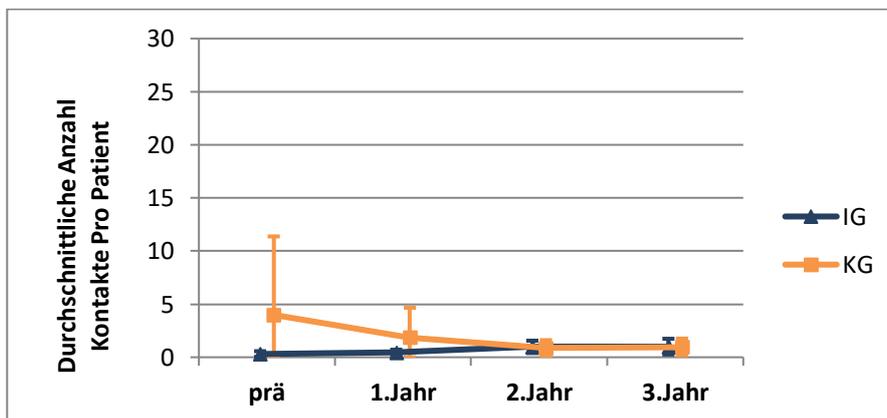


- bei anderen Vertragsärzten (F)

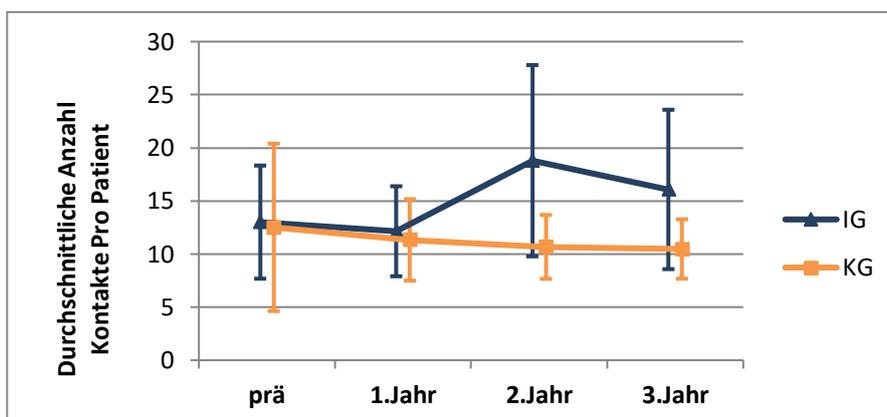


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



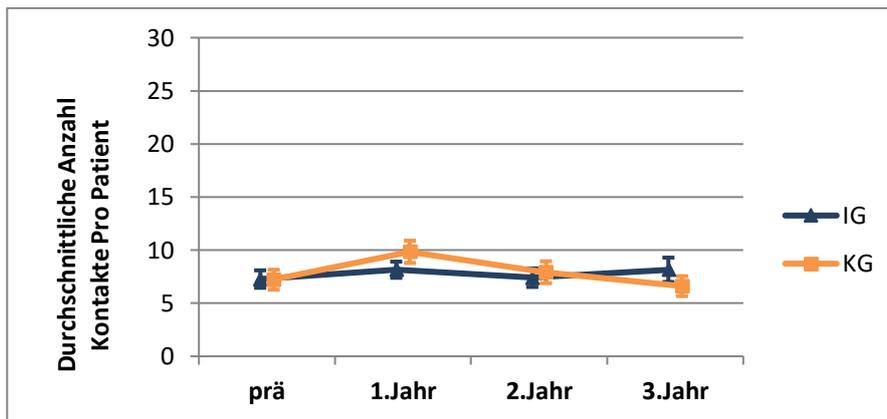
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

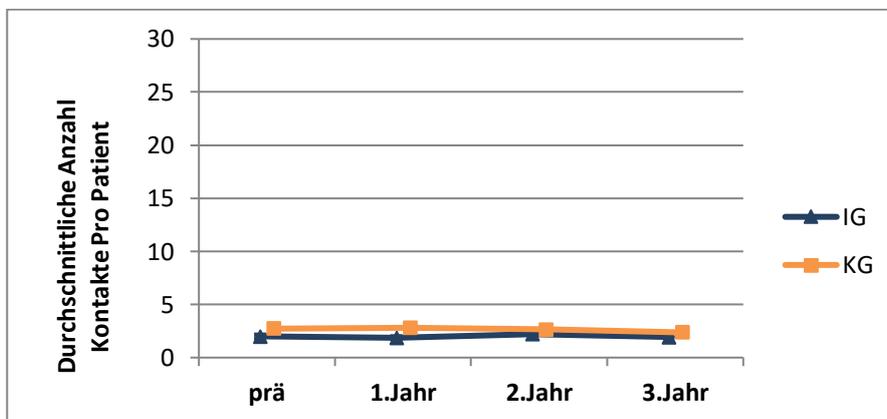
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

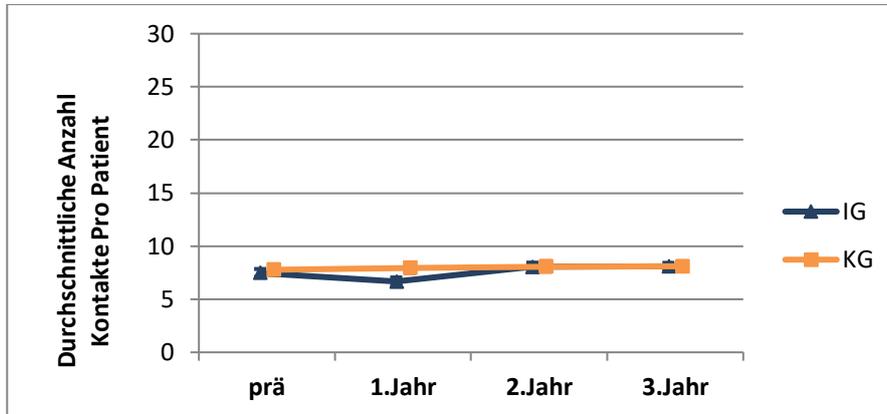
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

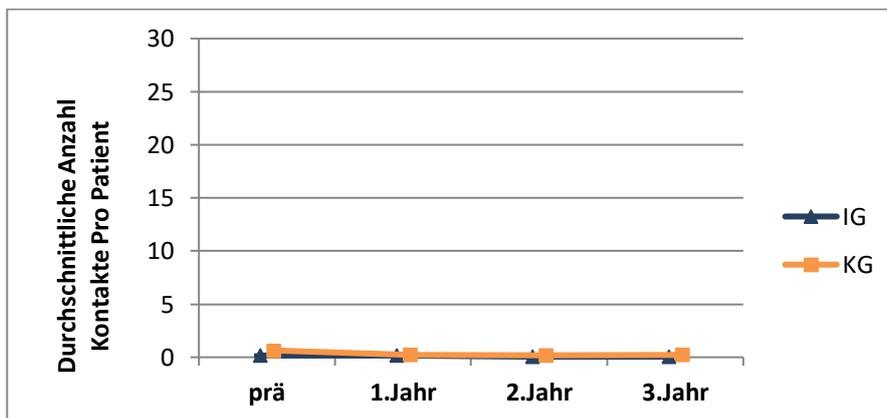


- bei anderen Vertragsärzten (E)

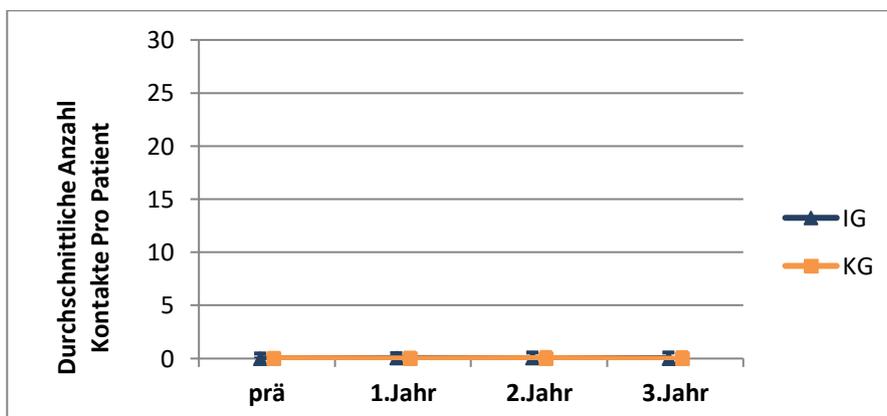


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

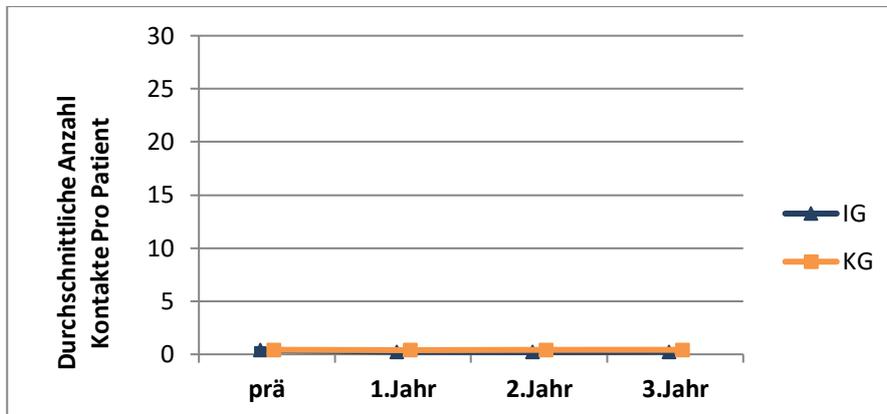
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

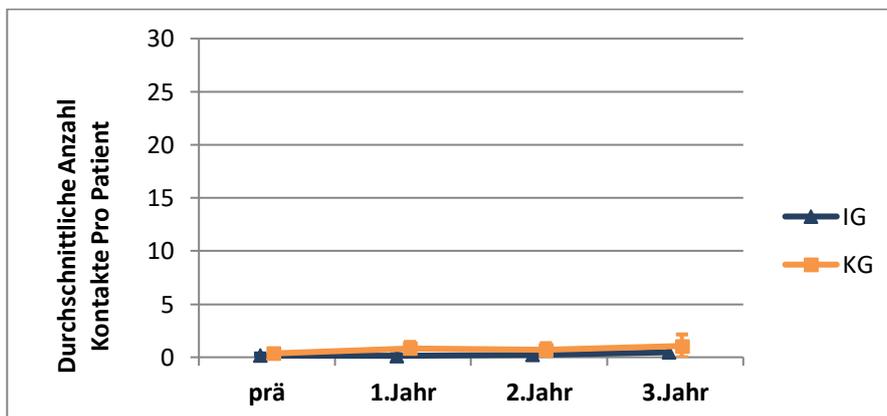


- bei anderen Vertragsärzten (F)

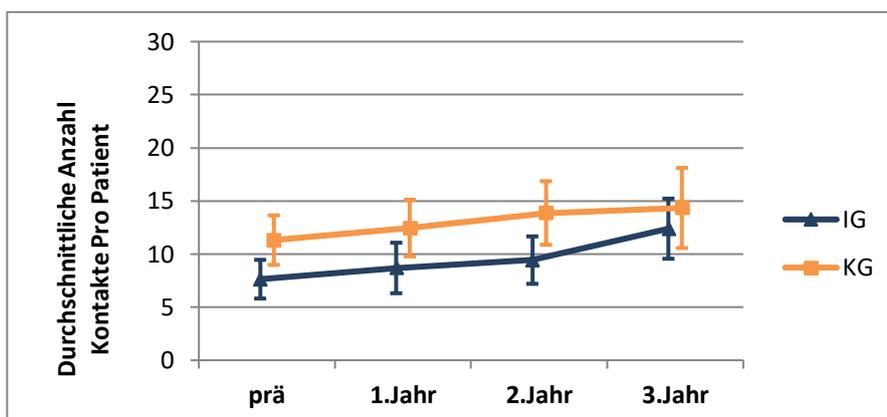


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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=479, KG=477; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=653, KG=626). 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 eines kleinen Peaks im ersten patientenindividuellen Jahr und einer geringen Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG geringer als in der KG (IG: 1,7 vs. KG: 3,6 PIA-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 IG und KG vergleichbar.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich keine relevanten Veränderungen über die Zeit in der IG bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit nahezu gleichen durchschnittlichen PIA-Kontakten über die Zeit (zwischen 7,3 und 8,2 PIA-Kontakten), während die PIA-Inanspruchnahme in der KG im ersten patientenindividuellen Jahre leicht höher (9,8 PIA-Kontakte) und im dritten patientenindividuellen Jahr leicht niedriger war (6,6 PIA-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.

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)	462	462	462	462
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	444	445	455	453
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,8	0,1	3,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,4	3,9	2,0	3,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,5	7,8	8,4	9,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,2	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,3	0,2	0,5	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,8	0,1	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,8	10,8	12,1	14,0

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

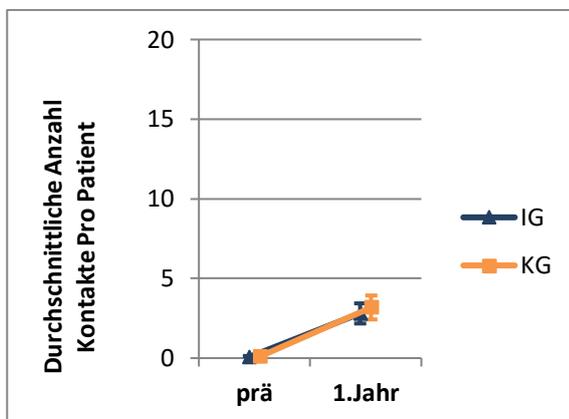
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

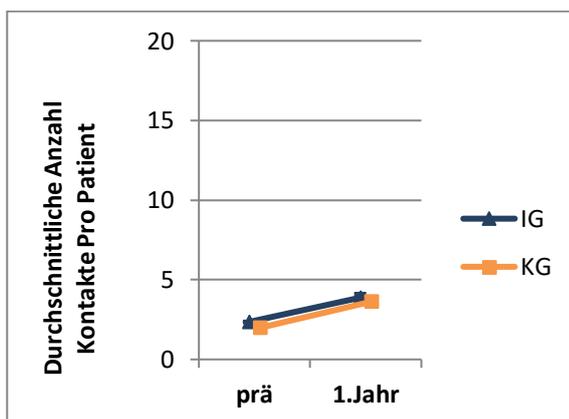
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

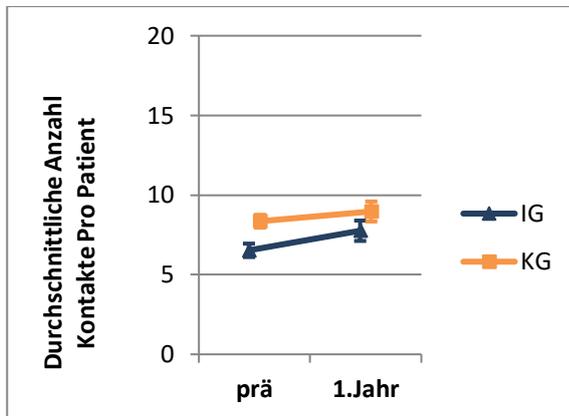
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

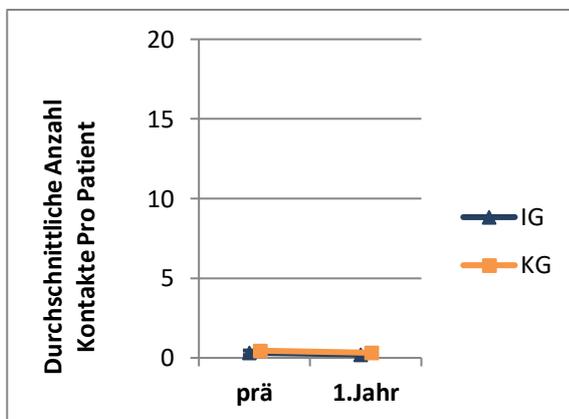
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

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)**

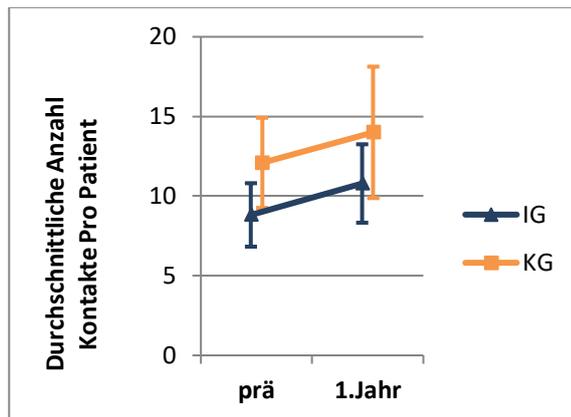


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (je n= 445) zeigte sich eine signifikant weniger starke Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG (IG: von 0,1 auf 2,8 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0,1 auf 3,2 Kontakte im 1. Jahr). 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 vergleichbar (IG: von 2,4 auf 3,9 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 2,0 auf 3,6 Kontakte im 1. Jahr). Die Inanspruchnahme bei anderen Vertragsärzten aufgrund von Indexdiagnosen nahm in der IG signifikant stärker zu als in der KG (IG: von 6,5 auf 7,8 Kontakte; KG: von 8,4 auf 9,0 Kontakte).

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

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

Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten
A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	23	535	91	69	25	474	92	61
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	6,9 %	7,7 %	10,1 %	8,0 %	9,7 %	13,0 %	8,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,4 %	12,9 %	13,2 %	18,8 %	20,0 %	13,9 %	16,3 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,8 %	44,5 %	33,0 %	44,9 %	48,0 %	41,8 %	32,6 %	37,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,0 %	13,3 %	11,0 %	10,1 %	12,0 %	11,4 %	13,0 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	3,6 %	4,4 %	2,9 %	0,0 %	4,0 %	5,4 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	3,0 %	1,1 %	4,3 %	8,0 %	3,8 %	5,4 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,7 %	21,9 %	22,0 %	31,9 %	28,0 %	25,7 %	32,6 %	29,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,8 %	37,8 %	50,5 %	29,0 %	32,0 %	38,8 %	40,2 %	41,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	18	197	42	27	17	201	42	23
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	9,1 %	9,5 %	11,1 %	11,8 %	10,9 %	21,4 %	13,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,2 %	23,4 %	21,4 %	25,9 %	23,5 %	21,4 %	31,0 %	30,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,4 %	44,2 %	35,7 %	37,0 %	52,9 %	42,8 %	31,0 %	34,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,1 %	16,2 %	16,7 %	3,7 %	5,9 %	16,9 %	11,9 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,6 %	6,6 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %	6,0 %	4,8 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	4,0 %	9,5 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,8 %	36,0 %	33,3 %	37,0 %	35,3 %	35,3 %	54,8 %	47,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	27,9 %	40,5 %	33,3 %	29,4 %	28,4 %	33,3 %	30,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	89	19	17	<10	82	25	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	4,5 %	21,1 %	17,6 %	14,3 %	11,0 %	16,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	29,2 %	21,1 %	23,5 %	0,0 %	22,0 %	44,0 %	44,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,6 %	48,3 %	31,6 %	35,3 %	42,9 %	46,3 %	32,0 %	22,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	16,9 %	10,5 %	0,0 %	0,0 %	18,3 %	12,0 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	5,6 %	10,5 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	12,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	37,1 %	47,4 %	41,2 %	14,3 %	32,9 %	56,0 %	44,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	57,1 %	28,1 %	31,6 %	29,4 %	57,1 %	29,3 %	32,0 %	44,4 %

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	18	504	85	68	20	429	81	54
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	11,5 %	12,9 %	16,2 %	10,0 %	17,5 %	16,0 %	13,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,1 %	22,0 %	29,4 %	29,4 %	20,0 %	22,8 %	29,6 %	31,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,8 %	66,5 %	57,6 %	60,3 %	65,0 %	65,7 %	58,0 %	59,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	34,7 %	24,7 %	30,9 %	25,0 %	26,6 %	25,9 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	8,7 %	5,9 %	4,4 %	5,0 %	7,7 %	7,4 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,8 %	9,3 %	8,2 %	10,3 %	15,0 %	9,8 %	9,9 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	11,1 %	36,1 %	44,7 %	48,5 %	30,0 %	42,4 %	48,1 %	46,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	16,3 %	18,8 %	16,2 %	5,0 %	17,0 %	17,3 %	16,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	13	186	41	27	12	182	38	23
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	14,5 %	12,2 %	18,5 %	16,7 %	21,4 %	23,7 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,4 %	38,7 %	43,9 %	40,7 %	25,0 %	34,6 %	47,4 %	43,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,2 %	64,0 %	63,4 %	59,3 %	75,0 %	68,1 %	63,2 %	56,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,8 %	37,1 %	36,6 %	29,6 %	25,0 %	36,3 %	31,6 %	21,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	15,1 %	9,8 %	0,0 %	8,3 %	11,5 %	5,3 %	4,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	15,4 %	6,5 %	4,9 %	7,4 %	8,3 %	8,2 %	18,4 %	8,7 %
	15,4 %	55,9 %	61,0 %	59,3 %	41,7 %	59,9 %	71,1 %	69,6 %
	23,1 %	11,3 %	9,8 %	18,5 %	0,0 %	7,1 %	5,3 %	4,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	83	19	17	<10	74	23	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	0,0 %	12,0 %	21,1 %	29,4 %	20,0 %	21,6 %	17,4 %	11,1 %
	16,7 %	47,0 %	42,1 %	41,2 %	0,0 %	40,5 %	56,5 %	66,7 %
	66,7 %	66,3 %	57,9 %	58,8 %	100,0 %	75,7 %	65,2 %	55,6 %
	16,7 %	39,8 %	31,6 %	17,6 %	20,0 %	40,5 %	34,8 %	33,3 %
	0,0 %	12,0 %	10,5 %	0,0 %	0,0 %	4,1 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	7,2 %	5,3 %	5,9 %	20,0 %	9,5 %	30,4 %	22,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,7 %	59,0 %	68,4 %	70,6 %	20,0 %	60,8 %	69,6 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	33,3 %	10,8 %	5,3 %	11,8 %	0,0 %	1,4 %	4,3 %	11,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	10	453	67	59	12	394	66	41
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	10,0 %	15,5 %	13,4 %	20,3 %	25,0 %	19,5 %	16,7 %	17,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	31,1 %	40,3 %	49,2 %	25,0 %	30,5 %	33,3 %	36,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,0 %	81,2 %	82,1 %	79,7 %	75,0 %	84,3 %	74,2 %	80,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,0 %	54,1 %	47,8 %	57,6 %	33,3 %	52,0 %	42,4 %	31,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,0 %	10,6 %	9,0 %	1,7 %	8,3 %	12,9 %	10,6 %	7,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	40,0 %	19,2 %	19,4 %	11,9 %	25,0 %	19,8 %	24,2 %	22,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	47,5 %	53,7 %	67,8 %	50,0 %	53,0 %	53,0 %	51,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,0 %	7,9 %	4,5 %	1,7 %	8,3 %	7,1 %	9,1 %	9,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	169	33	26	<10	165	30	18
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,3 %	20,1 %	12,1 %	19,2 %	42,9 %	21,8 %	26,7 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	49,7 %	60,6 %	65,4 %	42,9 %	48,5 %	56,7 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,4 %	84,6 %	84,8 %	84,6 %	71,4 %	85,5 %	80,0 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,6 %	56,8 %	60,6 %	61,5 %	42,9 %	62,4 %	56,7 %	38,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,3 %	17,8 %	15,2 %	0,0 %	14,3 %	18,8 %	13,3 %	11,1 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	28,6 %	18,9 %	21,2 %	15,4 %	28,6 %	19,4 %	40,0 %	33,3 %
	42,9 %	69,2 %	72,7 %	80,8 %	85,7 %	74,5 %	86,7 %	77,8 %
	14,3 %	4,1 %	6,1 %	3,8 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	79	15	16	<10	65	17	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,3 %	19,0 %	20,0 %	31,3 %	33,3 %	21,5 %	17,6 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	58,2 %	73,3 %	68,8 %	33,3 %	55,4 %	70,6 %	85,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	84,8 %	93,3 %	87,5 %	100,0 %	89,2 %	76,5 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	55,7 %	66,7 %	50,0 %	33,3 %	61,5 %	52,9 %	42,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	15,2 %	13,3 %	0,0 %	0,0 %	13,8 %	11,8 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	19,0 %	33,3 %	12,5 %	0,0 %	26,2 %	52,9 %	71,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	73,4 %	93,3 %	93,8 %	66,7 %	76,9 %	88,2 %	85,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	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	392	451	230	209	275	413	199	173
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,7 %	16,4 %	20,9 %	25,8 %	27,6 %	19,6 %	24,1 %	31,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,1 %	8,9 %	10,0 %	10,5 %	9,1 %	11,9 %	8,0 %	6,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	32,9 %	35,0 %	28,3 %	26,3 %	32,4 %	32,2 %	33,7 %	33,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,9 %	11,5 %	5,2 %	9,1 %	12,4 %	9,0 %	12,1 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,6 %	2,0 %	0,9 %	1,4 %	2,9 %	2,7 %	0,5 %	1,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	3,3 %	3,0 %	1,4 %	2,5 %	3,6 %	2,5 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,8 %	26,2 %	30,9 %	36,8 %	37,5 %	32,2 %	32,2 %	38,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,6 %	43,9 %	45,2 %	43,5 %	38,2 %	41,6 %	40,7 %	34,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	264	275	153	129	216	273	131	129
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,4 %	23,6 %	29,4 %	32,6 %	32,4 %	26,0 %	36,6 %	40,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,3 %	12,4 %	11,8 %	12,4 %	11,1 %	15,0 %	9,9 %	7,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,5 %	35,3 %	29,4 %	25,6 %	34,7 %	35,5 %	27,5 %	34,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,8 %	16,0 %	5,9 %	10,9 %	13,0 %	11,0 %	8,4 %	12,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	5,3 %	3,3 %	1,3 %	2,3 %	3,7 %	4,0 %	0,8 %	1,6 %
	3,4 %	3,6 %	3,3 %	0,8 %	2,8 %	4,0 %	1,5 %	3,9 %
	37,1 %	37,5 %	41,2 %	45,7 %	44,4 %	42,1 %	46,6 %	49,6 %
	36,0 %	34,5 %	35,9 %	35,7 %	31,9 %	31,1 %	37,4 %	26,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	161	157	101	100	91	134	80	84
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	33,5 %	28,7 %	37,6 %	36,0 %	42,9 %	34,3 %	40,0 %	48,8 %
	8,1 %	14,0 %	12,9 %	13,0 %	7,7 %	9,0 %	6,3 %	3,6 %
	29,8 %	34,4 %	28,7 %	25,0 %	31,9 %	32,1 %	28,8 %	26,2 %
	8,1 %	15,3 %	6,9 %	12,0 %	8,8 %	9,0 %	8,8 %	10,7 %
	7,5 %	2,5 %	1,0 %	2,0 %	4,4 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %
	3,1 %	3,8 %	2,0 %	1,0 %	3,3 %	2,2 %	0,0 %	6,0 %
	43,5 %	43,3 %	49,5 %	50,0 %	53,8 %	45,5 %	46,3 %	52,4 %
	37,9 %	32,5 %	30,7 %	33,0 %	33,0 %	30,6 %	35,0 %	29,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <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	285	398	205	189	231	346	171	145
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,8 %	24,9 %	37,1 %	36,5 %	46,3 %	30,9 %	36,3 %	42,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,0 %	16,8 %	21,5 %	20,1 %	13,0 %	22,0 %	14,0 %	14,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	59,3 %	58,0 %	55,1 %	54,0 %	60,2 %	57,8 %	56,1 %	55,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,6 %	25,4 %	21,5 %	24,9 %	31,2 %	28,0 %	30,4 %	27,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,0 %	4,5 %	4,9 %	4,2 %	6,1 %	6,9 %	2,9 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,1 %	9,3 %	10,2 %	10,6 %	10,0 %	9,2 %	7,6 %	11,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,3 %	42,5 %	56,6 %	56,1 %	59,7 %	51,7 %	50,9 %	57,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,9 %	21,1 %	16,1 %	16,4 %	15,6 %	19,1 %	22,2 %	13,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	204	241	139	118	180	233	111	106
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	52,5 %	36,1 %	49,6 %	48,3 %	55,0 %	38,6 %	52,3 %	53,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	20,7 %	24,5 %	24,6 %	14,4 %	28,3 %	17,1 %	17,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	61,8 %	58,9 %	55,4 %	55,1 %	61,7 %	61,4 %	55,0 %	57,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,9 %	29,9 %	25,2 %	25,4 %	32,2 %	31,3 %	30,6 %	28,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,3 %	7,5 %	7,2 %	5,9 %	7,8 %	9,9 %	4,5 %	5,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	9,8 %	9,1 %	11,5 %	11,0 %	11,1 %	9,9 %	5,4 %	11,3 %
	66,2 %	58,1 %	71,2 %	72,0 %	70,0 %	65,2 %	70,3 %	71,7 %
	11,8 %	12,9 %	11,5 %	9,3 %	11,1 %	12,0 %	16,2 %	8,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	135	136	93	91	74	116	66	63
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	58,5 %	42,6 %	61,3 %	52,7 %	67,6 %	47,4 %	59,1 %	66,7 %
	18,5 %	24,3 %	26,9 %	25,3 %	9,5 %	24,1 %	13,6 %	9,5 %
	60,0 %	64,0 %	54,8 %	57,1 %	64,9 %	63,8 %	62,1 %	55,6 %
	25,9 %	31,6 %	23,7 %	23,1 %	29,7 %	27,6 %	28,8 %	23,8 %
	8,9 %	6,6 %	7,5 %	5,5 %	10,8 %	8,6 %	1,5 %	4,8 %
	11,1 %	11,8 %	14,0 %	11,0 %	8,1 %	8,6 %	4,5 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,1 %	67,6 %	83,9 %	76,9 %	79,7 %	73,3 %	72,7 %	76,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,4 %	5,9 %	6,5 %	5,5 %	9,5 %	7,8 %	13,6 %	9,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
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	199	299	145	136	186	281	128	114
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	57,8 %	29,8 %	44,1 %	44,1 %	65,6 %	37,0 %	42,2 %	51,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,6 %	28,1 %	25,5 %	27,2 %	17,7 %	26,7 %	20,3 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,9 %	78,3 %	73,8 %	82,4 %	83,9 %	77,9 %	80,5 %	80,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,2 %	47,5 %	49,7 %	46,3 %	58,6 %	51,6 %	46,9 %	51,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,5 %	7,7 %	4,8 %	5,9 %	12,9 %	12,8 %	4,7 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,6 %	20,1 %	21,4 %	25,0 %	25,3 %	21,4 %	25,0 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,9 %	59,2 %	66,2 %	69,1 %	77,4 %	62,3 %	60,2 %	72,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,5 %	8,4 %	6,9 %	1,5 %	1,6 %	7,5 %	8,6 %	5,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	149	198	102	86	152	193	83	86
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	69,8 %	37,9 %	55,9 %	57,0 %	72,4 %	44,0 %	60,2 %	62,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,1 %	32,8 %	25,5 %	32,6 %	19,1 %	33,2 %	25,3 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,9 %	80,8 %	73,5 %	82,6 %	84,2 %	81,3 %	77,1 %	81,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,7 %	50,5 %	54,9 %	50,0 %	58,6 %	57,5 %	49,4 %	53,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,8 %	10,1 %	6,9 %	8,1 %	15,8 %	15,5 %	7,2 %	9,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	17,4 %	20,2 %	20,6 %	25,6 %	24,3 %	23,3 %	22,9 %	16,3 %
	84,6 %	71,2 %	76,5 %	86,0 %	84,9 %	74,1 %	81,9 %	84,9 %
	2,0 %	4,5 %	4,9 %	0,0 %	0,7 %	3,6 %	8,4 %	2,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	100	113	62	64	63	95	48	53
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	76,0 %	43,4 %	69,4 %	62,5 %	81,0 %	53,7 %	70,8 %	77,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,0 %	37,2 %	25,8 %	35,9 %	15,9 %	27,4 %	22,9 %	13,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,0 %	85,0 %	74,2 %	85,9 %	84,1 %	86,3 %	83,3 %	83,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,0 %	54,0 %	59,7 %	53,1 %	54,0 %	56,8 %	58,3 %	50,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,0 %	8,8 %	6,5 %	7,8 %	17,5 %	15,8 %	6,3 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,0 %	25,7 %	24,2 %	28,1 %	17,5 %	25,3 %	18,8 %	17,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	93,0 %	80,5 %	87,1 %	93,8 %	92,1 %	82,1 %	89,6 %	88,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,9 %	1,6 %	0,0 %	1,6 %	1,1 %	0,0 %	1,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

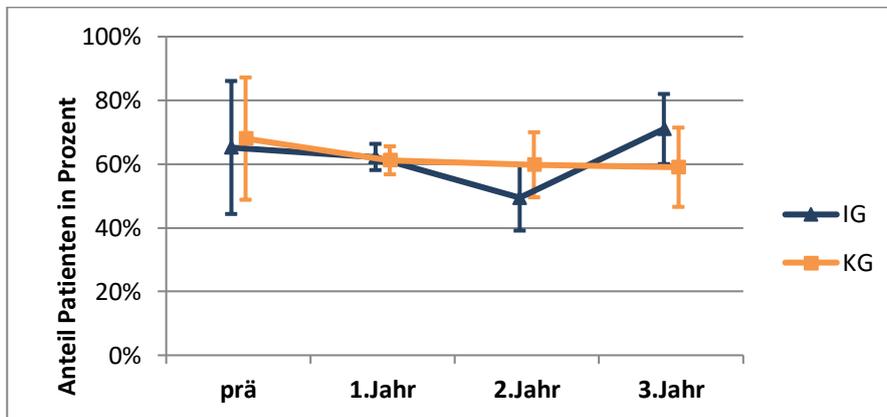
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

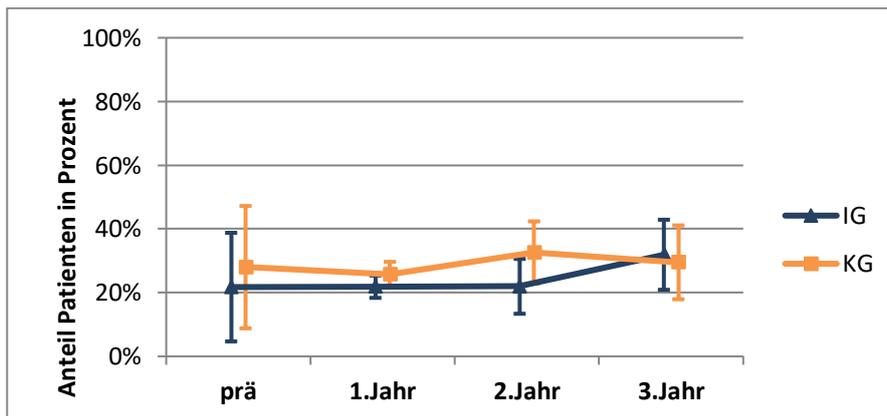
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



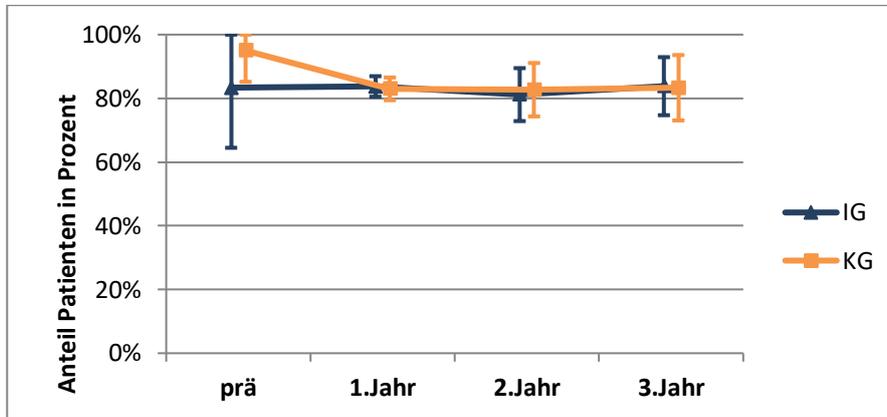
- Alle (psychiatrischer Sektor)



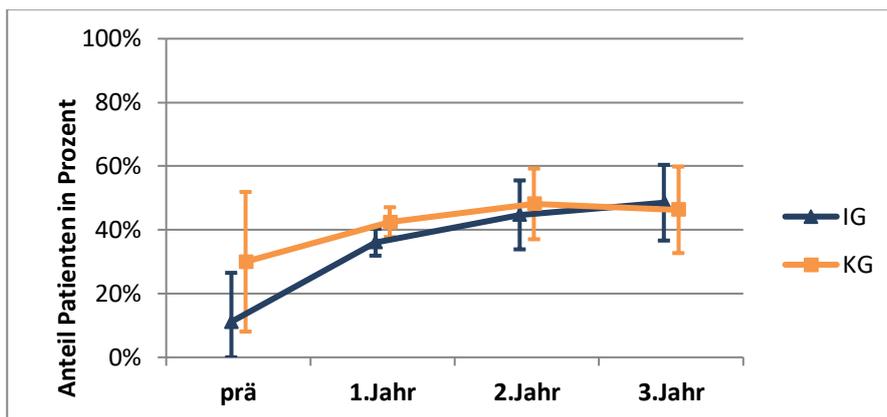
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



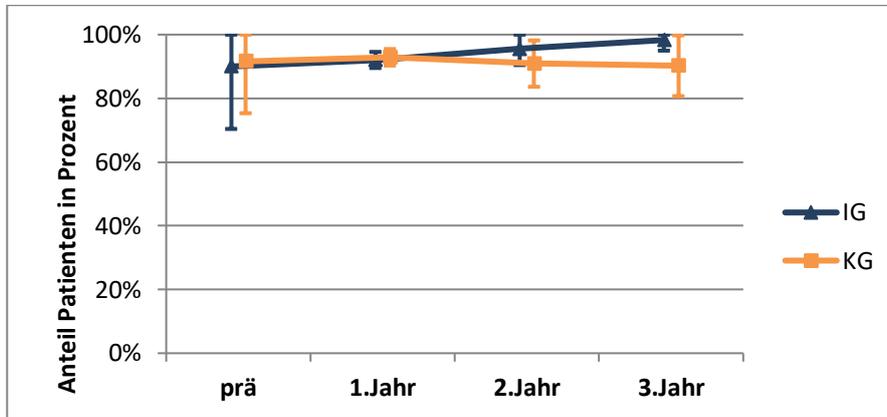
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



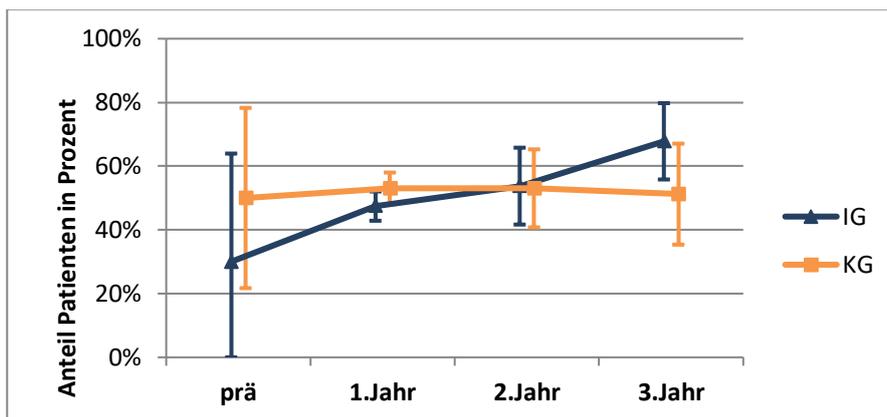
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



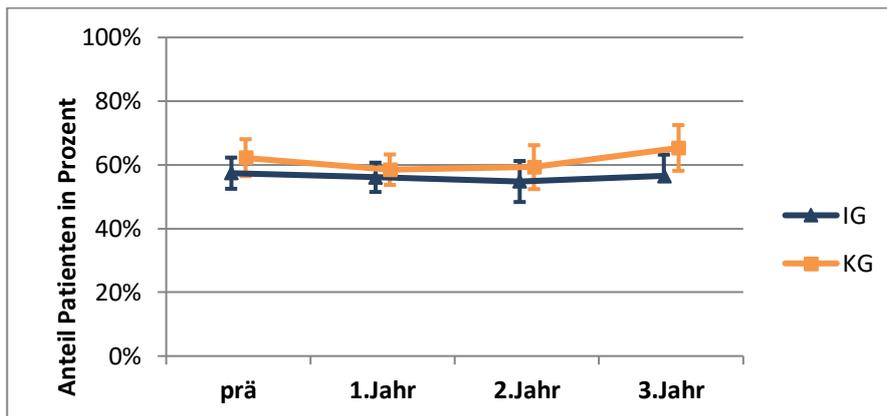
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

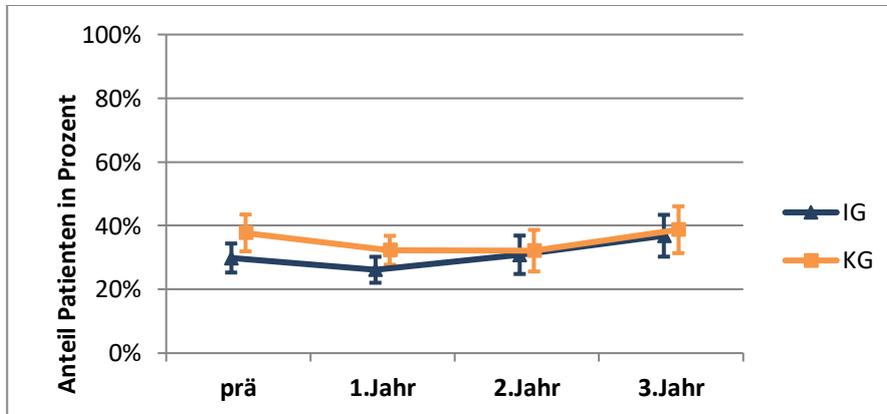
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



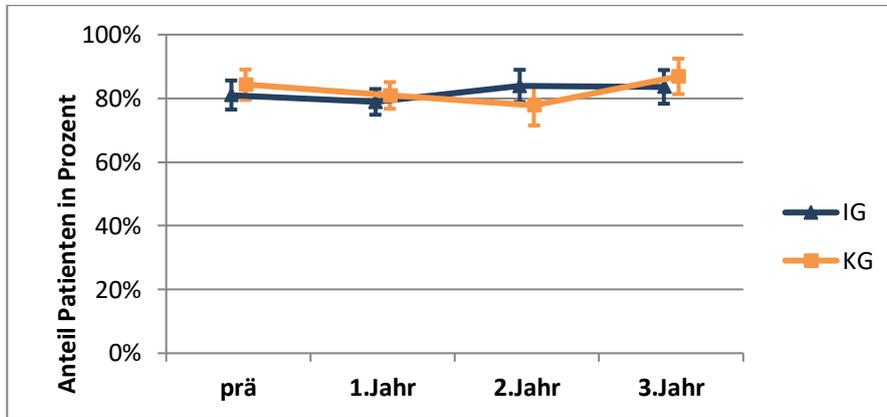
- Alle (psychiatrischer Sektor)



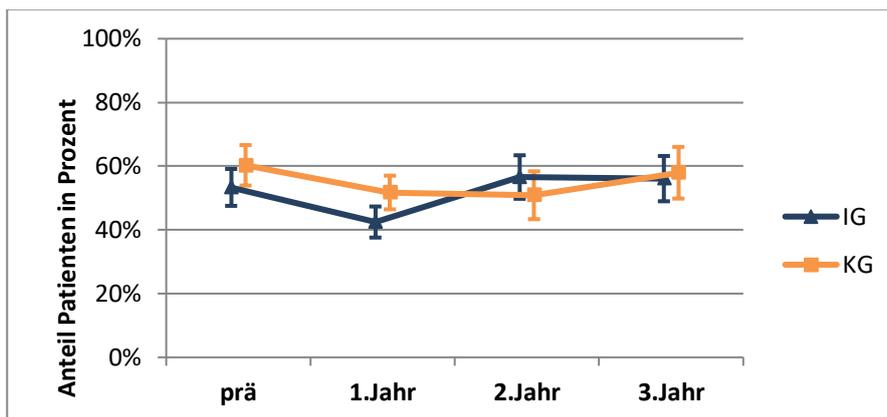
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



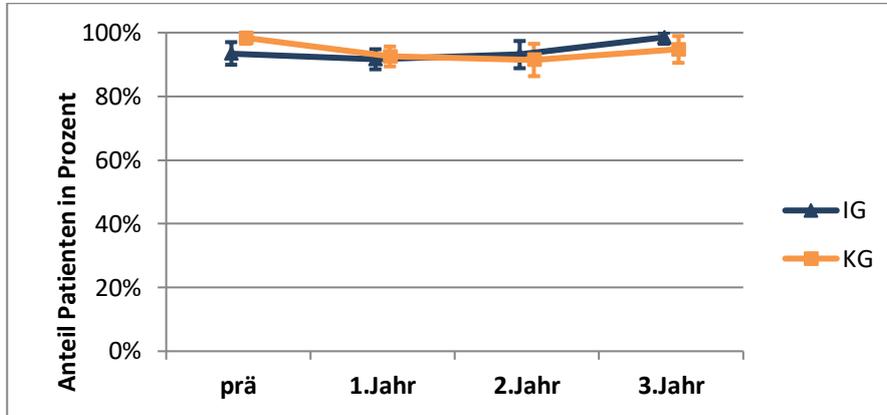
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



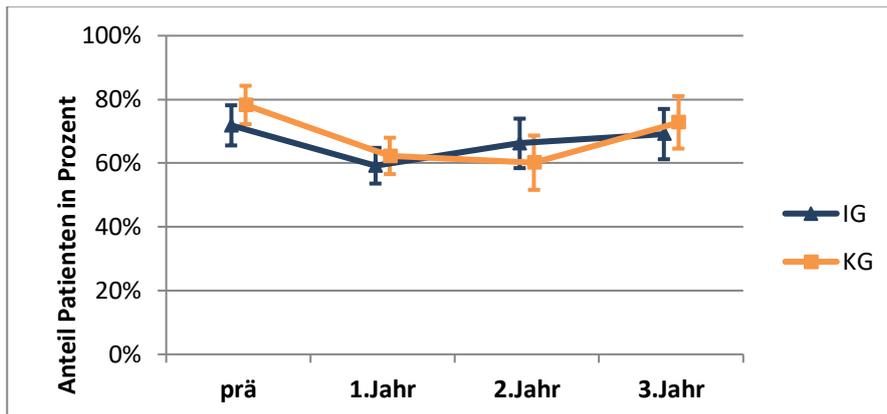
Klinikbekannte Patienten

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=535, KG=474; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=451, KG=413). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Bei den klirikneuen Patienten stieg der Anteil an Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufenthalt einen ambulanten Kontakt im psychiatrischen Bereich aufwiesen über die Zeit sowohl in der IG als in der KG (IG: prä=11,1%, 1.Jahr=36,1%, 2.Jahr=44,7%, 3.Jahr=48,5%; KG: prä=30,0%, 1.Jahr=42,4%, 2.Jahr=48,1%, 3.Jahr=46,3%). Diese Anstiege waren vergleichbar, wobei in der IG im Jahr vor Einschluss in die Evaluation weniger Patienten einen ambulanten Kontakt im psychiatrischen Bereich innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufenthalt aufwiesen als im Vergleich zur KG (IG: 11,1%; KG: 30,0%), während im dritten patientenindividuellen Jahr der Anteil in der IG etwas höher war (IG:48,5%; KG: 46,3%).

Bei den klirikbekannten Patienten fiel zunächst der Anteil der Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt einen ambulanten Kontakt im psychiatrischen Bereich aufwiesen und erhöhte sich im Verlauf der patientenindividuellen Zeit in der Evaluation. Dieser Trend war in beiden Gruppen zu beobachten (IG: prä=71,9%, 1.Jahr=59,2%, 2.Jahr=66,2%, 3.Jahr=69,1%; KG: prä=78,3%, 1.Jahr=62,3%, 2.Jahr=60,2%, 3.Jahr=72,8%).

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	14	489	25	447
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,5 %	4,0 %	8,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	14,5 %	4,0 %	11,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,1 %	36,4 %	36,0 %	44,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,3 %	12,1 %	4,0 %	10,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,9 %	8,0 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,9 %	0,0 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	26,2 %	16,0 %	23,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,7 %	41,3 %	44,0 %	38,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	206	14	191
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	16,0 %	7,1 %	9,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	22,8 %	7,1 %	17,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	37,9 %	21,4 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	13,1 %	7,1 %	11,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	3,4 %	14,3 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,4 %	0,0 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	35,9 %	28,6 %	30,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	12,5 %	34,5 %	42,9 %	34,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	97	<10	90
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,4 %	12,5 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	22,7 %	12,5 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,0 %	37,1 %	12,5 %	42,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,0 %	15,5 %	0,0 %	13,3 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,1 %	12,5 %	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,1 %	0,0 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	33,0 %	37,5 %	35,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	0,0 %	37,1 %	50,0 %	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	12	463	21	422
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,3 %	17,3 %	4,8 %	13,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	27,4 %	14,3 %	21,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	60,5 %	57,1 %	70,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	41,7 %	29,2 %	14,3 %	31,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,7 %	6,9 %	9,5 %	10,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	10,8 %	4,8 %	9,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	42,5 %	23,8 %	38,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	16,6 %	28,6 %	14,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	198	11	176
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	21,2 %	9,1 %	15,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,6 %	42,4 %	27,3 %	32,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,7 %	64,1 %	36,4 %	74,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	71,4 %	31,8 %	18,2 %	36,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	28,6 %	9,6 %	18,2 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,6 %	10,1 %	0,0 %	11,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,6 %	57,1 %	45,5 %	53,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	10,1 %	36,4 %	8,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	92	<10	81

Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	16,3 %	0,0 %	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	52,2 %	50,0 %	40,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	64,1 %	16,7 %	80,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	75,0 %	33,7 %	16,7 %	43,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	3,3 %	16,7 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	7,6 %	0,0 %	14,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	58,7 %	50,0 %	58,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	10,9 %	50,0 %	4,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	10	414	15	378
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,0 %	20,3 %	13,3 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	36,5 %	13,3 %	31,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,0 %	80,4 %	80,0 %	83,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	70,0 %	54,8 %	60,0 %	54,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,0 %	11,1 %	20,0 %	14,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	24,2 %	20,0 %	21,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	52,4 %	33,3 %	52,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	20,0 %	9,2 %	6,7 %	6,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	182	<10	158
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	24,2 %	12,5 %	19,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	56,6 %	25,0 %	44,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,0 %	89,0 %	75,0 %	87,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	80,0 %	58,8 %	75,0 %	63,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	40,0 %	15,9 %	37,5 %	15,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	20,0 %	24,2 %	37,5 %	21,5 %
	40,0 %	70,9 %	50,0 %	67,7 %
	20,0 %	3,3 %	0,0 %	3,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	82	<10	72
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	0,0 %	18,3 %	0,0 %	19,4 %
	0,0 %	65,9 %	66,7 %	55,6 %
	100,0 %	86,6 %	33,3 %	90,3 %
	100,0 %	65,9 %	66,7 %	72,2 %
	50,0 %	9,8 %	33,3 %	12,5 %
	0,0 %	23,2 %	66,7 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	72,0 %	66,7 %	73,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,9 %	0,0 %	1,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

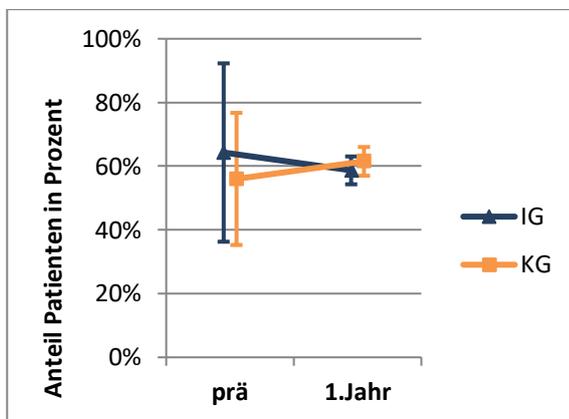
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

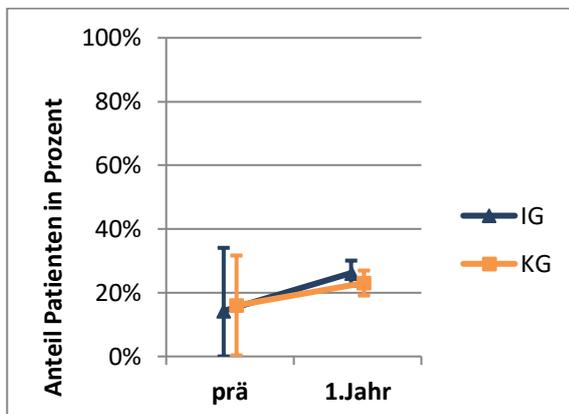
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

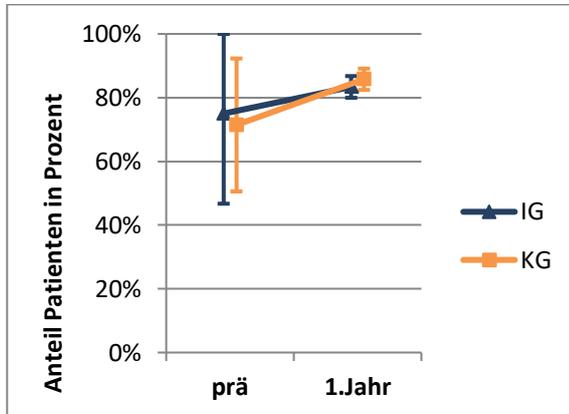


- Alle (psychiatrischer Sektor)

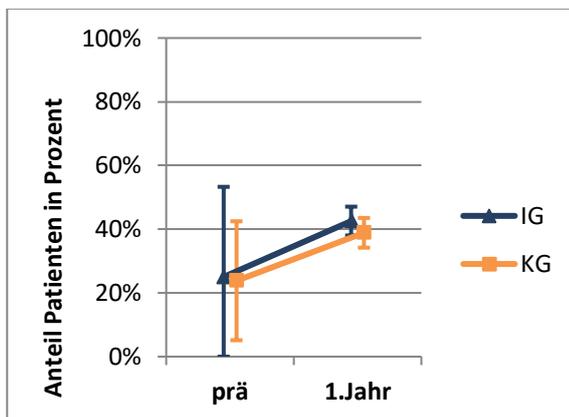


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

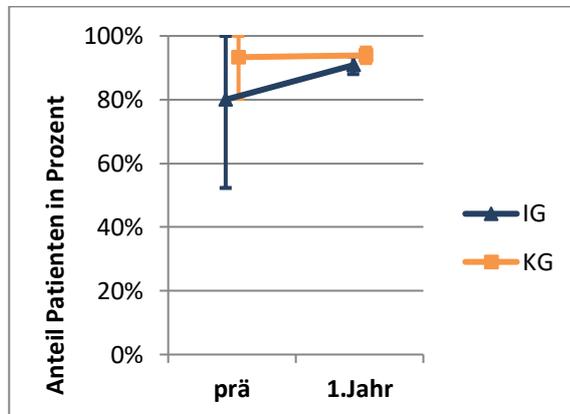
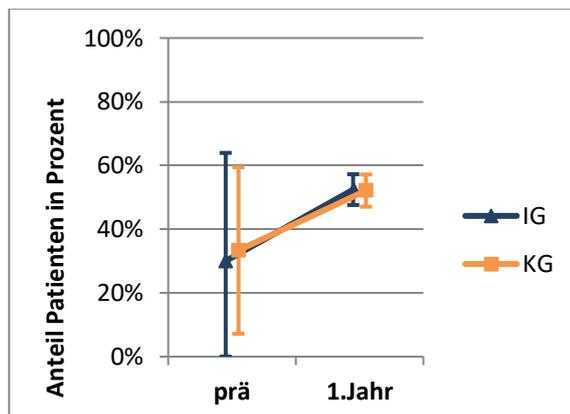
- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Interaktionsdiagramme für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigten sich vergleichbare Muster der Erhöhung der Kontinuität über die Zeit, ausgenommen der Anteil der Personen der IG, die innerhalb von 30 Tagen einen jeglichen ambulanten Kontakt aufwiesen. Hier sank die Kontinuität über die Zeit etwas.

Jedoch waren keine Unterschiede über Zeit und Gruppe statistisch signifikant.

8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

Sekundärer Outcomeparameter: Hier wurde untersucht, wie häufig und wie lange Patienten mit schweren psychischen Störungen (siehe Abschnitt „Operationalisierung der Outcomes“ im separaten Methodenband) keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem innerhalb eines einjährigen Nachbeobachtungszeitraumes (Postzeitraum) hatten. Dieser wurde in der Regressionsrechnung mit einem einjährigen 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: Interaktionsdiagramme 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 Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekanntem Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	499	499	499	499	483	483	483	483
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	479	479	446	426	469	477	442	430
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)	0,0%	1,2%	1,0%	0,0%	0,6%	1,2%	0,6%	0,4%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	676	676	676	676	645	645	645	645
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	657	653	629	608	629	626	599	584
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,6%	0,7%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	1,2%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

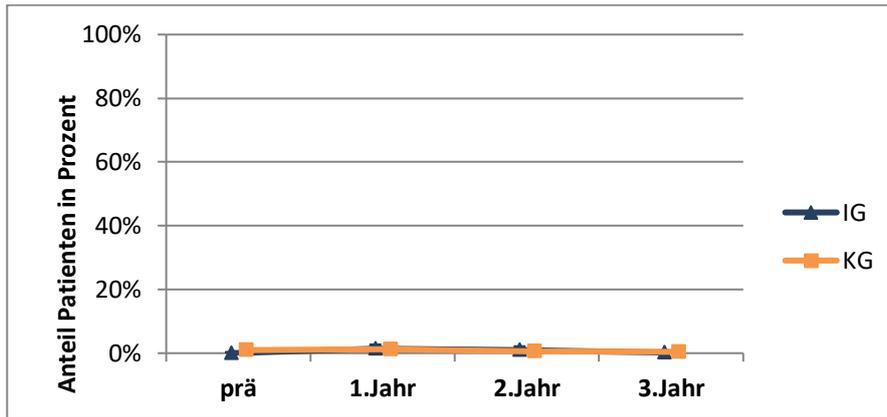
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

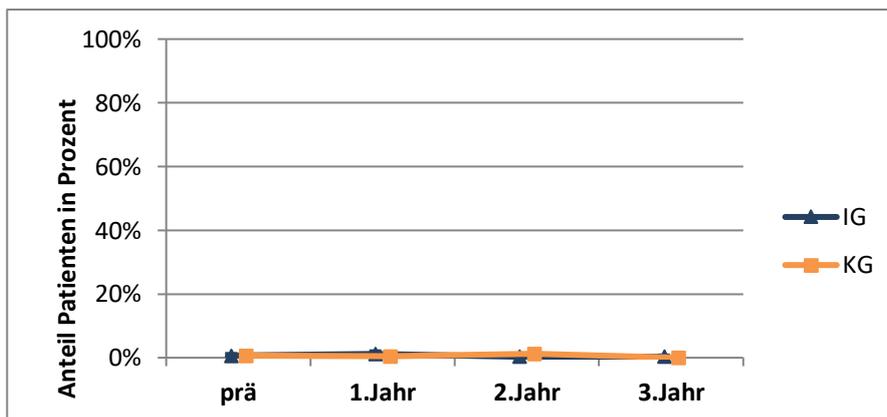
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 Krankenhaushopping ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=499, KG=483; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=676, KG=645) 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)	462	462	462	462
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	444	445	455	453
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)	0,0%	1,1%	0,0%	1,1%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	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 10: Interaktionsdiagramme 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 Interaktionsdiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

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

8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

Da eine geringe Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) aufwies (**Tabelle 5**), hat die IG auch eine geringe Anzahl an Personen, die in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit eingehen im Vergleich zur KG (Tabelle 16).

Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	253	253	253	252	282	282	281	280
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	98	220	67	59	118	229	77	59
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	21,1	77,4	18,8	15,0	21,3	67,4	16,4	12,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,7%	12,6%	6,3%	4,8%	23,4%	8,9%	3,2%	4,6%
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	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	0,9	0,1	0,2	0,1	0,8	0,0	0,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	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)	293	293	292	292	317	317	311	308
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	159	161	108	101	162	171	114	109
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,0	1,9	1,7	1,7	1,6	1,8	1,8	1,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	48,4	37,5	20,4	18,9	40,2	39,7	18,6	18,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,1%	6,1%	5,5%	3,8%	13,9%	9,5%	6,8%	4,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	16	15	<10	<10	27	20	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,2	1,1	1,8	1,5	1,4	1,2	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,5	0,8	1,1	0,5	3,2	2,7	1,0	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,3%	0,0%	0,0%

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

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

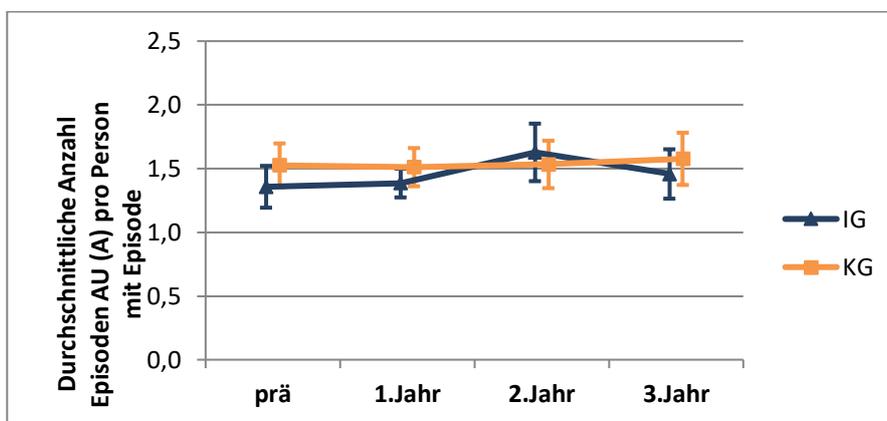
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

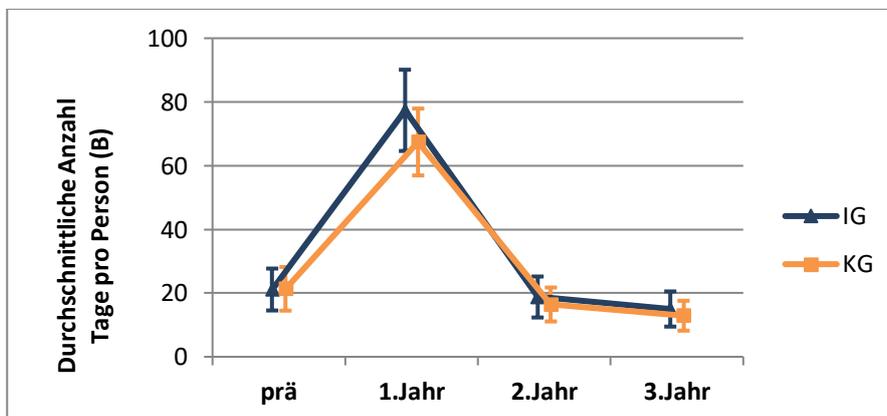
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

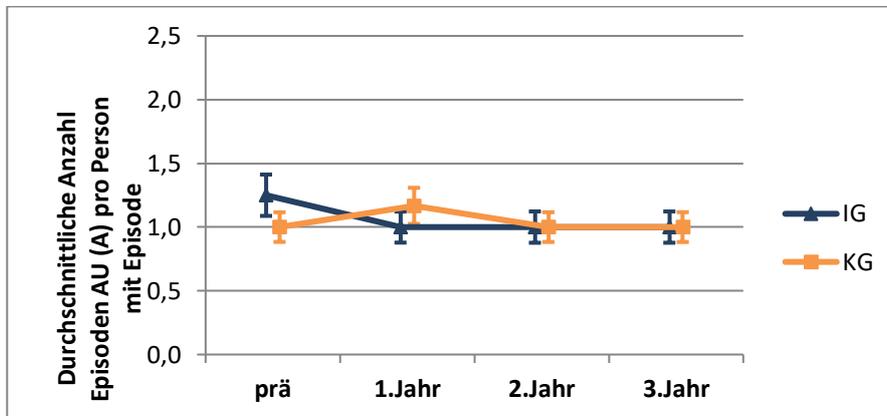


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

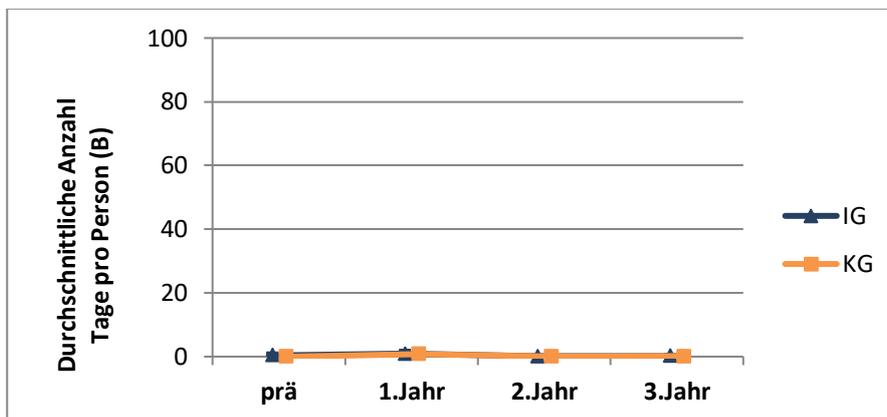


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



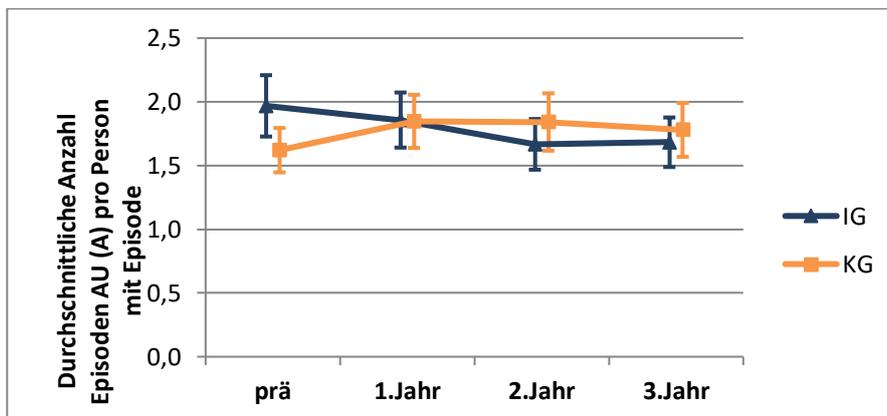
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

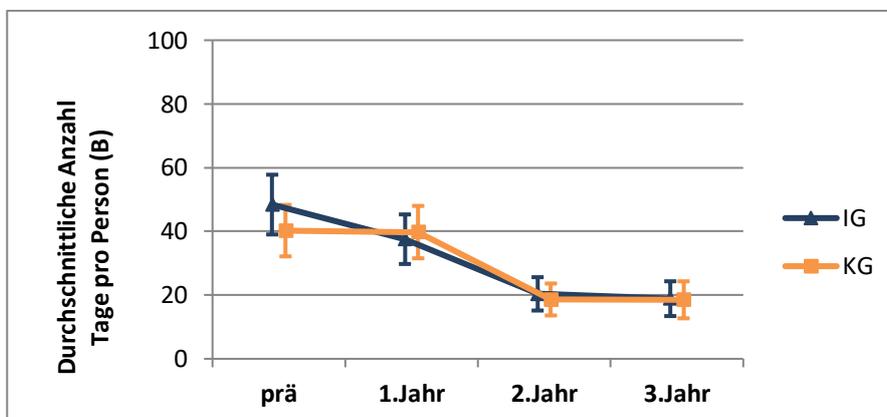
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

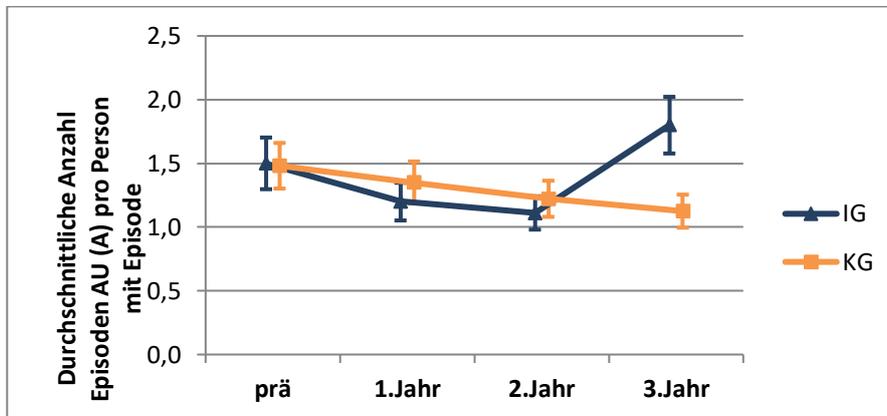


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

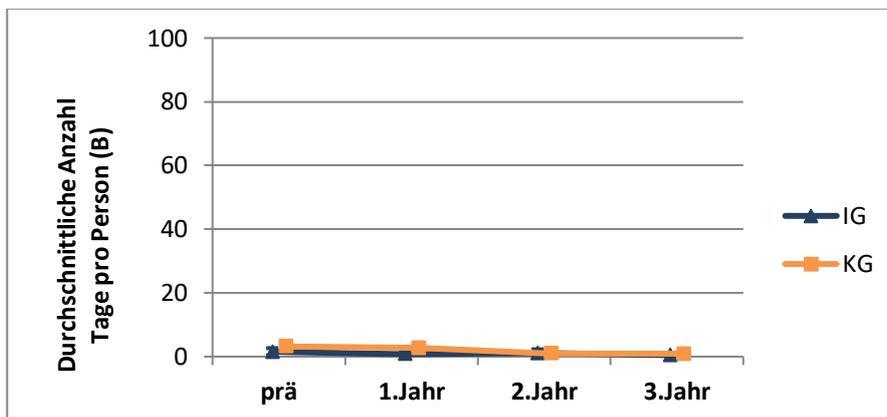


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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=253, KG=282; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=293, KG=317). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl an Episoden von 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 klirikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,4-1,6). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 10 AU-Tage höher im Vergleich zur KG (IG: 77,4 AU-Tage, KG: 67,4 AU-Tage).

Bei den klirikbekannten Patienten sank die Anzahl der AU-Tage aufgrund von Indexdiagnosen über die Jahre, war aber zwischen IG und KG vergleichbar.

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)	258	258	252	252
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	105	230	118	226
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	26,0	87,7	21,2	79,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	28,7%	14,0%	25,8%	13,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	16	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,4	2,0	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	3,5	1,5	0,4	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

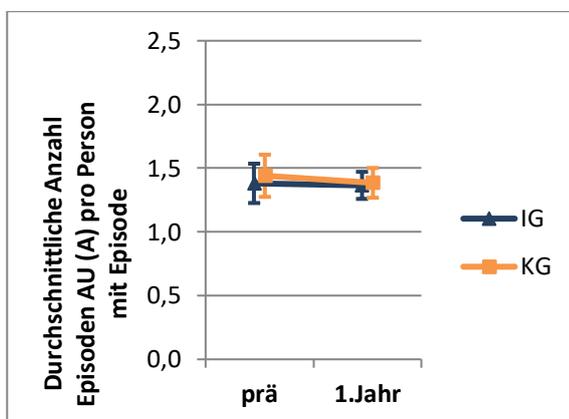
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

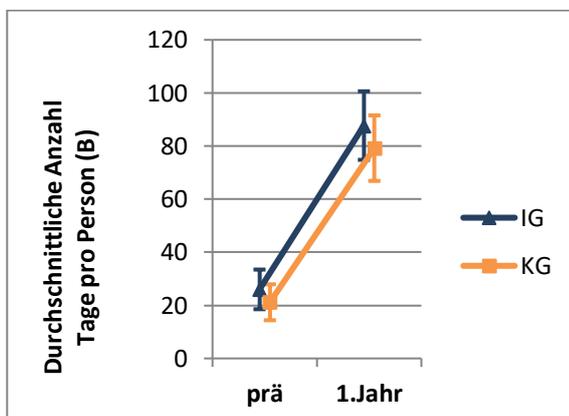
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

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)	258	258	252	252
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	105	230	118	226
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	26,0	87,7	21,2	79,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	28,7%	14,0%	25,8%	13,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	16	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,4	2,0	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	3,5	1,5	0,4	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Abbildung 12 die Interaktionsdiagramme für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 303ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=258 und 252) verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (prä: 26,0 Tage; 1. Jahr: 87,7 Tage) signifikant stärker an als in der KG (prä: 21,2 Tage; 1. Jahr: 79,2 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 Unterschied (*DiD je Modelljahr*) war in den Kohorten der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in der IG signifikant größer und im zweiten Modelljahr signifikant geringer im Vergleich zur KG (DiD-Schätzer: 1. Modelljahr=+4,93; 2. Modelljahr=-6,35 AU-Tage). Im dritten Modelljahr war der DiD-Schätzer nicht mehr statistisch signifikant.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten mit psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und bei affektiven Störungen (F30-F39).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 303 ff.).

8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

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

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

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	340	315
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	24,4% 121,6	23,5% 94,0
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	147	133
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	12,1% 129,9	12,1% 88,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	61	62
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	6,8% 148,7	6,0% 68,1

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

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

Abbildung 14: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

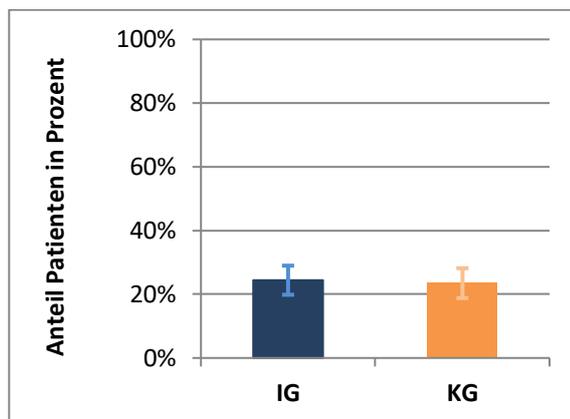
(ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt)

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)

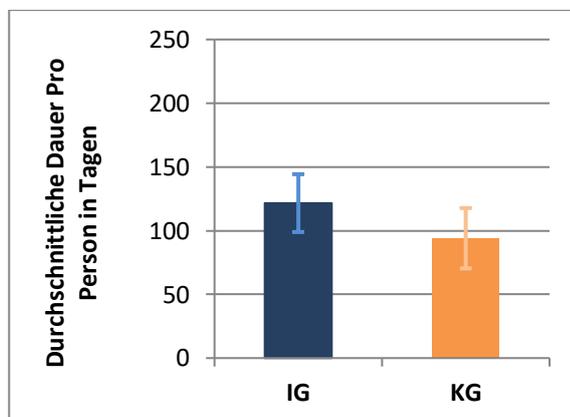


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Interaktionsdiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=328 und 307) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahrvergleichbar (IG: 24,4%; KG: 23,5%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (IG: 121,6 Tage; KG: 94,0 Tage).

Die geschätzten DiD-Parameter für die Dauer waren, über alle Patienten, statistisch signifikant.

8.2.8 Komorbidität

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

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

Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	499	499	467	451	483	483	462	449
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,8	3,1	3,2	2,9	3,8	3,1	3,2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	676	676	654	635	645	645	624	608
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,4	3,4	3,5	3,4	3,7	3,5	3,5

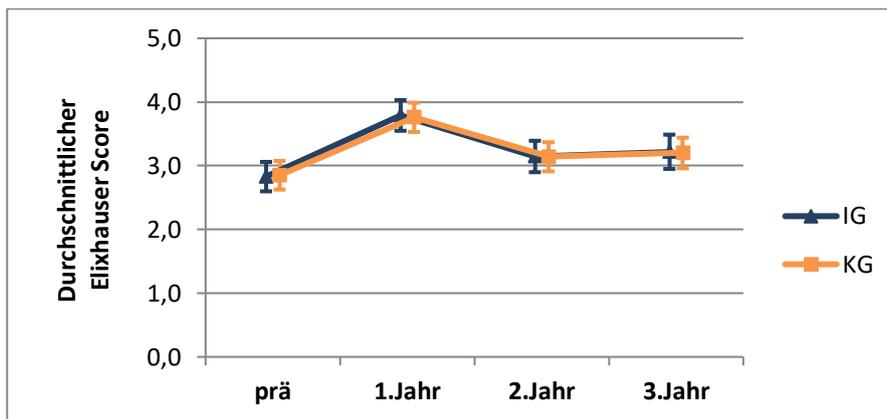
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

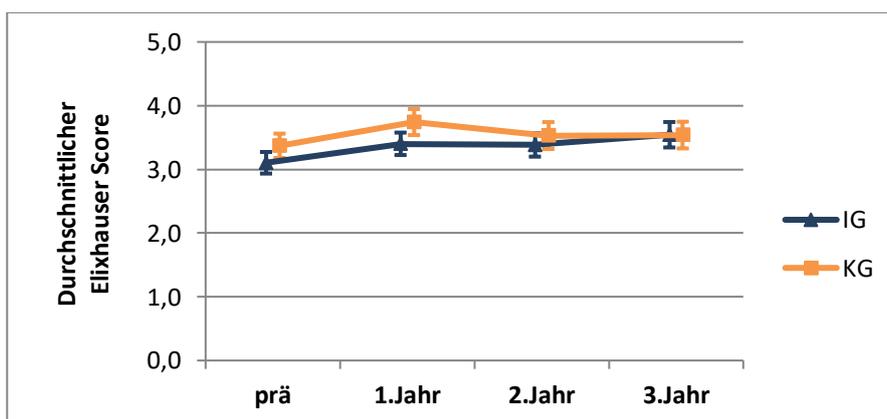


Klinikbekannte Patienten

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=499, KG=483; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=676, KG=645) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch. Die klinikneuen Patienten wiesen im ersten patientenindividuellen Jahr (IG: 3,8; KG: 3,8) im Vergleich zur Prä-Zeit (IG: 2,8; KG: 2,9) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei 3,1-3,2 lag. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,1-3,7), außer im patientenindividuell ersten Jahr. Jedoch waren kaum relevante Veränderungen über die Zeit ersichtlich.

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	462	462
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,9 3 2 - 5	4,4 4 2 - 6
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,6 2 1 - 4	2,9 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,3 1 0 - 2	1,5 1 0 - 2

Abbildung 16: Interaktionsdiagramme, 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.

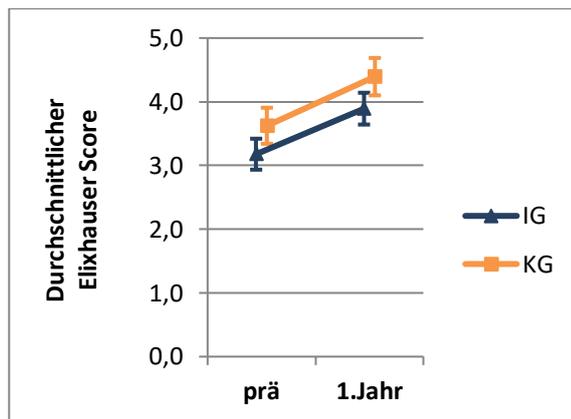
Mittlerer Elixhauser Score

Abbildung 15 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 die Interaktionsdiagramme für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

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

8.2.9 Mortalität

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	499	499	499	483	483	483
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	6,4 %	9,6 %	14,0 %	4,3 %	7,0 %	8,3 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	676	676	676	645	645	645
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	3,3 %	6,1 %	9,0 %	3,3 %	5,7 %	7,9 %

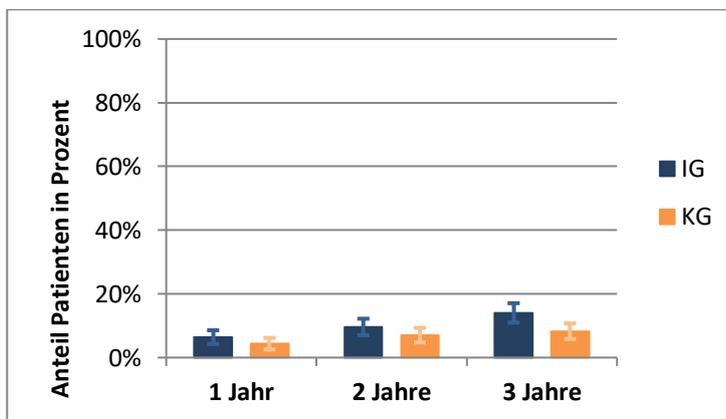
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

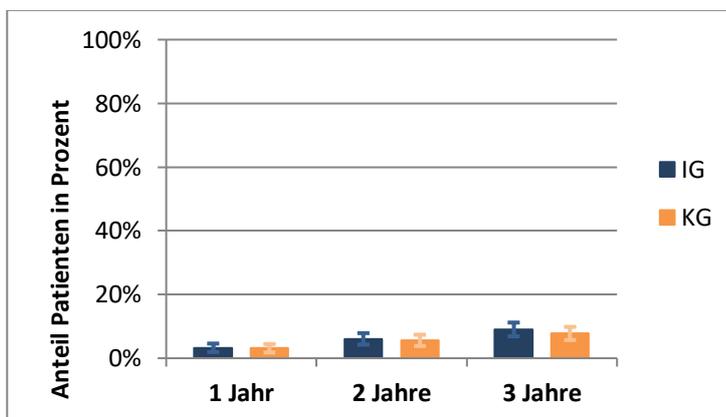


Klinikbekannte Patienten

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=499, KG=483; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=676, KG=645) zeigten sich bei Klinikneuen und Klinikbekannten Patienten leicht höhere Anteile an Verstorbenen in der Modellklinik (IG) im Vergleich zu Kontrollgruppe (KG). Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering.

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	462	462
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	6,3 %	6,5 %

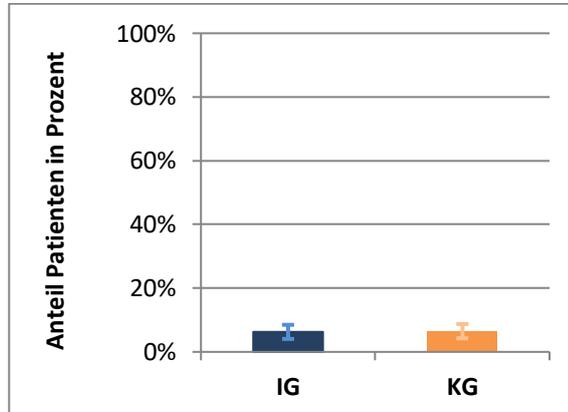
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode



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

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannt Patienten und Abbildung 18 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannt Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

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) marginal geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Dieser Unterschied war nicht statistisch signifikant.

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

Sekundärer Outcomeparameter: Hier wurde untersucht, welcher Anteil an Personen entweder aus einer leichten/mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Episode, aus einer jeglichen depressiven Episode eine rezidivierende depressive Störung oder aus keiner eine Suchterkrankung entwickelten.

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	467	451	429	462	449	443
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	145	154	152	129	134	140
• Jegliche depr. Episode ³	239	244	240	237	243	252
• ohne Suchterkrankung ⁵	353	340	322	336	326	323
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	10,3 %	14,3 %	15,1 %	15,5 %	14,2 %	15,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,7 %	2,5 %	3,3 %	2,1 %	2,5 %	3,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	22,1 %	25,3 %	27,6 %	19,0 %	21,2 %	22,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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	654	635	615	624	608	594
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	107	113	125	131	138	145
• Jegliche depr. Episode ³	258	259	256	269	271	264
• ohne Suchterkrankung ⁵	437	429	419	400	393	383
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	6,5 %	8,8 %	10,4 %	4,6 %	5,8 %	8,3 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	0,8 %	2,3 %	3,1 %	0,7 %	2,6 %	3,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	5,9 %	9,3 %	15,8 %	10,8 %	14,8 %	19,6 %

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

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

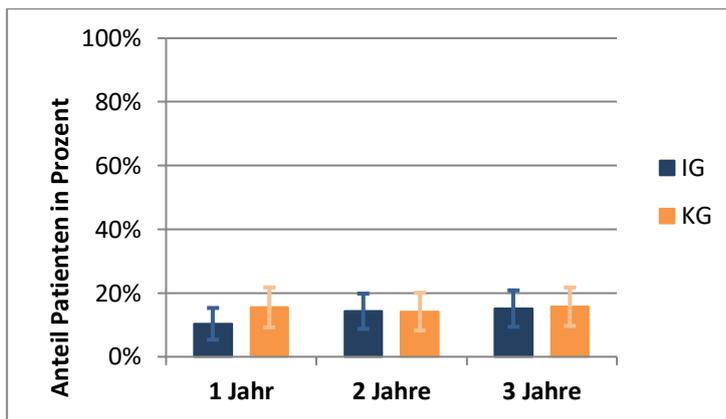
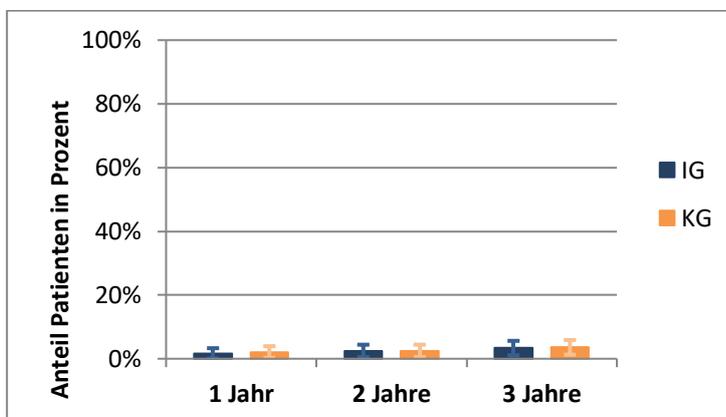
Klinikneue Patienten

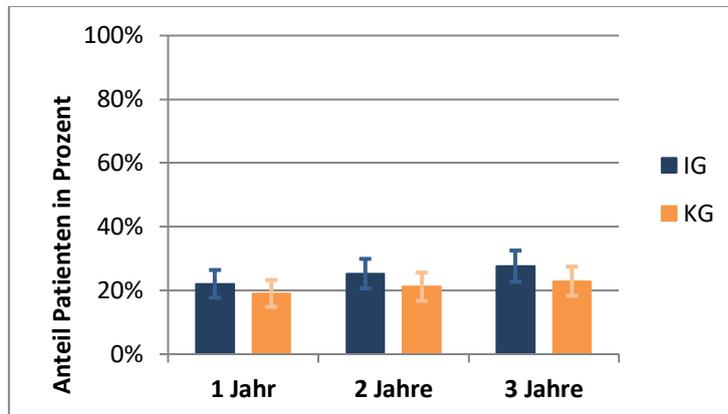
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

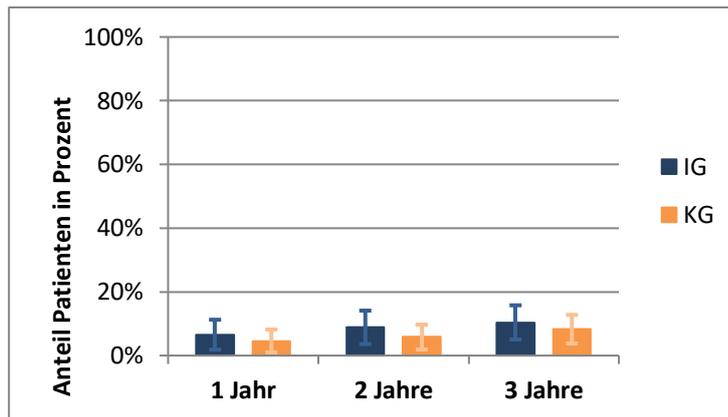
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

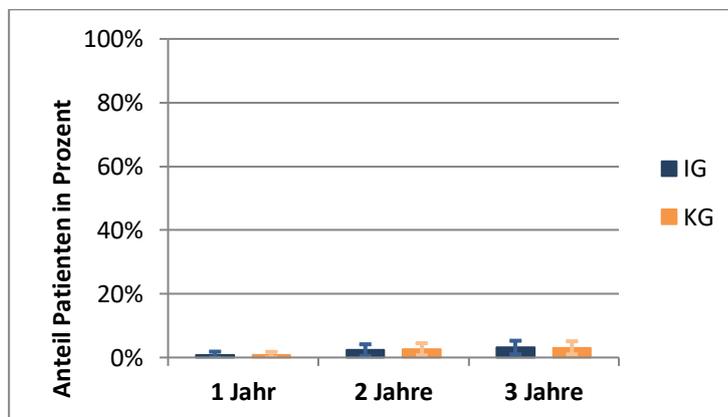
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

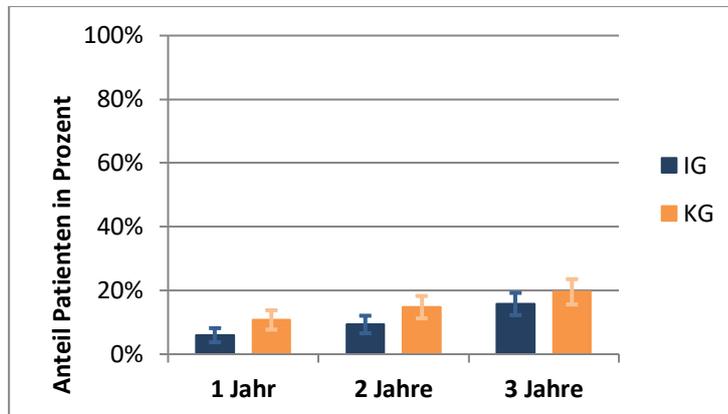
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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=467, KG=462; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=654, KG=624) 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. Der Anteil der klinikneuen Patienten mit einer Entwicklung einer Suchterkrankung war in der IG jeweils größer als in der KG (+3,0 bis 4,7%-Punkte), während diese bei klinikbekannten Patienten geringer in der IG im Vergleich zur KG waren (-3,8 bis -5,4 %-Punkte).

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	433	432
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	106	135
• Jegliche depr. Episode ³	207	234
• ohne Suchterkrankung ⁵	316	299
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	13,2 %	7,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,9 %	2,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	20,9 %	20,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

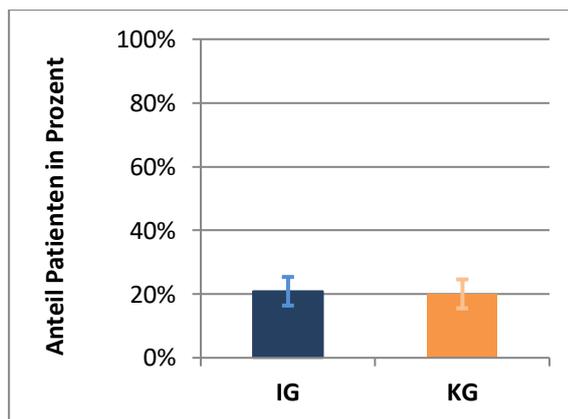
Progression C (→ Suchterkrankung)

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 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

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 von jeglicher depressiver Episode zu einer rezidivierenden depressiven Störung (*Progression B*) sowie bei der Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) in der IG und KG vergleichbar.

8.2.11 Leitlinienadhärenz

Sekundärer Outcomeparameter: Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Parametern untersucht, wie Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen mit den vorhandenen Daten übereinstimmen. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (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)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ • Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>36</p> <p>5,6 %</p>	<p>39</p> <p>5,1 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ • Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>44</p> <p>0,0 %</p>	<p>63</p> <p>1,6 %</p>

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Bei 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)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p style="text-align: center;">61</p> <p style="text-align: center;">3,3 %</p>	<p style="text-align: center;">59</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p style="text-align: center;">13</p> <p style="text-align: center;">61,5 %</p>	<p style="text-align: center;">10</p> <p style="text-align: center;">60,0 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p style="text-align: center;">25</p> <p style="text-align: center;">36,0 %</p>	<p style="text-align: center;">30</p> <p style="text-align: center;">63,3 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ • Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>116 63,8 %</p>	<p>124 56,5 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ • Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>119 16,0 %</p>	<p>151 11,9 %</p>

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

² ACT Code: N06A

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

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

Der Anteil 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) etwas höher als in der KG (Kontrollgruppe) (IG: 63,8%; KG: 56,5%).

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG numerisch höher als in der KG (IG: 16,0%; KG: 11,9%).

Die geschätzten DiD-Parameter beider Untersuchungen zeigten jedoch, dass die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind.

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 6 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 6 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 (≥ 2 Rezepte mit Antipsychotika innerhalb von 12 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 6 Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war. Zusätzlich mussten Patienten mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraumes von sechs Monaten ausgeschlossen werden, da Monitoringmaßnahmen in der PIA und medikamentöse Therapien in Krankenhaus in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich waren.

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

Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">17</p> 64,7 %	<p style="text-align: center;">16</p> 93,8 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">11</p> 63,6 %	<p style="text-align: center;">10</p> 100,0 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;"><10</p> 0,0 %	<p style="text-align: center;"><10</p> 16,7 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

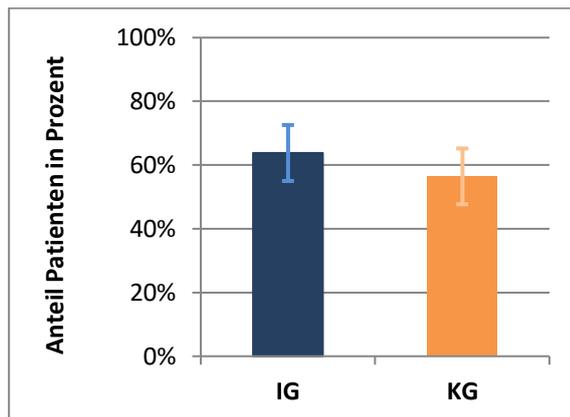
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

Abbildung 21 zeigt die Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und

Abbildung 22 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 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 251ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

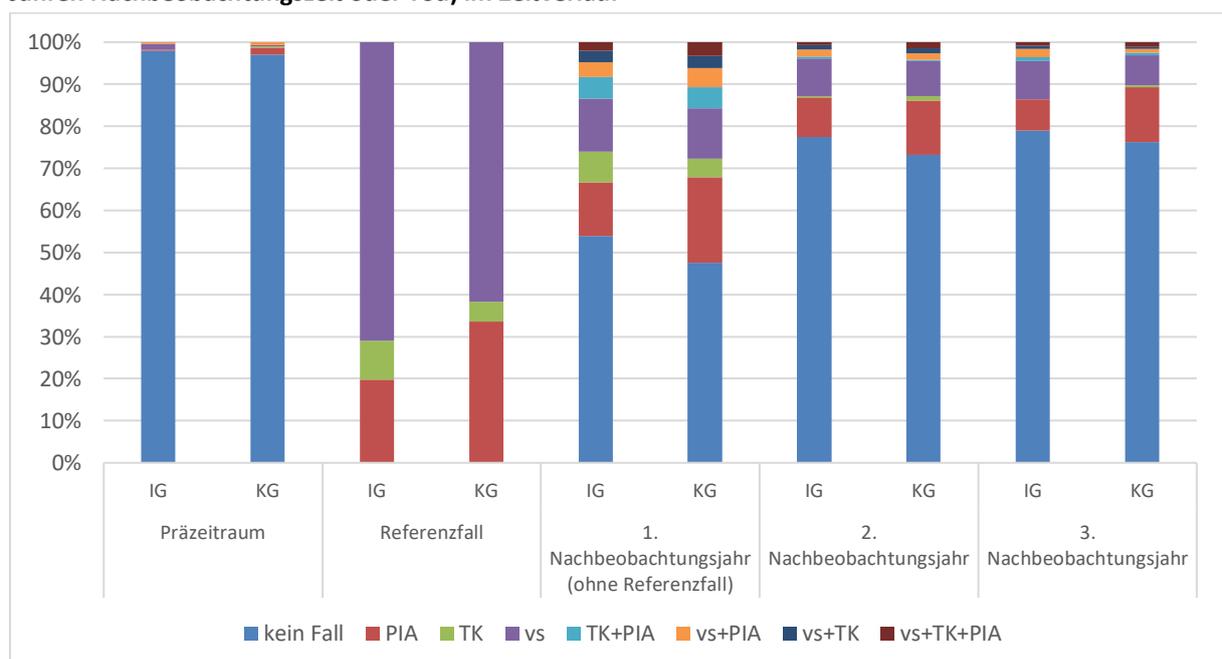
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr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

Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob-achtungsjahr			3. Nachbeob-achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA							10	16	1,000	3	7	1,000	4	5	1,000
vs+TK							14	14	1,000	5	5	1,000	3	2	1,000
vs+PIA	2	3	1,000				17	22	1,000	8	7	1,000	9	4	1,000
TK+PIA							26	24	1,000	2	2	1,000	4	3	1,000
vs	7	2	0,787	354	298	0,005	63	58	1,000	42	38	1,000	41	32	1,000
TK		1	1,000	46	23	0,009	36	21	0,446	1	5	1,000		2	1,000
PIA	1	8	0,237	99	162	<0,001	64	98	0,020	44	60	0,949	34	59	0,072
kein Fall	489	469	1,000				269	230	0,396	362	338	1,000	356	342	1,000
Gesamtergebnis	499	483	0,240	499	483	<0,001	499	483	0,188	467	462	1,000	451	449	0,686

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

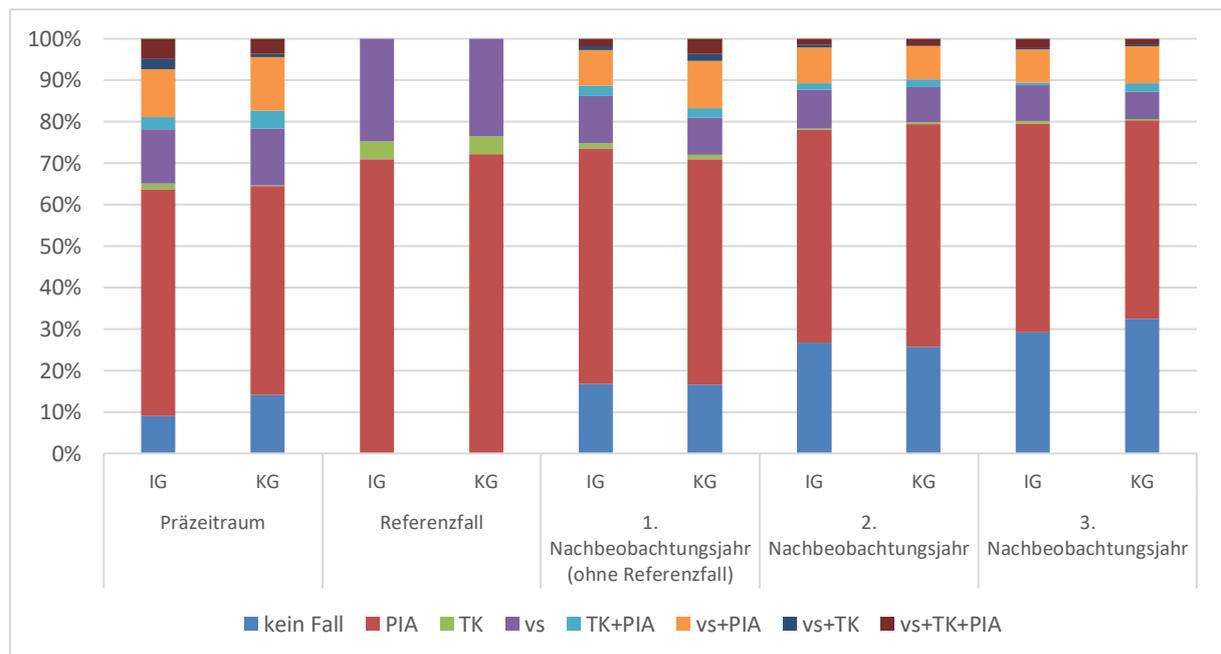


Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs- jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob- achtungsjahr			3. Nachbeob- achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	33	24	1,000				12	24	0,407	10	10	1,000	14	8	1,000
vs+TK	17	4	0,079				6	10	1,000	4	1	1,000	2	3	1,000
vs+PIA	78	84	1,000				59	74	0,939	56	50	1,000	51	54	1,000
TK+PIA	20	28	0,928				16	15	1,000	10	12	1,000	4	12	0,580
vs	88	88	1,000	167	152	1,000	77	57	1,000	62	53	1,000	55	41	1,000
TK	9	1	0,190	29	27	1,000	9	7	1,000	2	2	1,000	4	2	1,000
PIA	370	325	0,635	480	466	1,000	384	351	1,000	335	336	1,000	319	291	1,000
kein Fall	61	91	0,040				113	107	1,000	175	160	1,000	186	197	1,000
Gesamtergebnis	676	645	0,005	676	645	1,000	676	645	1,000	654	624	1,000	635	608	1,000

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigen sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,240$) der gesamten Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). Bei der Betrachtung der Referenzfälle wurden dagegen signifikante Unterschiede in den Verteilungen deutlich ($p < 0,001$): So waren die Anteile der vollstationären und tagesklinischen Referenzfälle in der IG signifikant höher als in der KG, während der Anteil der PIA-Referenzfälle in der IG signifikant niedriger war als in der KG.

Im ersten (ohne Referenzfall) und dritten Nachbeobachtungsjahr war der Anteil in der PIA behandelter Patienten in der IG signifikant niedriger als in der KG. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr gab es keine signifikanten Unterschiede im Behandlungssetting.

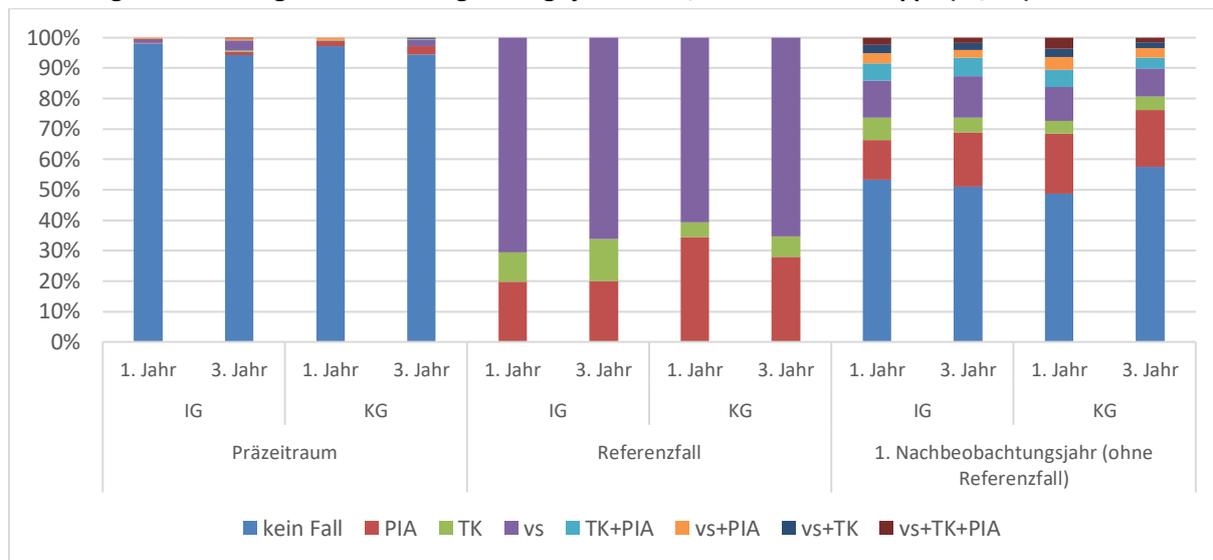
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigen sich im Prä-Zeitraum signifikante Unterschiede ($p = 0,005$) der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24). Signifikant verschieden voneinander waren die Anteile der Patienten in IG (61 Personen) und KG (91 Personen), die keinen Krankenhausfall in ihrem Prä-Zeitraum aufwiesen. Bei der Betrachtung der Referenzfälle werden jedoch keine signifikanten Unterschiede in den Verteilungen deutlich ($p = 1,00$). Im zweiten und dritten Jahr gab es keine signifikanten Unterschiede im Behandlungssetting zwischen IG und KG.

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)

Behandlungs- setting	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3						
vs+TK+PIA		1		1					12	8	19	7
vs+TK				1					14	11	14	9
vs+PIA	2	3	3						18	11	22	14
TK+PIA				1					29	28	29	17
vs	7	16	2	10	367	306	316	302	64	63	58	42
TK		2	1		50	64	25	31	38	23	22	21
PIA	1	4	8	12	103	92	179	129	67	82	103	86
kein Fall	510	436	506	437					278	236	253	266
Gesamtergeb- nis	520	462	520	462	520	462	520	462	520	462	520	462

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)

Für den Referenzfall ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede der Verteilungen zwischen Kohorte Jahr 1 und Kohorte Jahr 3 der IG sowie der KG. In der IG zeigten sich ein Anstieg der Anteile der Patienten mit tagesklinischem Referenzfall und eine leichte Verringerung des Anteils mit vollstationärem Referenzfall von Kohorte 1 zu Kohorte 3. In der KG unterschieden sich Kohorte 1 und 3 nicht statistisch signifikant voneinander. Beim Vergleich von Kohorte 1 der IG mit Kohorte 1 der KG zeigte sich ein geringerer Anteil von PIA-Referenzfällen in der IG, denen ein höherer Anteil an voll- und teilstationären Referenzfällen gegenüberstand. Der Vergleich von IG Kohorte 3 und KG Kohorte 3 ergab das gleiche Muster (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24).

Im einjährigen Zeitraum nach Beginn des Referenzfalls zeigte sich beim Vergleich von Kohorte 1 und 3 der IG kein Unterschied. Dies traf auch auf die KG zu. Beim Vergleich von Kohorte 1 der IG mit Kohorte 1 der KG zeigte sich ein signifikant höherer Anteil an vollstationären und Tagesklinikpatienten in der IG und gleichzeitig ein geringer Anteil an PIA-Patienten. Beim Vergleich von Kohorte 3 der IG mit derselben Kohorte der KG zeigte sich ein ähnliches Muster.

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

9.2 Leistungserbringung

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

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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

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

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

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	499	483	499	483	499	483	499	483	499	483	499	483	467	462	467	462
N mit mind. einem Fall	9	5	-	1	354	298	46	23	104	110	86	75	58	57	11	19
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	0,0	3,1	1,4	2,2	0,4	1,2	1,3	3,0	1,8	0,7	0,4	0,4	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	-	0,0	3,2	4,3	5,5	0,6	2,3	2,9	5,8	3,4	1,0	1,6	1,0	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	-	-	1,8	0,7	-	-	0,6	0,2	0,0	-	0,3	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,2	-	-	0,6	2,4	-	-	0,3	0,9	-	-	0,3	0,4	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	0,1	-	0,2	-	0,1	-	0,7	0,1	0,8	0,2	0,0	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,2	-	0,1	-	0,2	-	0,1	-	0,6	0,1	0,6	0,2	0,0	0,0	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,2	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	-	0,0	-	0,2	-	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,1	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	-	0,0	-	0,1	-	0,0
Gesamt	0,2	1,0	-	0,3	8,7	9,3	7,7	1,3	4,9	6,9	9,0	6,6	2,7	2,8	1,4	1,0

(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. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	499	483	499	483	499	483	499	483	499	483	499	483	467	462	467	462
N mit mind. einem Fall	9	5	-	1	354	298	46	23	104	110	86	75	58	57	11	19
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1	5		3	4	2	24	9	6	6	17	11	6	3	16	3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3	19		3	5	7	60	12	11	13	34	22	8	13	42	15
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	3	2		-	3	1	-	-	3	1	0	-	3	1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3	15		-	1	4	-	-	2	4	-	-	3	4	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1	11		62	-	0	-	3	-	3	0	5	1	0	1	2
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1	18		72	-	0	-	2	-	3	1	4	1	0	1	2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	16		-	-	-	-	-	1	1	-	0	-	1	-	3
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	11		-	-	-	-	-	1	1	-	0	-	1	-	1
Gesamt	12	97		140	12	15	84	27	24	30	52	42	22	23	59	25

(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. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	499	483	499	483	499	483	467	462	451	449
N mit mind. einem Fall	3	11	99	162	117	160	57	76	51	71
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,2	0,1	0,7	0,7	1,9	0,6	1,1	0,5	1,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,2	0,6	1,1	2,4	0,7	1,4	0,8	1,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,2	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	0,0	0,3	0,5	1,2	2,3	4,3	1,7	2,5	1,6	2,2

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. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N Gesamt	499	483	499	483	499	483	467	462	451
N mit mind. einem Fall	3	11	99	162	117	160	57	76	51	71
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,0	6,6	0,4	2,0	3,1	5,8	4,8	6,8	4,3	6,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,7	4,5	1,2	1,7	4,6	7,3	6,0	8,3	6,6	7,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	1,0	0,0	2,2	0,0	2,8	0,1	2,7	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	0,0	-	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0
Gesamt	6,7	11,1	2,7	3,7	9,9	13,1	13,8	15,2	13,8	13,9

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. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	676	645	676	645	676	645	676	645	676	645	676	645	654	624	654	624
N mit mind. einem Fall	216	200	79	57	167	152	29	27	154	165	43	56	132	114	26	25
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,7	1,7	1,7	1,1	0,7	0,5	0,6	0,4	1,3	1,2	1,1	0,7	1,5	0,8	0,6	0,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,2	5,4	5,7	1,9	1,1	1,4	1,4	0,7	2,7	3,7	2,3	1,7	2,6	2,3	1,2	0,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	0,1	0,1	-	-	0,1	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	1,8	-	-	0,5	0,7	-	-	1,7	1,6	-	-	0,9	0,9	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,2	0,4	0,3	-	0,1	-	0,1	0,0	0,3	-	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,2	1,3	0,4	-	0,1	-	0,1	0,0	0,2	-	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,1	-	0,0	-	0,1	-	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	-	-	-
Gesamt	8,2	9,7	9,1	3,7	2,4	3,0	1,9	1,4	6,1	7,1	3,4	2,8	5,2	4,2	1,9	1,6

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. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	676	645	676	645	676	645	676	645	676	645	676	645	654	624	654	624
N mit mind. einem Fall	216	200	79	57	167	152	29	27	154	165	43	56	132	114	26	25
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,4	5,5	14,8	12,1	3,0	2,0	13,5	10,6	5,8	4,5	17,3	8,2	7,5	4,3	15,1	9,6
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	13,2	17,4	48,6	21,6	4,4	5,8	31,5	16,6	12,0	14,4	35,7	19,3	12,6	12,3	31,2	20,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,0	0,1	-	-	0,2	0,1	-	-	0,4	0,2	-	-	0,3	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	4,4	5,8	-	-	2,0	3,1	-	-	7,3	6,4	-	-	4,3	4,7	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,7	3,4	3,8	-	0,3	-	1,9	0,1	1,1	-	1,9	0,3	0,6	0,2	5,4
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,7	10,8	4,5	-	0,6	-	1,6	0,1	0,9	-	2,2	0,3	0,6	0,5	4,7
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,7	-	0,2	-	0,5	-	0,9	0,7	0,2	0,1	0,4	0,2	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,4	-	0,1	-	0,5	-	0,8	0,5	0,2	0,0	0,8	0,1	-	-	-
Gesamt	25,6	31,3	77,7	42,3	9,6	12,8	45,0	32,3	27,0	27,9	53,1	32,8	25,7	22,8	47,0	39,8

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)

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	676	645	676	645	676	645	654	624	635	608
N mit mind. einem Fall	501	459	480	466	471	464	411	408	388	365
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,6	5,9	0,9	1,8	2,6	6,1	2,7	5,2	2,7	4,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,8	7,0	2,1	2,0	5,8	6,9	6,5	6,8	6,7	5,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,8	0,0	2,2	0,0	2,3	0,0	2,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,5	0,3	0,8	0,3
Gesamt	11,7	13,1	3,8	3,9	10,8	13,2	12,1	12,3	12,3	10,2

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)

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	676	645	676	645	676	645	654	624	635	608
N mit mind. einem Fall	501	459	480	466	471	464	411	408	388	365
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,2	8,3	1,3	2,6	3,7	8,4	4,3	8,0	4,4	7,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	9,2	9,8	2,9	2,8	8,4	9,6	10,4	10,4	11,0	9,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	1,1	0,0	3,1	0,1	3,6	0,1	3,5	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,3	0,1	0,1	0,4	0,3	0,9	0,4	1,3	0,5
Gesamt	15,8	18,5	5,4	5,4	15,6	18,4	19,2	18,8	20,1	17,1

Im Prä-Zeitraum ergaben sich bei der stationären Leistungserbringung keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten (TE) für die linikneuen Patienten zwischen IG und KG bzw. ließen sich aufgrund der geringen Anzahl an Personen mit Behandlungsfall keine statistischen Aussagen treffen. Im Rahmen der stationären Referenzbehandlung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Gesamtzahl der Therapieeinheiten sowohl in Bezug auf die Gesamtgruppe als auch für die Subgruppe der konkret vollstationär behandelten Patienten (vgl. Tabelle 33 und Tabelle 34). Es zeigten sich jedoch Unterschiede in der Art der Behandlung und der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen: so wurden in der IG sowohl in der Regel- als auch in der Intensivbehandlung mehr Therapieeinheiten durch Ärzte oder Psychologen erbracht; in der KG wiederum waren es mehr Therapieeinheiten durch Therapeuten oder Pflegekräfte. In der tagesklinischen ergaben sich im Referenzfall aufgrund der höheren Patientenzahlen in der IG mehr TE je Patient gesamt. Auch in der Subgruppe der tagesklinisch behandelten Patienten war eine höhere Gesamtzahl der TEs feststellbar. Im ersten Nachbeobachtungsjahr ergab sich in der vollstationären Behandlung kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG hinsichtlich der Zahl der Therapieeinheiten. Wie in der Tagesklinik auch, in der ebenfalls kein signifikanter Unterschied in der Höhe der Gesamtzahl der Therapieeinheiten bestand, wurden in der KG mehr Therapieeinheiten im Rahmen der psychotherapeutischen Komplexbehandlung erbracht. Im zweiten Jahr zeigten sich weder voll- noch teilstationär hinsichtlich der Zahl der TEs keine Unterschiede zwischen IG und KG.

Im Referenzfall in der PIA zeigten sich signifikant mehr Kontakte in der KG, wobei es sich nicht nur um den Effekt verschieden hoher Patientenzahlen handelt (vgl. Tabelle 35), da in der Gruppe der tatsächlich behandelten Patienten im Durchschnitt mehr Kontakte erfolgten (vgl. Tabelle 36). Im ersten Nachbeobachtungsjahr war die Zahl der Kontakte insgesamt in der KG höher, was vor allem auf eine intensivere Behandlung in der PIA (nicht aufsuchende Behandlung) zurückzuführen ist; in der IG wurden hingegen auch aufsuchende Behandlungen (Hometreatment) durchgeführt. In den Folgejahren ergab

sich kein Unterschied in der Gesamtzahl der Kontakte, aber auch hier zeigt sich, dass Hometreatment fast ausschließlich in der IG angeboten wurde.

Bei den klambekannt Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede in der Höhe der vollstationären TEs (vgl. Tabelle 37 und Tabelle 38). Im teilstationären Setting zeigten sich signifikant mehr TEs in der IG, sowohl für die Gesamtgruppe als auch die Subgruppe der tatsächlichen Patienten.

Für den vollstationären Bereich ergaben sich im Referenzfall keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der TEs. Auch im tagesklinischen Bereich ergaben sich keine Unterschiede. Auch im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich in der tagesklinischen Behandlung keine Unterschiede. Dies gilt gleichfalls für den vollstationären Bereich.

Im Rahmen der PIA-Behandlung zeigten sich im Prä-Zeitraum trotz einer höheren Zahl an Arzt- bzw. Psychologenkontakten in der KG keine Unterschiede hinsichtlich der Gesamtzahl der Kontakte zwischen IG und KG. Wie bei den klinikneuen Patienten zeigte sich auch hier eine höhere Zahl von Kontakten in der KG in der PIA (nicht aufsuchende Behandlung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt). Auch im Referenzfall war die KG durch eine höhere Zahl an Kontakten innerhalb der PIA gekennzeichnet. In der IG waren hingegen mehr aufsuchende Behandlungen sichtbar. Im ersten Nachbeobachtungsjahr fanden in der KG insgesamt mehr PIA-Kontakte statt, worauf sich die auf die nicht aufsuchende Behandlung beschränkt; die aufsuchende Behandlung fand fast ausschließlich in der IG statt. Trotz gleicher Gesamtzahl an Kontakten setzte sich dieses Muster in den beiden nachfolgenden Nachbeobachtungsjahren fort.

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

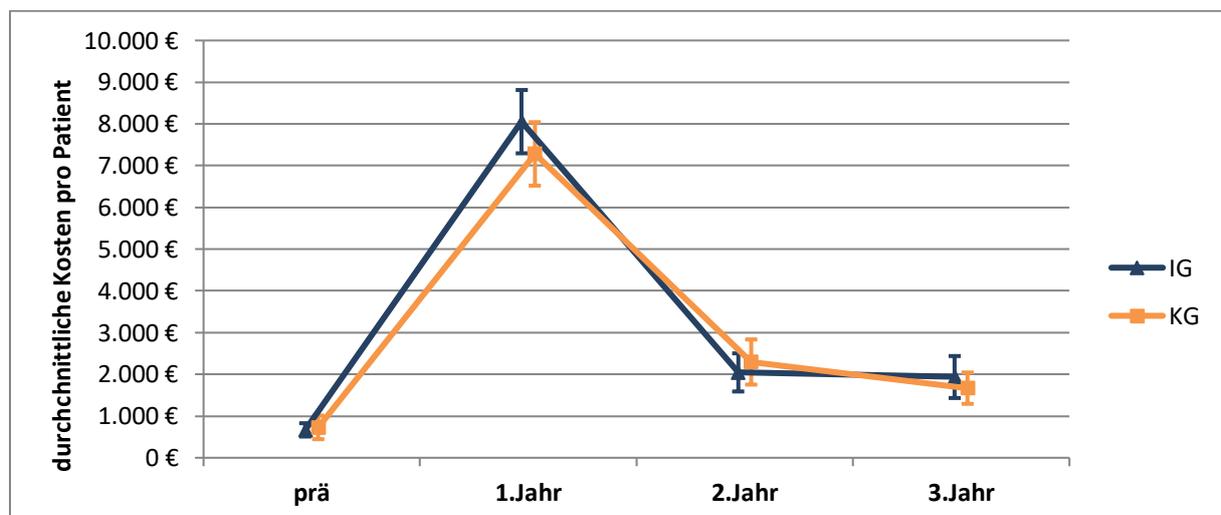
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	426	499	397	372	432	483	397	377
durchschnittliche Kosten	668,64 €	8.054,44 €	2.045,17 €	1.934,98 €	727,98 €	7.282,07 €	2.294,45 €	1.667,84 €
Standardabweichung	1.816,78 €	8.641,97 €	5.041,19 €	5.451,30 €	3.172,03 €	8.527,88 €	5.938,97 €	4.061,33 €
Minimum	0,00 €	40,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	37,78 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,73 €	1.442,72 €	37,71 €	26,65 €	26,14 €	1.097,90 €	45,46 €	28,69 €
Median	142,08 €	5.567,69 €	359,77 €	313,20 €	118,15 €	4.844,54 €	453,55 €	324,62 €
75%-Perzentil	583,80 €	11.308,91 €	1.413,58 €	1.186,94 €	586,91 €	9.784,84 €	1.696,10 €	1.103,15 €
Maximum	25.676,13 €	67.548,90 €	47.481,09 €	70.287,49 €	61.104,50 €	68.904,74 €	57.411,82 €	28.824,24 €

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



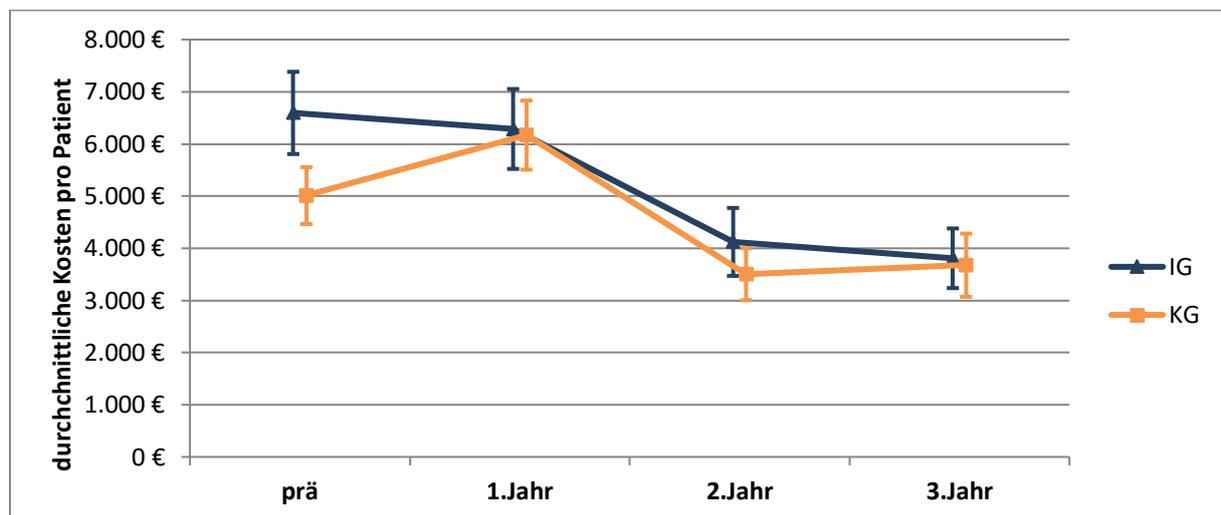
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	666	676	635	615	637	645	597	568
durchschnittliche Kosten	6.594,70 €	6.287,11 €	4.121,91 €	3.807,94 €	5.008,73 €	6.169,86 €	3.502,17 €	3.674,55 €
Standardabweichung	10.458,99 €	10.161,07 €	8.493,84 €	7.350,96 €	7.081,40 €	8.580,29 €	6.353,48 €	7.617,23 €
Minimum	0,00 €	44,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	26,85 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	574,97 €	795,97 €	489,92 €	429,10 €	522,05 €	730,99 €	398,15 €	276,88 €
Median	1.960,71 €	2.181,84 €	1.230,01 €	1.134,54 €	1.981,82 €	2.854,11 €	1.167,55 €	929,04 €
75%-Perzentil	8.231,78 €	7.435,44 €	3.163,16 €	3.074,18 €	6.648,91 €	7.695,38 €	3.838,46 €	3.216,24 €
Maximum	86.445,25 €	92.947,62 €	69.015,75 €	68.228,62 €	48.495,86 €	79.219,28 €	81.846,51 €	97.651,08 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 41). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei sich kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG ergab. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Hier zeigten weder im zweiten noch im dritten Jahr signifikante Unterschiede zwischen IG und KG.

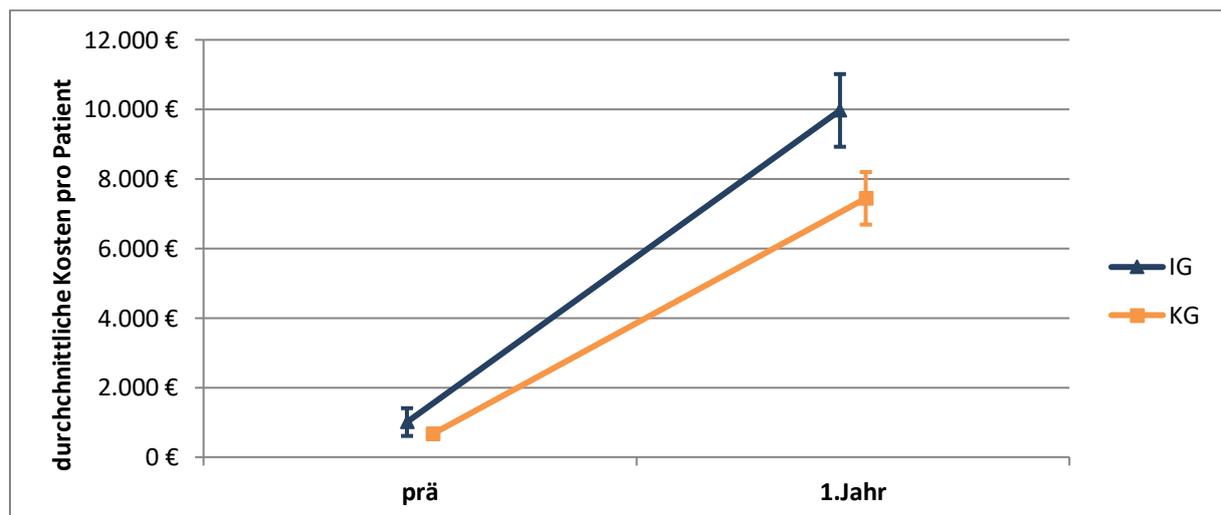
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG im Prä-Zeitraum signifikant teurer als die KG. Vom ersten bis zum dritten Modelljahr gab es jedoch keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen. Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten jeweils deutlich im Vergleich zum Prä-Zeitraum.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	396	462	419	462						
durchschnittliche Kosten	1.007,63 €	9.969,13 €	671,13 €	7.441,83 €	336,50 €	0,122	2.527,30 €	<0,001	2.190,80 €	0,001
Standardabweichung	4.376,91 €	11.463,40 €	1.644,80 €	8.287,06 €						
Minimum	0,00 €	21,63 €	0,00 €	40,07 €						
25%-Perzentil	28,80 €	1.680,08 €	39,88 €	1.380,90 €						
Median	172,71 €	6.993,49 €	159,35 €	4.652,66 €						
75%-Perzentil	642,43 €	13.549,77 €	573,63 €	10.611,12 €						
Maximum	63.574,75 €	82.990,51 €	15.889,34 €	53.009,19 €						

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



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei um 2.527,30 € je Patient signifikant über den Kosten der KG ($p < 0,001$). In der IG ergab sich somit ein um 2.190,80 € signifikant erhöhter Kostenanstieg ($p = 0,001$).

Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	1.007,60 €	346,6	0,00369	-605,10 €	696,2	0,38487	459,90 €	328,6	0,16186
Differenz KG-IG	-336,50 €	490,1	0,49243	-404,30 €	452	0,3712	-361,60 €	452,8	0,42466
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	8.961,50 €	490,1	<0,001	7.886,00 €	971,9	<0,001	7.632,60 €	590,6	<0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)	2.190,80 €	693,1	0,002	2.099,70 €	638,4	0,00103	2.078,70 €	640,1	0,00119
Alter bis 29 J.				672,70 €	576,5	0,2434			
30 J. bis 47 J.				535,70 €	490,4	0,27476			
48 J. bis 64 J.				795,00 €	447,6	0,07589			
Weiblich				401,50 €	334,3	0,22978			
Erwerbstätig				969,60 €	534,5	0,06983			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				-1.936,30 €	1007,6	0,05481			
Referenzdiagnose F00				789,80 €	1571,8	0,61537			
Referenzdiagnose F01				1.592,70 €	1338,1	0,23408			
Referenzdiagnose F02				-3.542,80 €	4908,7	0,47055			
Referenzdiagnose F03				-1.249,40 €	1173,4	0,28713			
Referenzdiagnose F07				3.955,80 €	2620,3	0,1313			
Referenzdiagnose F10				-1.437,70 €	660,5	0,02964	-1.120,90 €	547,6	0,04081
Referenzdiagnose F2x				10.440,70 €	1109,5	<0,001	10.435,40 €	1027,4	<0,001
Referenzdiagnose F3x				5.201,60 €	642,4	<0,001	5.421,30 €	548,5	<0,001
Referenzdiagnose F4x				680,70 €	752,5	0,36579			
Referenzdiagnose F43				-1.762,60 €	642,1	0,00611	-1.125,40 €	550,7	0,04113
Referenzdiagnose F45				5.760,30 €	1276	<0,001	6.087,20 €	1255,3	<0,001
Referenzdiagnose F50				2.529,20 €	4932,7	0,60819			
Referenzdiagnose F60.31				2.229,20 €	1392,2	0,10949			
Referenzdiagnose F7x				1.076,90 €	1611,3	0,50401			
Referenzdiagnose F84				-1.559,80 €	3149,5	0,62047			
Referenzdiagnose F9x				-3.249,30 €	1784,9	0,06886			
vollstat. Fall in Prä				4.582,50 €	834,2	<0,001	4.849,20 €	826,1	<0,001
teilstat. Fall in Prä				5.071,00 €	2940,7	0,0848			
PIA-Fall in Prä				6.254,60 €	1535,5	<0,001	6.781,40 €	1489,7	<0,001
vertragsärztl. Fall in Prä				481,60 €	643,1	0,45408			
R ²			0,23			0,35			0,34

Im Grundmodell ergibt sich eine um 2.190,80 € erhöhte Kostensteigerung der IG gegenüber der KG ($p = 0,002$). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell dem Grundmodell vergleichbare Muster. Der Modelleffekt (in diesem Fall im Sinne eines um 2.078,70 € stärkeren Anstiegs der IG) steigt in den adjustierten Modellen stärker an als im Grundmodell, wobei der Unterschied weiterhin statistisch signifikant bleibt.

10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

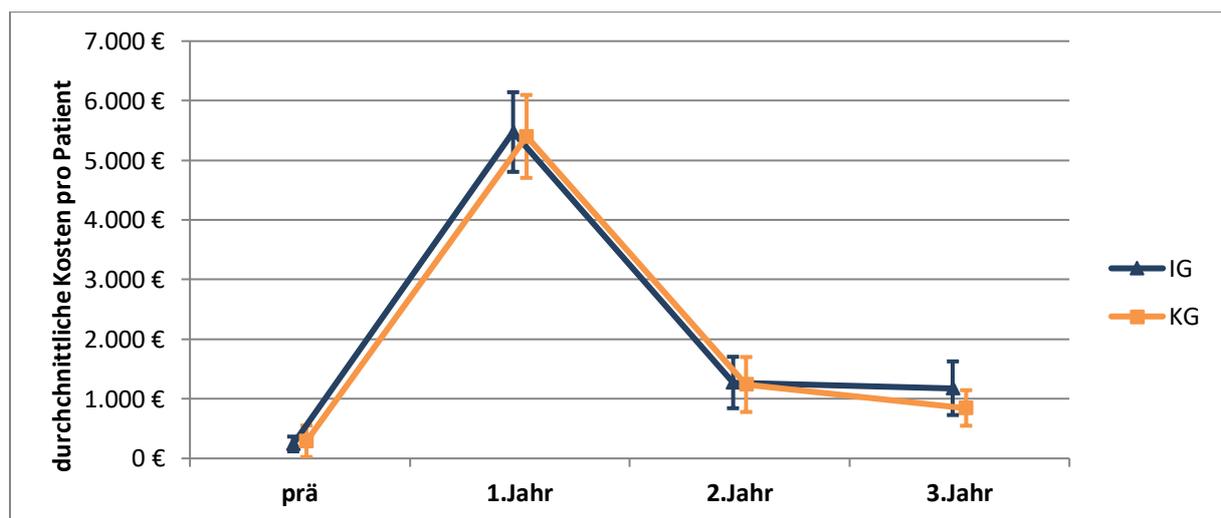
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	36	370	63	62	30	329	59	45
durchschnittliche Kosten	242,45 €	5.475,10 €	1.273,73 €	1.177,66 €	287,49 €	5.401,68 €	1.240,01 €	846,60 €
Standardabweichung	1.409,98 €	7.613,09 €	4.761,37 €	4.876,88 €	2.957,47 €	7.799,27 €	5.056,81 €	3.223,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.589,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.498,73 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.560,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.646,86 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	20.534,22 €	65.844,08 €	46.619,44 €	69.061,62 €	60.287,34 €	67.696,40 €	56.341,76 €	23.724,07 €

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



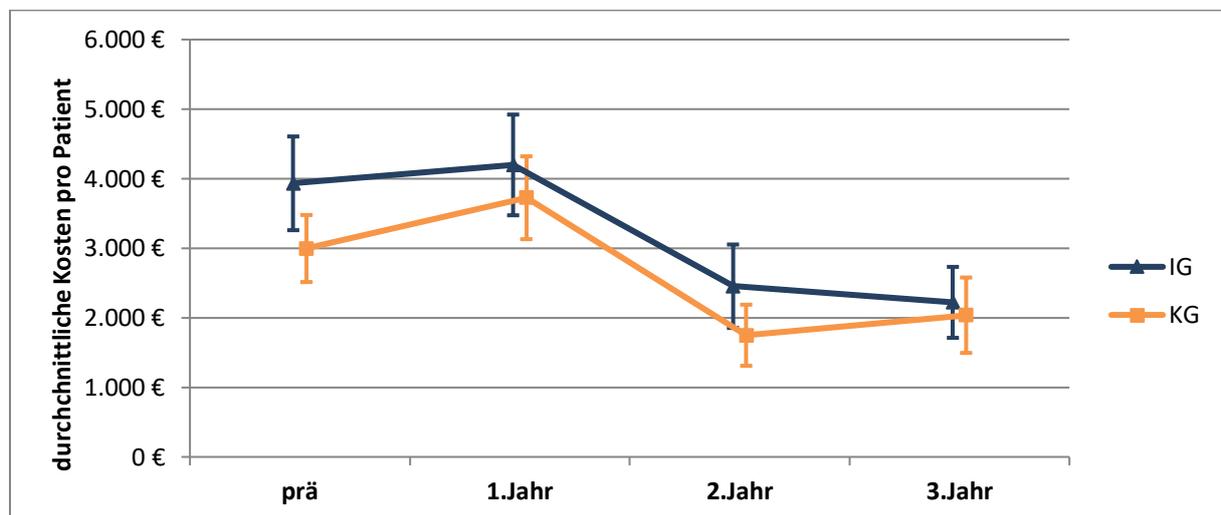
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	221	235	134	125	207	236	119	113
durchschnittliche Kosten	3.933,78 €	4.198,21 €	2.454,12 €	2.222,37 €	2.996,32 €	3.726,01 €	1.749,61 €	2.037,44 €
Standardabweichung	8.940,48 €	9.605,59 €	7.827,87 €	6.559,05 €	6.243,85 €	7.715,29 €	5.599,34 €	6.819,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	3.884,00 €	4.001,11 €	0,00 €	0,00 €	3.169,44 €	4.651,87 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	86.158,32 €	92.525,10 €	64.895,63 €	60.593,41 €	44.446,04 €	79.219,28 €	81.846,51 €	97.651,08 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 46)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 45). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei sich kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG ergab. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Hier zeigten sich weder im zweiten noch im dritten Jahr signifikante Unterschiede zwischen IG und KG.

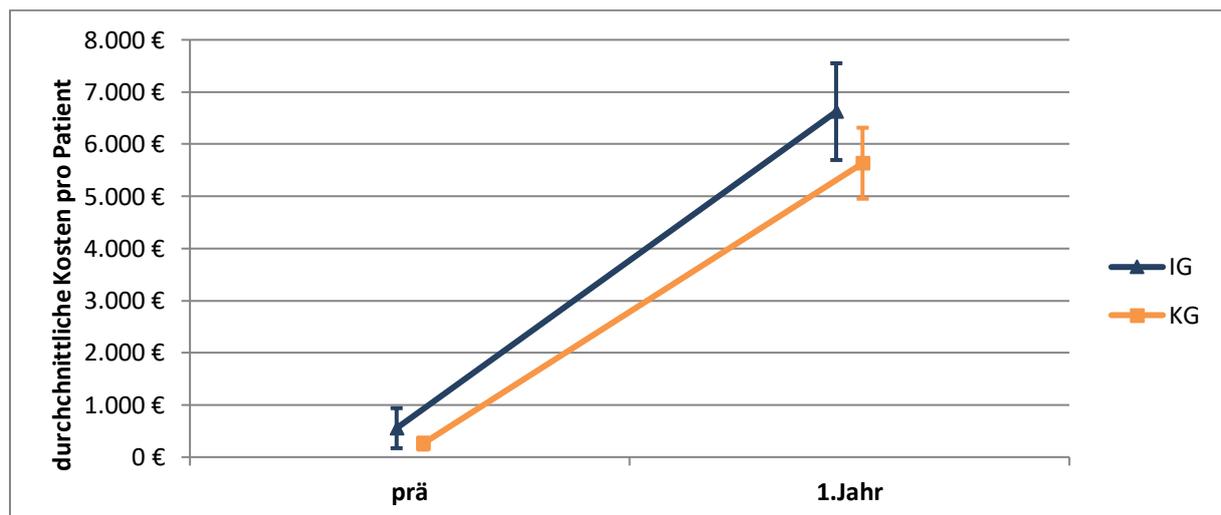
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG im Prä-Zeitraum signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 46). Vom ersten bis zum dritten Modelljahr gab es jedoch keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen. Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten jeweils deutlich im Vergleich zum Prä-Zeitraum.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	41	318	35	323						
durchschnittliche Kosten	554,73 €	6.623,24 €	258,88 €	5.634,30 €	295,85 €	0,148	988,94 €	0,092	693,08 €	0,239
Standardabweichung	4.208,13 €	10.168,38 €	1.261,14 €	7.462,06 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	2.708,59 €	0,00 €	3.597,54 €						
75%-Perzentil	0,00 €	8.744,85 €	0,00 €	8.040,70 €						
Maximum	63.249,06 €	66.020,25 €	12.452,27 €	52.482,27 €						

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



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 47). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei um 988,94 € je Patient über den Kosten der KG ($p = 0,092$). In der IG ergab sich somit ein um 693,08 € nicht signifikant erhöhter Kostenanstieg ($p = 0,239$).

10.3 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.

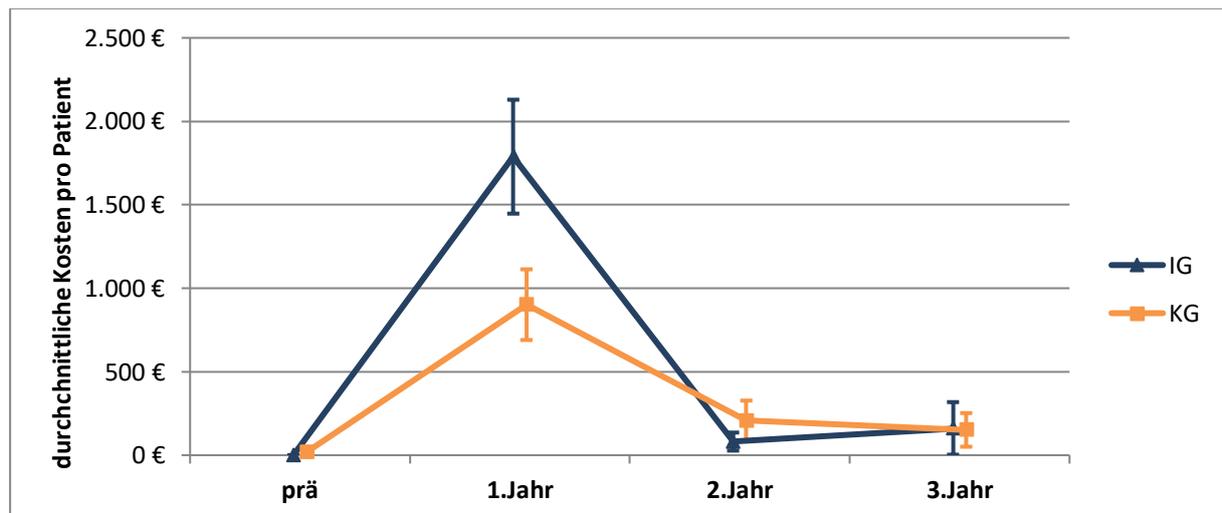
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	0	128	11	12	1	90	20	12
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1.788,31 €	81,34 €	160,25 €	18,44 €	901,71 €	207,55 €	151,31 €
Standardabweichung	0,00 €	3.890,06 €	596,38 €	1.707,68 €	405,25 €	2.374,06 €	1.309,90 €	1.088,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	217,37 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	32.163,21 €	7.017,87 €	32.978,71 €	8.906,19 €	18.258,00 €	15.035,95 €	12.555,59 €

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



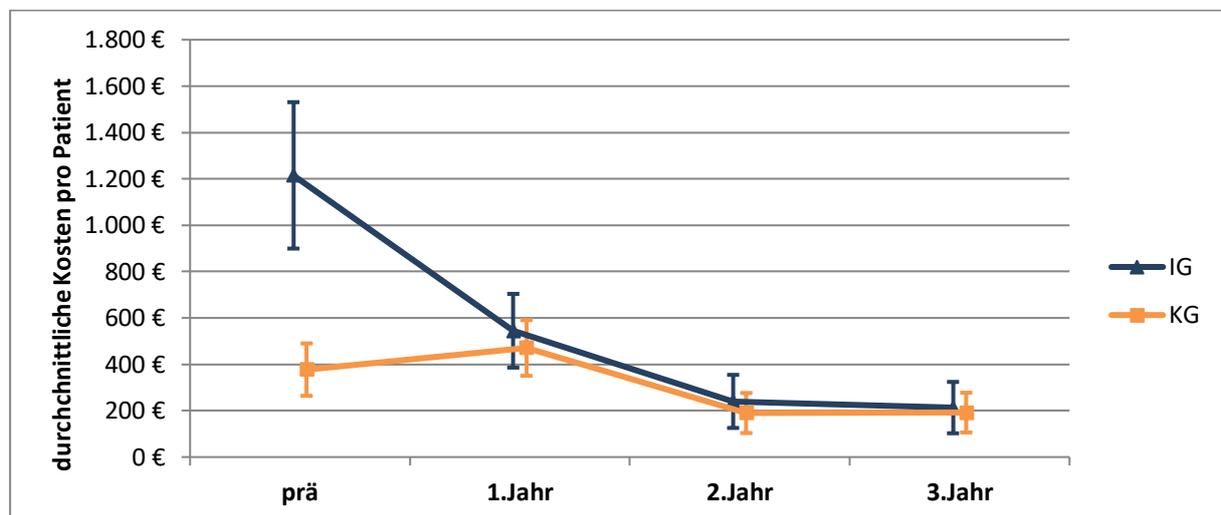
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	79	69	26	24	57	76	25	25
durchschnittliche Kosten	1.215,01 €	544,80 €	240,04 €	213,35 €	377,13 €	470,64 €	189,94 €	191,77 €
Standardabweichung	4.188,98 €	2.109,60 €	1.493,91 €	1.425,23 €	1.466,04 €	1.557,54 €	1.101,40 €	1.079,44 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	31.202,98 €	16.551,17 €	16.947,05 €	16.561,96 €	13.495,52 €	11.926,26 €	12.598,61 €	9.120,10 €

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)

Die teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten der klinikbekannten Patienten unterscheiden sich im Prä-Zeitraum nicht zwischen IG und KG, was auf die sehr geringe Anzahl mit tagesklinischen Fällen zurückzuführen ist (IG: 0; KG: 1; vgl. Tabelle 48). Im ersten Jahr stiegen die durchschnittlichen Kosten der IG stark an und lagen oberhalb der Kosten der KG, was u.a. ebenfalls auf die deutlich unterschiedlichen Fallzahlen zurückzuführen ist (IG: 128; KG: 90). Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten deutlich.

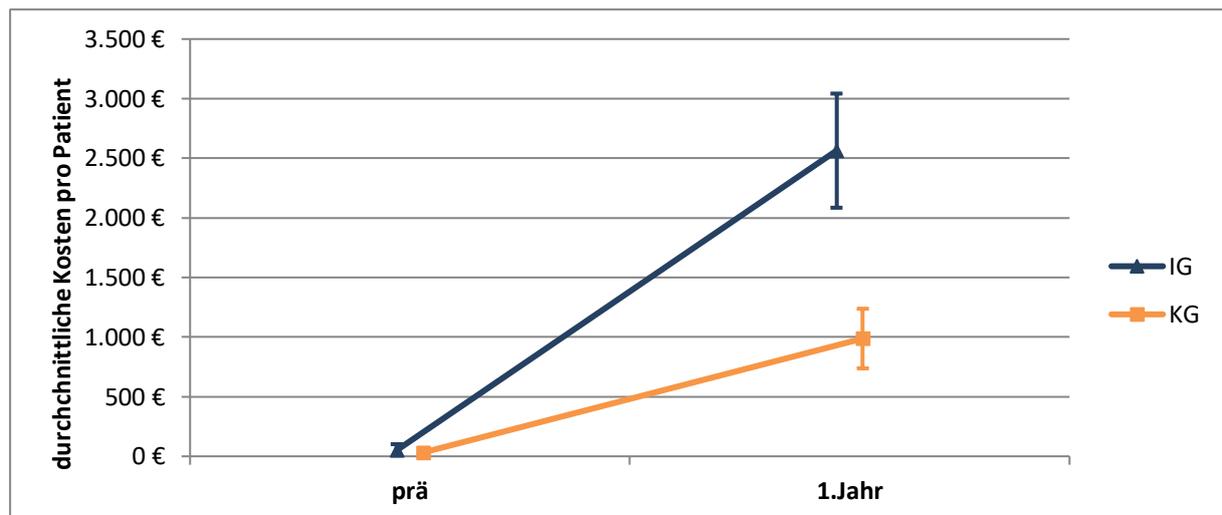
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen im Prä-Zeitraum über denen der KG (vgl. Tabelle 49). Ab dem ersten Jahr nahmen über die Zeit sowohl die Zahl der versorgten Patienten als auch die Kosten ab und unterschieden sich in den einzelnen Zeiträumen nicht zwischen IG und KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	3	129	3	81						
durchschnittliche Kosten	50,95 €	2.563,88 €	32,03 €	987,91 €	18,93 €	0,647	1.575,97 €	<0,001	1.557,04 €	<0,001
Standardabweichung	775,77 €	5.249,40 €	432,58 €	2.742,64 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.916,77 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	14.094,86 €	28.682,04 €	7.900,07 €	24.947,47 €						

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



Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 50). Im ersten Jahr war die IG im Durchschnitt um 1.575,97 € signifikant teurer als die KG ($p < 0,001$). Entsprechend stiegen die Kosten in der IG um 1.557,04 € stärker an als in der KG ($p < 0,001$).

10.4 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.

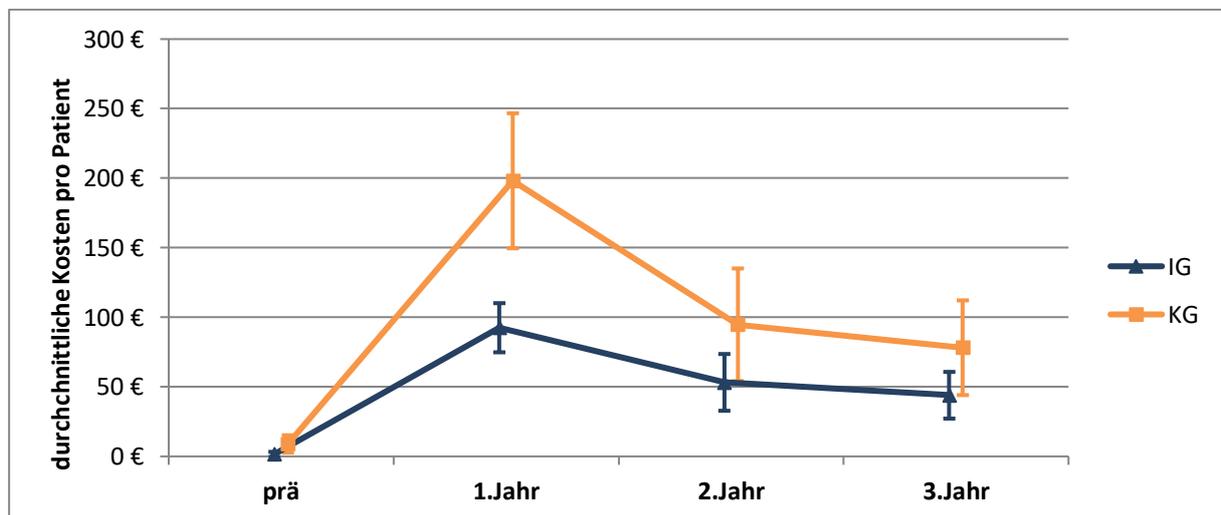
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	3	169	58	51	11	223	79	71
durchschnittliche Kosten	1,63 €	92,49 €	53,21 €	43,97 €	8,97 €	198,13 €	94,61 €	78,12 €
Standardabweichung	25,04 €	201,27 €	224,87 €	181,87 €	69,88 €	544,46 €	444,23 €	368,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	87,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	178,01 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	501,56 €	1.315,88 €	2.979,83 €	2.016,09 €	944,74 €	4.716,66 €	5.343,84 €	5.377,64 €

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



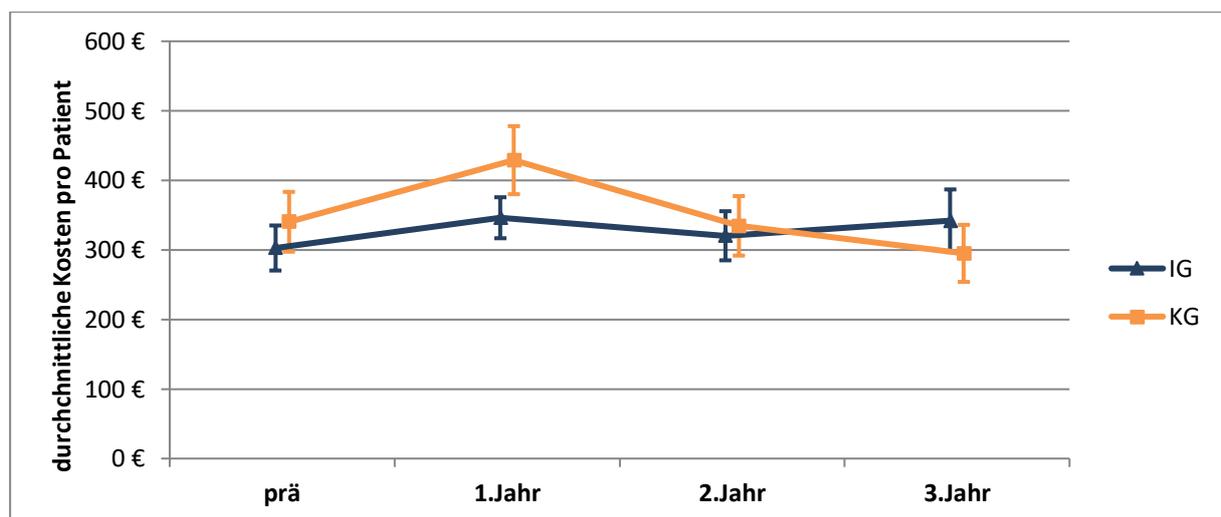
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	501	525	414	389	461	520	411	365
durchschnittliche Kosten	302,75 €	346,24 €	320,33 €	341,96 €	340,44 €	429,03 €	334,61 €	295,07 €
Standardabweichung	429,76 €	390,90 €	460,87 €	578,85 €	557,02 €	633,71 €	545,43 €	516,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	55,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	65,47 €	0,00 €	0,00 €
Median	188,05 €	245,16 €	172,23 €	169,97 €	184,84 €	257,83 €	179,86 €	150,90 €
75%-Perzentil	391,00 €	478,43 €	418,34 €	438,37 €	396,60 €	496,98 €	397,08 €	360,11 €
Maximum	6.080,85 €	2.543,64 €	3.387,93 €	5.258,37 €	6.040,48 €	6.400,14 €	5.442,10 €	5.237,66 €

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 klinikneuen Patienten waren die Kosten der PIA-Behandlung, entsprechend der niedrigen Fallzahlen, gleich niedrig in beiden Gruppen (vgl. Tabelle 51). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen deutlich an, wobei die Kosten der KG deutlich oberhalb der IG lagen. In den folgenden beiden Jahren sanken die Kosten in beiden Gruppen.

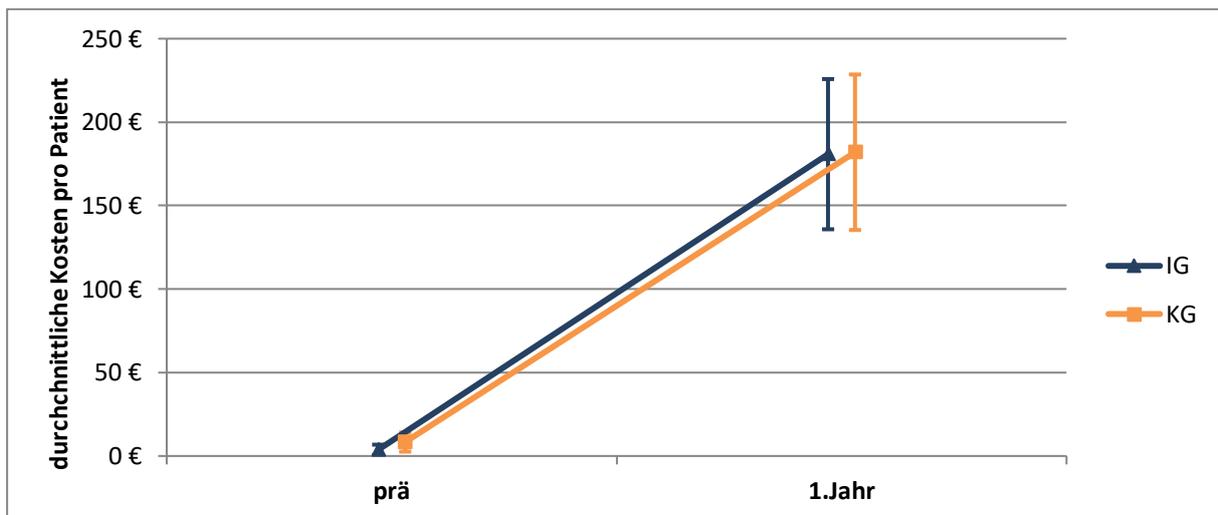
Bei den klinikbekannten Patienten lagen die Zahl der Patienten und die Kosten in IG und KG im Prä-Zeitraum gleichauf (vgl. Tabelle 52). In beiden Gruppen steigen die Zahl der Patienten und die Kosten im ersten Jahr etwas an. Im zweiten und dritten Jahr blieben die Kosten in beiden Gruppen etwa unverändert im Vergleich zum Prä-Zeitraum.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	8	176	14	181						
durchschnittliche Kosten	3,72 €	180,82 €	8,37 €	181,97 €	-4,65 €	0,162	-1,14 €	0,972	3,51 €	0,915
Standardabweichung	33,73 €	493,45 €	62,90 €	510,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	120,23 €	0,00 €	123,21 €						
Maximum	502,23 €	3.957,89 €	990,38 €	4.471,11 €						

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



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 53). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr nahezu identisch auf 180,82 € (IG) bzw. 181,97 € (KG) an. Entsprechend war der Differenz der Differenzen Effekt mit 3,51 € nicht statistisch signifikant ($p = 0,915$).

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

Zu den sonstigen ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen zählen Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren sowie der Hochschulambulanzen. Die Zuordnungen der Leistungen in den Hochschulambulanzen erfolgt über die dokumentierten Gebührenordnungspositionen. Es handelt sich um die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten.

Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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)

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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)

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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)

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Weder klinikbekannte noch klinikneue Patienten erhielten sonstige im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen.

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr wurden keine sonstigen ambulanten Leistungen im Krankenhaus erbracht.

10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

Zu den für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung zählen Leistungen von Fachärzten (Psychiater, Psychotherapeuten etc.) sowie Hausärzten. Erfasst wurden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die Zuordnung der Leistungen zur psychiatrischen Versorgung erfolgte über die dokumentierten GOPs sowie bei Fallpauschalen über einen diagnosebezogenen Faktor.

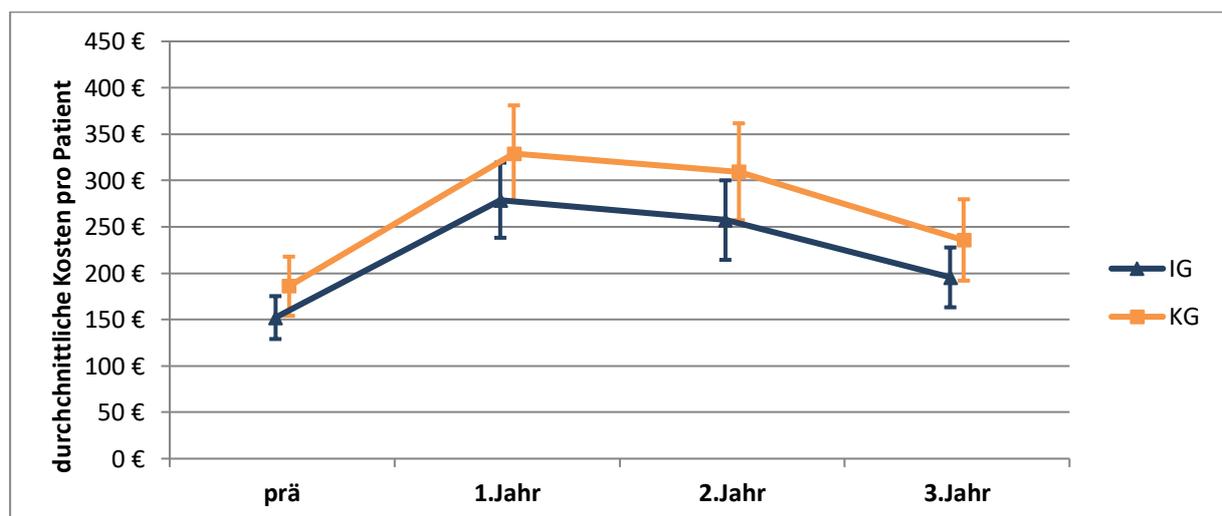
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	410	438	378	358	420	437	375	360
durchschnittliche Kosten	152,17 €	278,73 €	257,29 €	195,51 €	186,01 €	329,04 €	309,43 €	235,87 €
Standardabweichung	263,67 €	461,58 €	472,54 €	349,73 €	357,26 €	582,45 €	572,77 €	474,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	9,49 €	22,00 €	14,40 €	9,87 €	13,84 €	30,09 €	14,54 €	7,96 €
Median	48,17 €	103,11 €	78,69 €	73,76 €	53,56 €	105,82 €	95,13 €	62,60 €
75%-Perzentil	193,52 €	294,12 €	288,42 €	241,96 €	207,23 €	341,03 €	322,52 €	271,93 €
Maximum	1.964,19 €	2.869,85 €	3.011,87 €	2.996,03 €	3.335,34 €	4.376,92 €	4.376,32 €	4.145,21 €

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



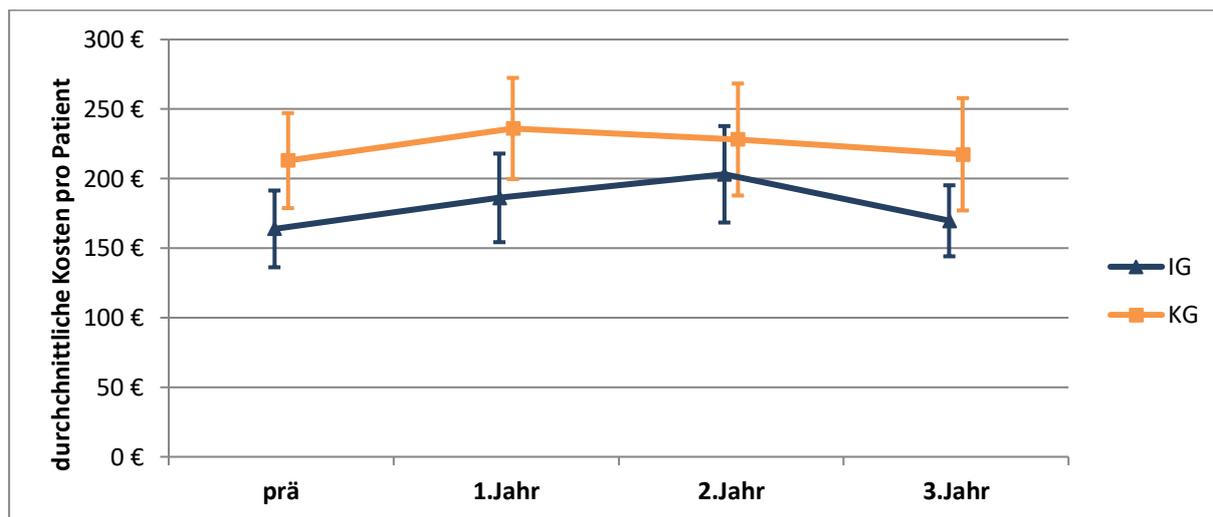
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

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)

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	619	601	581	560	578	574	540	524
durchschnittliche Kosten	163,84 €	186,15 €	203,11 €	169,67 €	212,97 €	236,01 €	228,10 €	217,49 €
Standardabweichung	366,11 €	422,58 €	452,33 €	328,33 €	442,86 €	471,80 €	513,24 €	508,08 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	10,08 €	17,52 €	20,12 €	21,53 €	12,49 €	22,38 €	19,13 €	19,14 €
Median	39,63 €	51,75 €	62,22 €	57,61 €	46,42 €	61,64 €	54,81 €	54,14 €
75%-Perzentil	123,08 €	148,72 €	188,77 €	184,47 €	166,46 €	188,14 €	178,64 €	170,36 €
Maximum	3.691,28 €	3.749,96 €	4.330,65 €	3.278,79 €	2.972,12 €	3.393,08 €	4.590,65 €	4.607,42 €

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 und Tabelle 55)

Bei den linikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen (vgl. Tabelle 57). Die Kosten stiegen in beiden Gruppen im ersten Modelljahr an und sanken in den nächsten beiden Jahren wieder, wobei die KG in allen vier Zeiträumen teurer war als die IG.

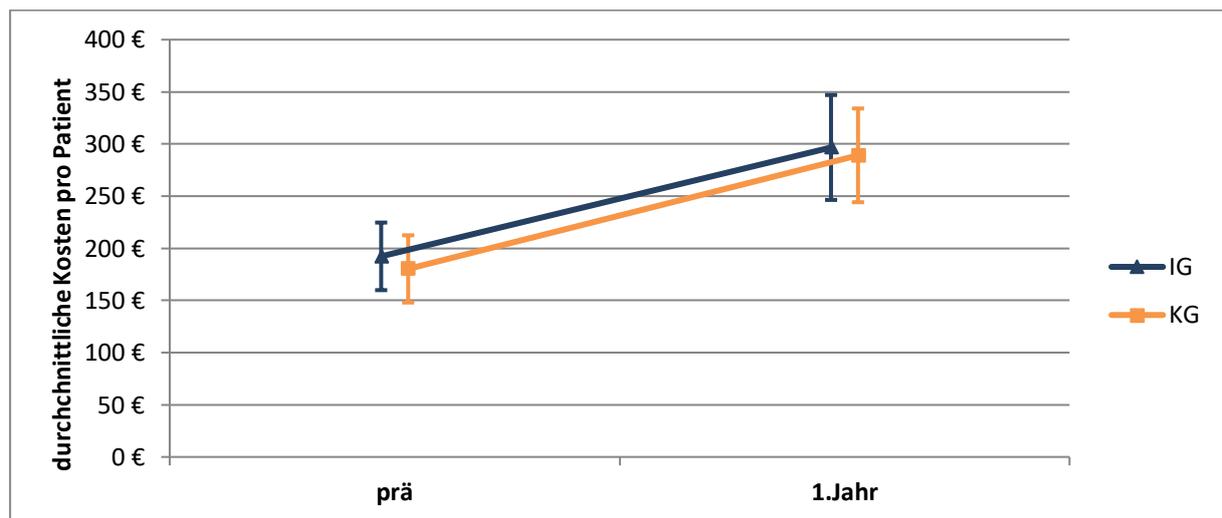
Bei den linikbekannten Patienten lagen die Kosten der vertragsärztlich psychiatrisch Behandlung in allen vier Zeiträumen in der IG unterhalb der KG (vgl. Tabelle 58). Sie stiegen in beiden Gruppen zunächst leicht an, lagen im dritten Jahr in etwa auf dem jeweiligen Niveau des Prä-Zeitraums.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	383	398	406	427						
durchschnittliche Kosten	192,30 €	296,66 €	180,26 €	289,10 €	12,04 €	0,606	7,56 €	0,826	-4,48 €	0,895
Standardabweichung	355,28 €	551,48 €	353,34 €	492,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	12,90 €	27,40 €	20,86 €	30,27 €						
Median	61,88 €	110,08 €	66,92 €	101,47 €						
75%-Perzentil	229,81 €	284,99 €	200,73 €	309,09 €						
Maximum	3.168,73 €	3.584,95 €	2.999,77 €	3.076,39 €						

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



Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung zeigten sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede zwischen IG und KG. Die Kosten stiegen in beiden Gruppen nahezu identisch an, wobei in der IG ein um 4,48 € geringerer Anstieg als in der KG zu verzeichnen war, welcher jedoch nicht signifikant war ($p = 0,895$; vgl. Tabelle 59).

10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

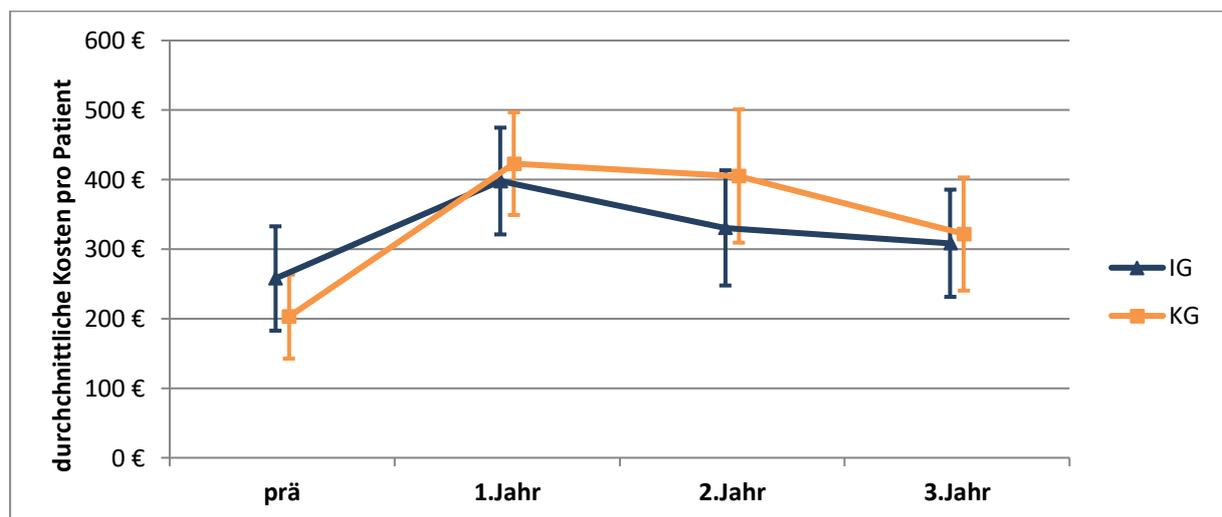
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	293	359	276	266	272	348	275	262
durchschnittliche Kosten	257,81 €	397,94 €	330,57 €	308,49 €	202,93 €	422,91 €	405,13 €	321,70 €
Standardabweichung	854,95 €	874,89 €	912,88 €	835,21 €	676,80 €	827,28 €	1.050,40 €	879,37 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	24,04 €	124,57 €	60,40 €	49,85 €	16,27 €	95,75 €	64,73 €	55,26 €
75%-Perzentil	152,13 €	382,80 €	305,38 €	284,06 €	112,59 €	418,00 €	368,76 €	291,97 €
Maximum	8.639,75 €	8.749,71 €	13.928,61 €	10.372,58 €	7.878,38 €	7.102,47 €	10.788,39 €	9.236,63 €

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



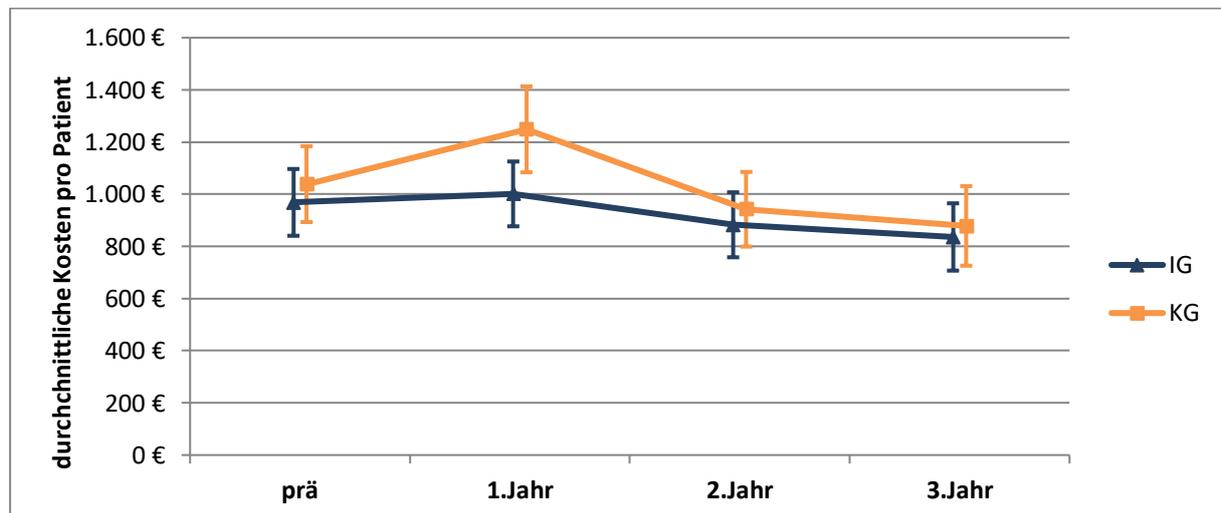
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	583	584	540	531	543	535	483	458
durchschnittliche Kosten	968,75 €	1.001,24 €	882,83 €	836,15 €	1.038,81 €	1.248,71 €	942,35 €	878,44 €
Standardabweichung	1.699,51 €	1.649,09 €	1.625,36 €	1.658,72 €	1.885,26 €	2.134,81 €	1.825,29 €	1.919,15 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	86,78 €	113,40 €	81,29 €	76,94 €	48,96 €	63,04 €	29,11 €	13,92 €
Median	343,56 €	411,20 €	352,10 €	318,98 €	280,42 €	345,25 €	268,09 €	203,71 €
75%-Perzentil	1.079,78 €	1.106,00 €	989,15 €	925,51 €	1.132,84 €	1.515,62 €	997,43 €	865,21 €
Maximum	16.418,39 €	14.169,03 €	13.250,35 €	13.582,13 €	14.565,64 €	17.097,25 €	16.061,56 €	16.705,96 €

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 klinikneuen Patienten lagen die Kosten der Psychopharmakaversorgung in der IG im Prä-Zeitraum oberhalb der KG (IG: 257,81 €; KG: 202,93 €; vgl. Tabelle 60). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an und sanken über die nächsten beiden Jahre auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Prä-Zeitraums, wobei sich keine signifikanten Kostenunterschiede mehr ergaben.

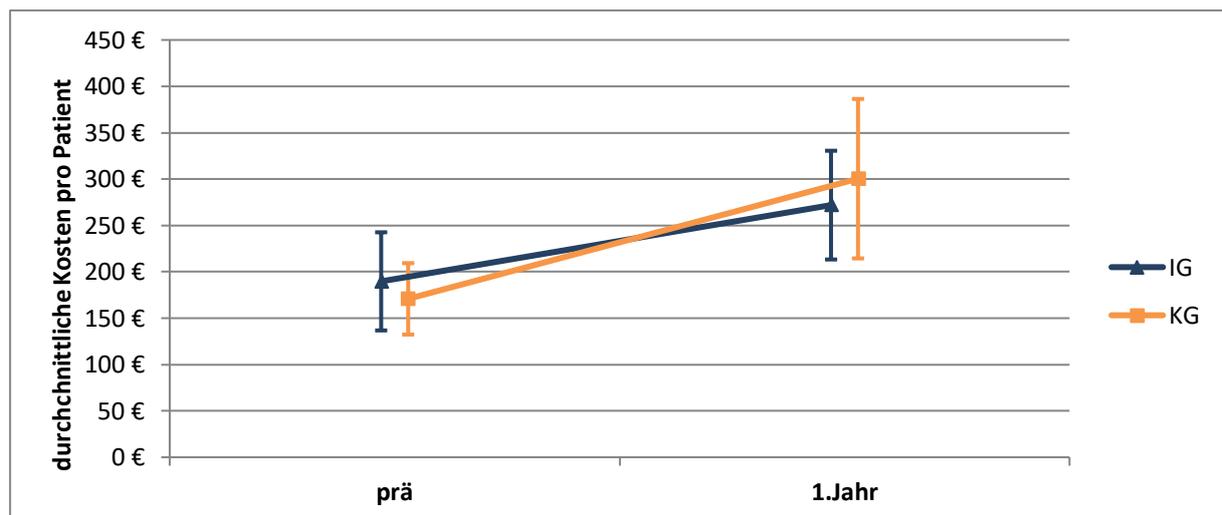
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG im Prä-Zeitraum (vgl. Tabelle 61). In der IG sanken die Kosten im Zeitverlauf, während sie in der KG zunächst anstiegen, um dann ebenfalls zu sinken. Im zweiten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	18	23	14	18						
durchschnittliche Kosten	189,67 €	271,90 €	170,82 €	300,40 €	18,85 €	0,573	-28,50 €	0,592	-47,35 €	0,299
Standardabweichung	580,33 €	643,04 €	422,50 €	942,90 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	17,66 €	94,37 €	17,23 €	78,10 €						
75%-Perzentil	135,99 €	327,35 €	150,21 €	295,43 €						
Maximum	7.257,29 €	8.809,17 €	5.371,48 €	14.795,89 €						

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



Im Rahmen der Psychopharmakaversorgung zeigten sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede zwischen IG und KG. Die Kosten stiegen in beiden Gruppen nahezu identisch an, wobei in der IG ein um 47,35 € geringerer Anstieg als in der KG zu verzeichnen war, welcher jedoch nicht signifikant war ($p = 0,299$; vgl. Tabelle 62)

10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die APN. Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

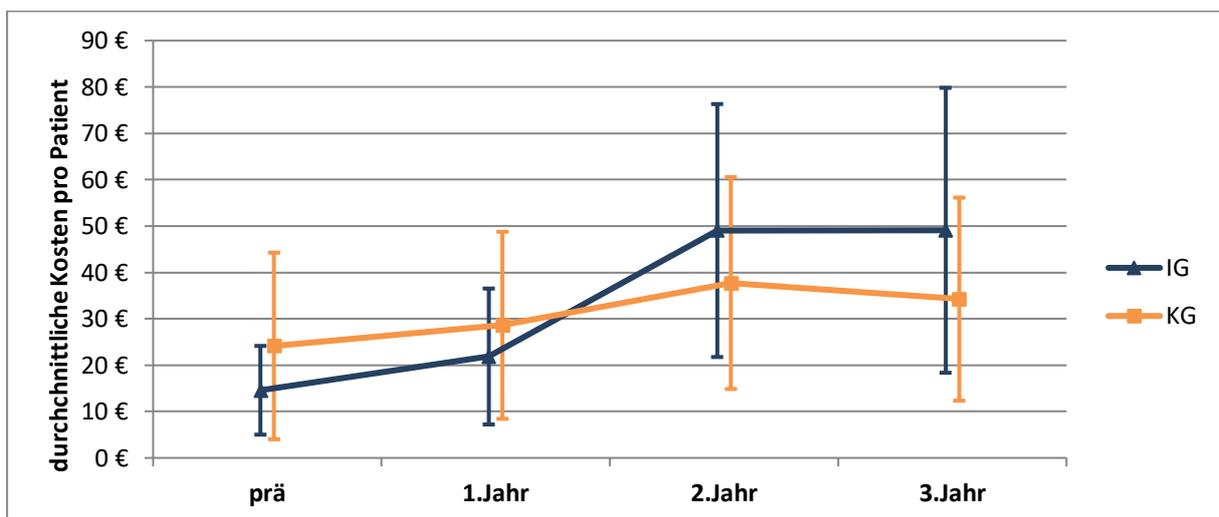
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	19	16	19	17	14	19	16	15
durchschnittliche Kosten	14,59 €	21,87 €	49,04 €	49,09 €	24,15 €	28,61 €	37,71 €	34,24 €
Standardabweichung	109,06 €	167,06 €	300,77 €	332,91 €	225,63 €	226,17 €	250,50 €	236,66 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.008,19 €	2.923,16 €	4.166,75 €	4.412,56 €	3.953,73 €	3.364,70 €	2.771,16 €	2.499,96 €

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



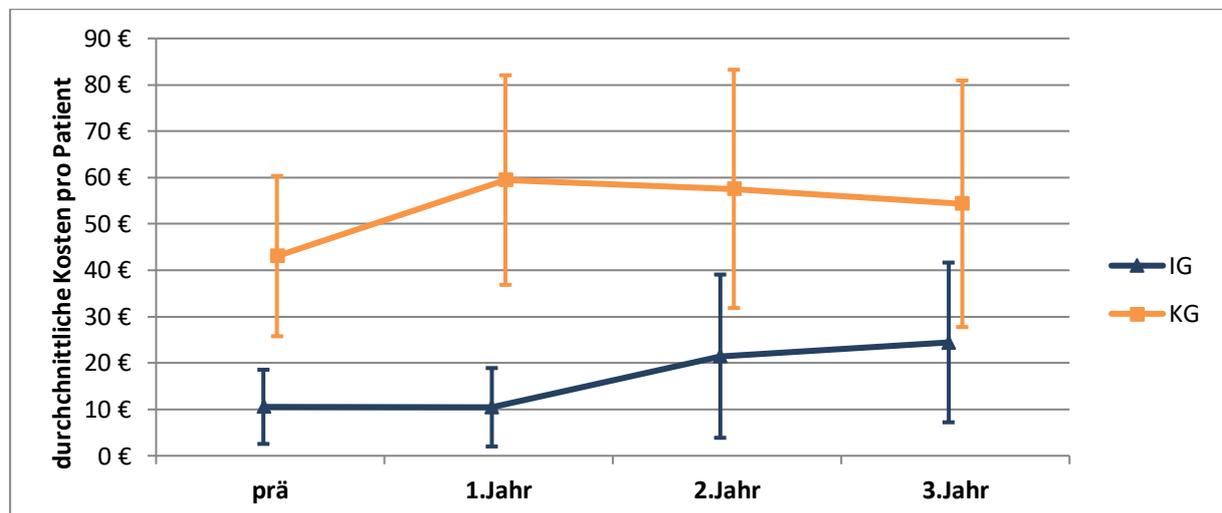
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	10	10	9	13	37	41	34	27
durchschnittliche Kosten	10,56 €	10,46 €	21,48 €	24,44 €	43,06 €	59,46 €	57,56 €	54,34 €
Standardabweichung	106,13 €	112,24 €	229,67 €	221,44 €	223,95 €	292,73 €	327,45 €	334,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.679,83 €	1.884,74 €	4.194,50 €	3.328,00 €	2.226,14 €	2.783,28 €	4.492,50 €	4.564,00 €

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)

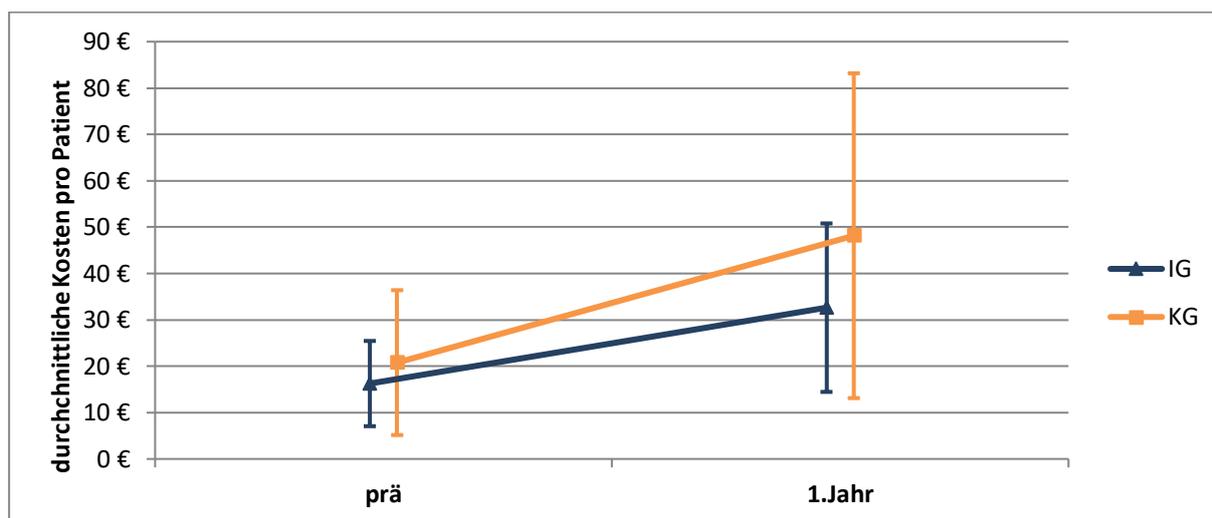
Die durchschnittlichen Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung der klinikneuen bekannten Patienten der IG waren im Zeitverlauf identisch mit der KG (vgl. Tabelle 63). Jedoch war die Anzahl an Patienten die solche Hilfsmittel erhielten relativ gering. Ebenso war die Anzahl der klinikbekannten Patienten in der IG relativ gering (vgl. Tabelle 64), was dazu führte, dass die KG hier teurer war.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	18	23	14	18						
durchschnittliche Kosten	16,26 €	32,63 €	20,78 €	48,15 €	-4,52 €	0,625	-15,52 €	0,441	-11,00 €	0,476
Standardabweichung	100,84 €	199,27 €	171,32 €	384,14 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.234,26 €	2.795,38 €	2.298,26 €	6.215,90 €						

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



Im Prä-Zeitraum gab es keine Kostenunterschiede zwischen IG und KG. Die Kosten stiegen in beiden Gruppen in etwa gleich stark an, wobei in der IG ein um 11,00 € geringerer Anstieg als in der KG zu verzeichnen war, welcher jedoch nicht signifikant war ($p = 0,476$, vgl. Tabelle 65). Auch hier ist die relativ geringe Anzahl an Patienten, welche Hilfsmittel erhielten, zu berücksichtigen.

11. Ergebnisse: Effizienz

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

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

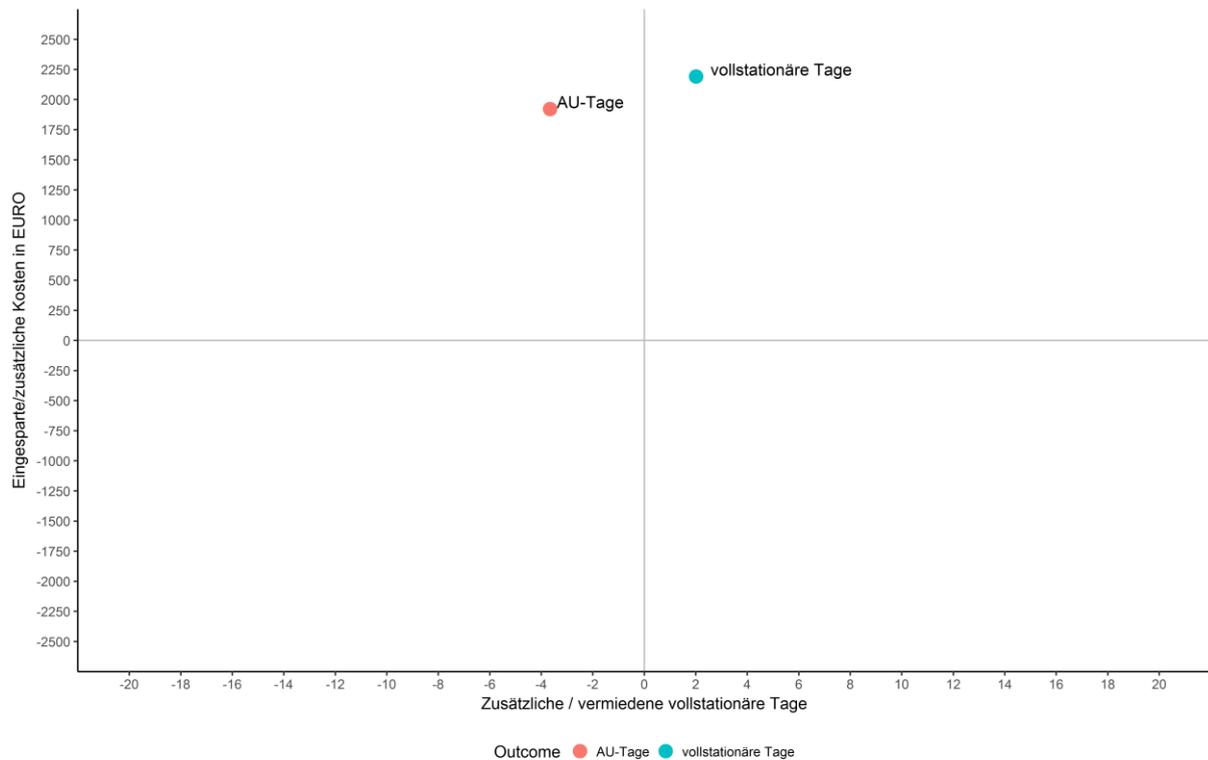
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	462	1.007,63 €	462	9.969,13 €		8.961,50 €
	KG	462	671,13 €	462	7.441,83 €		6.770,70 €
	Differenz IG-KG		336,50 €		2.527,30 €		2.190,80 €
	p-Wert		0,12		<0,001		0,002
(vermiedene) KH-Tage	IG	462	0,6	462	21,6		21,0
	KG	462	0,7	462	23,8		23,0
	Differenz IG-KG		-0,1		-2,2		-2,0
	p-Wert		0,93		0,33		0,37
	ICER (Diff in Diff)						1.084,83 €

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	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	258	1.242,43 €	258	10.193,04 €		8.950,61 €
	KG	252	528,99 €	252	7.559,18 €		7.030,20 €
	Differenz IG-KG		713,45 €		2.633,86 €		1.920,41 €
	p-Wert		0,05		0,004		0,05
(vermiedene) AU-Tage	IG	258	26,0	258	87,7		61,7
	KG	252	21,2	252	79,2		58,1
	Differenz IG-KG		4,8		8,5		3,7
	p-Wert		0,51		0,35		0,73
	ICER						-525,59 €

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



Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage sowie die AU-Tage zwischen beiden Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 66 und Tabelle 67). In der IG war ein um 2,0 Tage geringerer Anstieg ($p = 0,37$) vollstationärer Tage, jedoch ein um 3,7 Tage höherer Anstieg ($p = 0,73$) der AU-Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage stiegen in der IG um 2.190,80 € stärker als die der KG an ($p = 0,002$). Für die AU-Betrachtung war ein um 1.920,41 € stärkerer Anstieg der IG ggü. der KG zu verzeichnen ($p = 0,05$).

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei 1.084,83 € und bezogen auf die AU-Tage bei -525,59 €. Jeder vermiedene vollstationäre Behandlungstag verursachte demzufolge zusätzliche Kosten von 1.084,83 €, während jeder zusätzliche AU-Tag zusätzliche Kosten i. H. v. 525,59 € verursachte.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Rudolf Virchow Klinikum Glauchau 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. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen² und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen³. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den 6 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 vier Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen.

- 1) Unterschiede in der vollstationären und teilstationären Behandlungsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
- 2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklärt die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer kaum. Hier scheint es im Modellvorhaben eher eine Umsteuerung vom vollstationären in den teilstationären Bereich zu geben.
- 3) Die Inanspruchnahme in der PIA ist in den patientenindividuell ersten Jahren in der IG geringer als in der KG.

² In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkontext der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

³ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

- 4) Die Dauer bis zur stationären Wiederaufnahme ist im Modellvorhaben im dritten Modelljahr signifikant höher als in der Routineversorgung.

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 vergleichbar niedrigem 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: 20,9 vollstationäre Tage; KG: 23,1 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendig bzw. zeitintensiv. 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.

Auf der anderen Seite war bei den teilstationären Behandlungstagen ein ähnliches Bild mit vergleichbar niedrigem Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall, Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und Stabilisierung ab dem zweiten Jahr bei klinikneuen Patienten zu verzeichnen. Jedoch war hier der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 14,0 teilstationäre Tage; KG: 7,7 teilstationäre Tage). Hier scheint eine Verlagerung von vollstationären zu teilstationären Behandlungstagen stattgefunden zu haben.

Auch der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt stieg im ersten patientenindividuellen Jahr und sank dann auf den niedrigen Ausgangswert zurück. Hier gab es jedoch kaum Unterschiede zwischen der IG und der KG. Die Verläufe der Anteile mit mindestens einem Klinikaufenthalt waren zwischen IG und KG bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr vergleichbar. Dies bedeutet, dass klinikneue Patienten insgesamt gleich häufig stationär aufgenommen wurden, jedoch in der IG weniger Tage vollstationär verblieben im Vergleich zur KG.

Bei den *linikbekannt*en Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit. Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekanntenen Patienten keinen deutlichen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum sowie keine Unterschiede in der Höhe der Anteile. Dass eine Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit auch in der KG festzustellen war, zeigt mutmaßlich die Wirksamkeit struktureller Veränderungen auch in der Regelversorgung. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen. Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger

Nachbeobachtungszeit stiegen auch hier die vollstationären Tage in der IG statistisch signifikant weniger stark an als in der KG ($DiD_{\text{additiv}} = -0,89$).

Sowohl für *linikneue* als auch *linikbekannte* Patienten ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau bei etwa 3-5 vollstationären Behandlungstagen bei den klinikneuen und bei etwa 7-8 vollstationären Behandlungstagen bei den klinikbekannten Patienten 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 auch nach längerer Behandlungsdauer nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist. Der Bodeneffekt ist hier bei den klinikneuen Patienten niedriger als bei den klinikbekannten Patienten. Dies kann dadurch begründet sein, dass ein Teil der klinikneuen Patienten evtl. keinen stationären Aufenthalt nach zwei Jahren benötigt, während klinikbekannte Patienten schon einen längeren Verlauf der Erkrankungen sowie generell eher Krankheiten mit chronischen Verläufen aufweisen.

Für die Patienten mit *Referenzfall im dritten Modelljahr* zeigte sich bezüglich des Anteils von mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ein statistisch signifikant höherer Anstieg unter den Patienten der IG im Vergleich zur KG. Die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG weniger stark im patientenindividuellen ersten Jahr im Vergleich zur KG (erstes Jahr, IG: 21,6; KG: 23,8 vollstationäre Tage). Bei den teilstationären Behandlungstagen hatte die IG jedoch einen signifikant stärkeren Anstieg im Vergleich zur KG (IG: von 0,0 auf 16,7 teilstationäre Tage; KG: von 0,2 auf 7,9 teilstationäre Tage). Vergleicht man damit die Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe Anhang Kapitel 14.1 und 14.2), ist bei den klinikneuen Patienten der IG auch eine signifikant weniger starke Zunahme an Tagen in vollstationärer Behandlung vom patientenindividuellen Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich und bei den teilstationären ein signifikant stärkerer Anstieg im Vergleich zur KG. Dies weist darauf hin, dass die Umsteuerung der Behandlung vom vollstationären in den teilstationären Bereich bereits in den ersten Modelljahren geschehen ist und über die Modellzeit (vom ersten bis zum dritten Modelljahr) weiter fortgeführt wurde.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit erhöhten Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten der klinikneuen Patienten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Gegensatz zu dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt zwar einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Dennoch muss auch beachtet werden, dass auch teilstationäre Behandlungstage zu der Anzahl an AU-Tagen beitragen. Die Zahl der teilstationären Behandlungstage war in der IG um ca. 6 höher als in der KG, während diese bei den vollstationären Tagen nur ca. 2 Tage geringer war. Insgesamt ergab sich eine höhere Anzahl an stationären Behandlungstagen (voll- und teilstationär). Dies wiederum ist im Einklang mit der höheren Zahl der AU-Tage. Vergleicht man jedoch zusätzlich die Höhe der Unterschiede zwischen IG und KG und die stationäre Behandlungsdauer und AU-Tage, zeigt sich, dass die klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr im Durchschnitt 4 Tage stationäre Behandlungsdauer mehr aufwiesen (voll- und teilstationär zusammen), aber 10 Tage mehr AU-Tage. Dies weist darauf hin, dass über das Modellvorhaben hinaus, weitere Faktoren auf eine erhöhte AU-Dauer hingewirkt haben müssen.

Interessant dazu ist auch die Beobachtung, dass im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im 1. Modelljahr die Anzahl der AU-Tage in der IG signifikant größer und bei den klinikbekannten Patienten signifikant geringer ausfiel. Für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr (fast nur klinikneue Patienten) war die Anzahl der AU-Tage in der IG signifikant größer ($DiD=3,65$). Die Auswirkung auf die AU-Dauer scheint unterschiedlich auszufallen, abhängig davon, ob die Patienten bereits länger erkrankt waren oder neu in Behandlung waren.

Dies deutet insgesamt darauf hin, dass es bezüglich Arbeitsunfähigkeitsdauer zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der vollstationären Liegedauer 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.

Insgesamt lassen sich vereinzelte Unterschiede bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte über die Zeit, trotz Unterschiede in der stationären Behandlungsdauer, feststellen. Bei den klinikneuen Patienten war der kleine Peak der PIA-Inanspruchnahme im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG sogar niedriger als in der KG (Differenz -1,9 PIA-Kontakte). Eine mögliche Erklärung könnte, wie bereits oben beschrieben, in den Unterschieden hinsichtlich der Dauer teilstationärer Klinikaufenthalte liegen. Möglicherweise wird ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert. Betrachtet man lediglich den Anstieg vom Präzeitraum zum patientenindividuellen Jahres, war dieser in der IG stets signifikant geringer als bei Patienten der KG, sank aber für Patienten, die im 3. Modelljahr eingeschlossen wurden im Vergleich zu denen, die im ersten Modelljahr eingeschlossen wurden ($DiD_{\text{klinikneu, 1.Modelljahr}}=-1,71$; $DiD_{\text{klinikbekannt, 1.Modelljahr}}=-1,64$; $DiD_{\text{3.Modelljahr}}=-0,33$). Im zeitlichen Verlauf scheint sich die Inanspruchnahme in der PIA zwischen der IG und der KG anzugleichen. Über die Gründe der geringeren Inanspruchnahme in der PIA im ersten patientenindividuellen Jahr kann zu diesem Zeitpunkt nur spekuliert werden. Ein mögliches Szenario wäre, dass in Krankenhäusern keine Termine für Behandlungen in der PIA verfügbar waren und es so einen Deckeneffekt für die Inanspruchnahme gab. Weiterhin ist denkbar, dass im Modellvorhaben in Glauchau die PIA zunächst gestärkt bzw. ausgebaut werden musste. Ab dem dritten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr stieg die Inanspruchnahme in der PIA in der IG über die der KG. 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.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung in der IG signifikant höher als in der KG. Der gleiche Effekt war für klinikneue Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr im ersten Modelljahr ersichtlich. Der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten

Krankenhausaufenthalt war jedoch jeweils nicht signifikant verschieden zwischen IG und KG. Dies könnte darauf schließen, dass, entsprechend der Hypothese, die Modellversorgung die Dauer bis eine erneute stationäre Aufnahme notwendig ist, erhöht. Dies konnte möglicherweise durch einen höheren Einsatz teilstationärer Behandlung realisiert werden.

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

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

Kosten

Bei der Kostenbetrachtung lassen sich in Bezug auf die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten für linikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr vergleichbare Muster erkennen. Im Prä-Zeitraum fallen für beide Kohorten sowie innerhalb der Kohorten zwischen IG und KG jeweils ungefähr gleich hohe Kosten an.

Im Prä-Zeitraum ergaben sich nur bei den klinikbekannten Patienten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (wobei die IG teurer war). Sonst gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

So lagen im Prä-Zeitraum für alle Gruppen nur für einen kleinen Anteil der Patienten und nur in sehr geringem Umfang - die gesamten Kosten maßgeblich beeinflussende - stationäre Behandlungen vor. Durch den Eintritt in ein Klinikaufenthalt bzw. eine PIA-Behandlung erforderlich machendes Krankheitsstadium und dem damit verbundenen Anstieg der stationären Behandlungstage im ersten Nachbeobachtungsjahr, stiegen somit auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Kohorten und dabei jeweils in IG sowie KG stark an. In der IG der Kohorte des ersten Jahres stiegen die Kosten um 7385,80 € und in der KG um 6554,09 €. Anschließend fielen die Kosten in beiden Gruppen auf vergleichbare Niveaus, das in etwas dem Doppelten des Ausgangslevels entsprach. In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die Kosten um durchschnittlich 8961,50 € und in der KG derselben Kohorte um 6770,70 €. Der Anstieg der IG war somit um 2190,80 € höher als in der KG. Allerdings waren deutliche Unterschiede des Entstehungsortes feststellbar. Während die Kosten für vollstationäre Leistungen in Kohorte 1 zwischen IG und KG gleich hoch waren fielen in der IG bei den klinikneuen Patienten höhere Kosten für tagesklinische Behandlungen und sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten geringere Kosten für PIA-Behandlungen an. Für Kohorte 3 zeigten sich keine signifikant höheren vollstationäre Versorgungskosten. Hier ist aber zukünftig auf mögliche Preiseffekte zu

prüfen, da der durchschnittliche Pflegesatz in der Modellklinik in den Jahren 2014 bis 2016 über den Pflegesätzen der Kontrollkliniken lag.

Fazit

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

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl 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 stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2020) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patient_innen beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Eine weitere Einschränkung betrifft den Parameter *Arbeitsunfähigkeit*. Die Anzahl der Erwerbsfähigen ist unsicher. Hier wurde davon ausgegangen, dass alle Personen mit Versicherungsstatus Mitglied (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert), als erwerbsfähig gelten. Unter diesen Personen könnte also eine AU-Bescheinigung ausgestellt sein. Dies kann zur Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen. Letztlich kann der Parameter *Leidlinienadhärenz* nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Inhalte der Psychiatrischen Institutsambulanzen (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 Sekundärdiagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten, nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit 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 begründet. 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 bzw. nicht vereinbarter 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 werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik in den Jahren 2014 und 2015 um das 1,3-fache über dem der Kontrollkliniken, im Jahr 2016 stieg das Verhältnis auf das 1,5-fach. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

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

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentrierte 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 (6).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, 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 (7). 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.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (7). 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).

13. Literatur

1. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. 2010.
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. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare*. 2005;43(11):1130-9.
4. Salize HJ, Kilian R. *Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie - Konzepte, Methoden, Analysen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2010.
5. Kilian R, Matschionger H, Löffler W, Roick C, Angermeyer MC. Regressionsanalytische Kostenfunktionen in der Versorgungsforschung: Ein Methodenvergleich am Beispiel der Schizophreniebehandlung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. 2002;7:36-42.
6. 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.
7. Schubert I, Ihle P, Koster I. [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):316-22.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	520	520	520	520
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	5,8 %	37,1 %	5,2 %	31,9 %
	1,7 %	3,5 %	1,7 %	4,4 %
	17,3 %	18,3 %	16,7 %	16,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	0,7	20,8	1,1	22,7
	0,0	14,6	0,1	7,6
	0,7	35,3	1,2	30,4
	0,3	1,1	0,1	2,2
	0,3	0,5	0,1	1,2
	2,3	2,3	1,7	2,1

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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	700	700	700	700
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	34,1 %	26,3 %	30,0 %	25,6 %
	5,4 %	3,3 %	7,3 %	5,1 %
	18,6 %	17,4 %	14,4 %	16,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	13,0	15,6	10,7	14,3
	4,6	4,1	3,1	3,8
	17,6	19,7	13,9	18,1
	1,6	0,8	2,5	1,9
	1,2	0,6	2,2	1,6
	2,2	2,1	1,3	2,0

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)	520	520	520	520
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	500	500	506	514
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,7	0,2	3,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	3,8	2,1	3,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	5,4	6,6	6,1	7,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,3	0,3	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,4	3,7	1,7
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	12,7	11,9	12,2	11,2

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	700	700	700	700
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	681	676	682	679
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,3	8,1	7,2	9,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	1,9	2,7	2,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	7,5	6,7	7,7	7,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,2	0,6	0,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,2	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,1	0,3	0,8
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,7	8,7	11,2	12,3

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	23	556	25	501
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	7,6 %	8,0 %	10,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,4 %	12,8 %	20,0 %	13,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,8 %	45,0 %	48,0 %	41,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,0 %	13,1 %	12,0 %	11,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	3,8 %	0,0 %	4,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	3,1 %	8,0 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,7 %	22,7 %	28,0 %	26,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,8 %	37,1 %	32,0 %	38,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	18	205	17	211
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	10,2 %	11,8 %	12,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,2 %	22,9 %	23,5 %	20,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,4 %	43,9 %	52,9 %	43,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,1 %	15,6 %	5,9 %	16,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,6 %	6,8 %	0,0 %	6,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	2,9 %	5,9 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,8 %	37,1 %	35,3 %	36,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	27,3 %	29,4 %	28,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	92	<10	83
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	6,5 %	14,3 %	10,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	28,3 %	0,0 %	21,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,6 %	47,8 %	42,9 %	45,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	16,3 %	0,0 %	18,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	5,4 %	0,0 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,3 %	0,0 %	3,6 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	38,0 %	14,3 %	32,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	57,1 %	28,3 %	57,1 %	30,1 %

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	18	524	20	453
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,4 %	10,0 %	18,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,1 %	21,8 %	20,0 %	22,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,8 %	66,2 %	65,0 %	65,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	34,9 %	25,0 %	26,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	9,0 %	5,0 %	8,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,8 %	9,9 %	15,0 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	11,1 %	36,8 %	30,0 %	43,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	16,0 %	5,0 %	16,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	13	194	12	190
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	16,0 %	16,7 %	22,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,4 %	38,1 %	25,0 %	33,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,2 %	62,9 %	75,0 %	68,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,8 %	37,6 %	25,0 %	35,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	14,9 %	8,3 %	11,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,4 %	6,7 %	8,3 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,4 %	56,7 %	41,7 %	60,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	23,1 %	10,8 %	0,0 %	6,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	86	<10	75
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	14,0 %	20,0 %	21,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	46,5 %	0,0 %	40,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	65,1 %	100,0 %	76,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,7 %	40,7 %	20,0 %	40,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	11,6 %	0,0 %	4,0 %

• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	8,1 %	20,0 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,7 %	59,3 %	20,0 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	33,3 %	10,5 %	0,0 %	1,3 %

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	10	471	12	416
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,0 %	16,1 %	25,0 %	19,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	30,8 %	25,0 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,0 %	81,7 %	75,0 %	83,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,0 %	54,6 %	33,3 %	51,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,0 %	11,3 %	8,3 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	40,0 %	19,5 %	25,0 %	19,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	48,0 %	50,0 %	53,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,0 %	7,6 %	8,3 %	7,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	175	<10	172
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,3 %	21,1 %	42,9 %	22,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	49,7 %	42,9 %	47,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,4 %	84,6 %	71,4 %	85,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,6 %	57,7 %	42,9 %	61,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,3 %	18,9 %	14,3 %	18,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,6 %	18,3 %	28,6 %	18,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,9 %	70,3 %	85,7 %	74,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	14,3 %	4,0 %	0,0 %	1,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	81	<10	66
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	21,0 %	33,3 %	21,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	58,0 %	33,3 %	54,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	85,2 %	100,0 %	89,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	56,8 %	33,3 %	60,6 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	16,0 %	0,0 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	18,5 %	0,0 %	25,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	74,1 %	66,7 %	75,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,5 %	0,0 %	1,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	400	457	295	431
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,0 %	16,4 %	26,4 %	19,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,0 %	9,0 %	8,5 %	11,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	32,8 %	35,0 %	33,6 %	32,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,3 %	11,4 %	12,5 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,8 %	2,0 %	3,1 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	3,3 %	3,1 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,3 %	26,3 %	35,9 %	31,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,3 %	44,0 %	38,0 %	41,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	272	281	230	282
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,7 %	23,5 %	31,3 %	26,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,1 %	12,5 %	10,4 %	14,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,2 %	35,2 %	35,2 %	35,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,3 %	15,7 %	13,5 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	3,2 %	3,9 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,6 %	2,6 %	3,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,5 %	37,4 %	43,0 %	42,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,7 %	34,9 %	32,2 %	30,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	164	160	95	137
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	34,1 %	28,1 %	41,1 %	35,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,9 %	14,4 %	7,4 %	8,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	29,9 %	34,4 %	32,6 %	32,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,5 %	15,0 %	9,5 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	2,5 %	4,2 %	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,8 %	3,2 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,9 %	43,1 %	51,6 %	46,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,2 %	32,5 %	33,7 %	29,9 %

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	291	404	249	363
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	42,3 %	25,2 %	45,4 %	30,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,4 %	17,1 %	12,0 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	59,1 %	57,9 %	61,0 %	57,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,8 %	25,0 %	31,7 %	28,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,2 %	4,5 %	5,6 %	6,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,2 %	9,2 %	10,4 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,3 %	42,8 %	57,8 %	51,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,6 %	21,3 %	15,7 %	18,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	210	247	192	241
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	52,9 %	36,4 %	54,7 %	39,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,1 %	21,1 %	13,5 %	27,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	61,4 %	58,7 %	62,5 %	61,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,0 %	29,1 %	32,3 %	30,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,6 %	7,3 %	7,3 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	8,9 %	10,9 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,1 %	58,3 %	68,8 %	65,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,4 %	13,4 %	11,5 %	12,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	138	139	78	119
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	58,7 %	42,4 %	65,4 %	47,9 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,8 %	25,2 %	9,0 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	60,1 %	63,3 %	65,4 %	63,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,1 %	30,9 %	29,5 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,7 %	6,5 %	10,3 %	9,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,6 %	11,5 %	9,0 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,6 %	67,6 %	76,9 %	73,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,1 %	6,5 %	10,3 %	7,6 %

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	205	304	201	296
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	59,0 %	30,6 %	65,2 %	36,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	28,6 %	16,9 %	26,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,1 %	78,6 %	84,1 %	77,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,3 %	47,4 %	58,7 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	7,9 %	12,4 %	12,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,1 %	20,1 %	25,4 %	20,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,7 %	59,9 %	76,1 %	61,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,3 %	8,2 %	2,0 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	155	203	163	200
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	71,0 %	38,9 %	73,0 %	44,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,9 %	33,5 %	18,4 %	33,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,7 %	81,3 %	84,0 %	81,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,7 %	50,2 %	58,9 %	57,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,5 %	10,3 %	15,3 %	16,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,1 %	20,2 %	23,3 %	22,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,2 %	71,9 %	84,7 %	74,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	4,4 %	1,2 %	3,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	103	115	67	97
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	76,7 %	43,5 %	82,1 %	53,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,3 %	38,3 %	16,4 %	26,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,6 %	85,2 %	85,1 %	85,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,5 %	53,0 %	55,2 %	56,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,6 %	8,7 %	17,9 %	16,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,4 %	26,1 %	17,9 %	24,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	93,2 %	80,9 %	92,5 %	82,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,9 %	1,5 %	1,0 %

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

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	461	461	467	467	461	461	467	467
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	22	223	35	235	22	223	35	235
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	69	11	84	<10	69	11	84
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	16	<10	28	<10	16	<10	28
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	10	102	20	97	10	102	20	97
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	32	<10	43	<10	32	<10	43
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	<10	16	<10	<10	<10	16

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB1) Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (dA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (dB1) 								
	22,7 %	20,2 %	17,1 %	16,6 %	9,1 %	14,8 %	8,6 %	11,5 %
	20,0 %	19,6 %	15,0 %	12,4 %	0,0 %	13,7 %	5,0 %	7,2 %
	0,0 %	5,8 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	5,8 %	0,0 %	3,6 %
	0,0 %	3,1 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,7 %
	0,0 %	12,5 %	0,0 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	158,0	612,8	272,8	607,1	234,0	792,9	437,3	823,2
	98,5	571,7	265,7	441,8	0,0	765,4	592,0	673,1

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	0,0	369,0	0,0	276,3	0,0	413,0	0,0	280,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	0,0	168,0	0,0	222,0	0,0	0,0	0,0	254,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	201,3	0,0	246,7	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	0,0	0,0	246,7	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	648	648	644	644	648	648	644	644
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	420	330	394	322	420	330	394	322
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	184	130	164	139	184	130	164	139
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	61	47	58	53	61	47	58	53
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	267	196	205	161	267	196	205	161
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	126	78	98	70	126	78	98	70
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	43	26	38	26	43	26	38	26

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB1) Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> 1: Schwere psychische Störung A³ (dA1) 2: Schwere psychische Störung B⁴ (dB1) 								
	7,4 %	9,4 %	8,9 %	8,7 %	6,4 %	9,4 %	5,1 %	9,3 %
	4,1 %	8,7 %	4,9 %	3,1 %	2,6 %	7,1 %	2,4 %	3,7 %
	3,8 %	6,2 %	3,0 %	3,6 %	0,5 %	4,6 %	0,6 %	5,0 %
	0,8 %	3,8 %	1,0 %	1,4 %	0,0 %	1,3 %	1,0 %	2,9 %
	3,3 %	17,0 %	0,0 %	13,2 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %
	2,3 %	3,8 %	0,0 %	11,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	287,6	574,9	238,3	773,1	327,4	657,4	356,1	771,3
	221,8	336,1	266,6	436,0	290,9	478,1	415,4	415,0

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	176,4	339,0	220,0	463,5	202,0	363,3	258,5	513,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	191,5	425,8	258,5	170,5	0,0	553,5	258,5	413,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	136,5	257,3	0,0	271,9	0,0	367,8	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	155,3	261,7	0,0	236,6	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	520	520	520	520
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	500	500	506	514
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)	0,0%	1,2%	0,8%	1,2%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	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	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	700	700	700	700
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	681	676	682	679
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,6%	0,7%	0,6%	0,1%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	266	266	306	306
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	105	233	128	251
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	20,6	79,5	20,1	68,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,8%	13,2%	23,5%	9,5%
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	1,2	1,0	1,0	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	0,9	0,0	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	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.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	302	302	357	357
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	164 2,0 49,4 17,9%	166 1,8 39,4 6,0%	179 1,6 39,9 14,0%	185 1,8 37,7 8,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	16 1,5 1,5 0,3%	15 1,2 0,8 0,0%	29 1,6 3,0 0,6%	21 1,4 2,5 0,3%

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)	422	380
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	25,1% 121,3	31,3% 92,0
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	163	160
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	10,7% 111,9	14,2% 93,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	73	55
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	5,5% 129,7	6,3% 132,2

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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	296	292
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	42,6% 127,0	47,9% 115,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	212	203
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	27,7% 127,6	33,6% 118,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	123	100
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	17,9% 123,6	18,5% 134,0

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)	520	520
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,7 3 2 - 5	3,7 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,3 2 1 - 3	2,2 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,4 1 0 - 2	1,4 1 0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	700	700
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,4 3 2 - 4	3,7 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,7 2 1 - 4	2,8 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	0,7 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)	520	520
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	6,2 %	4,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	700	700
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	3,1 %	3,0 %

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	488	499
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	153 249 371	141 259 366
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	10,5 % 2,0 % 22,1 %	17,7 % 2,3 % 18,6 %

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
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	678	679
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	112 273 457	148 302 436
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	6,3 % 1,1 % 5,9 %	6,1 % 0,7 % 9,9 %

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>91</p> <p>5,5 %</p>	<p>83</p> <p>4,8 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>124</p> <p>2,4 %</p>	<p>126</p> <p>1,6 %</p>

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p>87</p> <p>2,3 %</p>	<p>94</p> <p>4,3 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>16</p> <p>62,5 %</p>	<p>24</p> <p>50,0 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>43</p> <p>25,6 %</p>	<p>51</p> <p>39,2 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	288 56,9 %	348 49,1 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	262 13,0 %	267 15,7 %

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

² ACT Code: N06A

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	188 94,7 %	159 91,2 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	58 91,4 %	71 93,0 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	13 15,4 %	15 20,0 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

14.2 Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

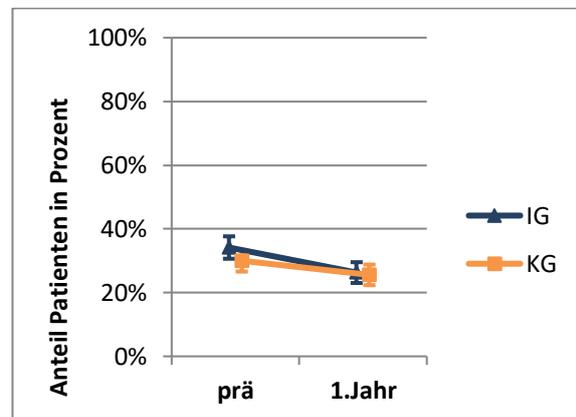
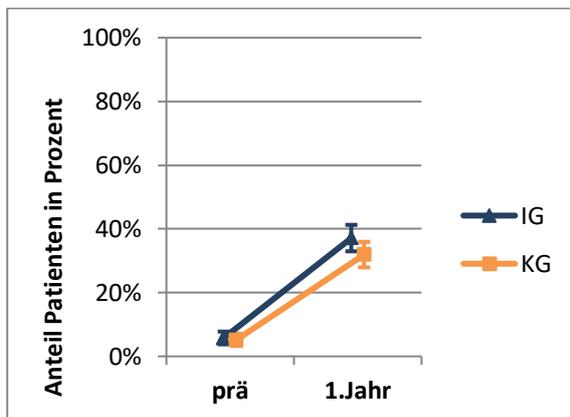
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

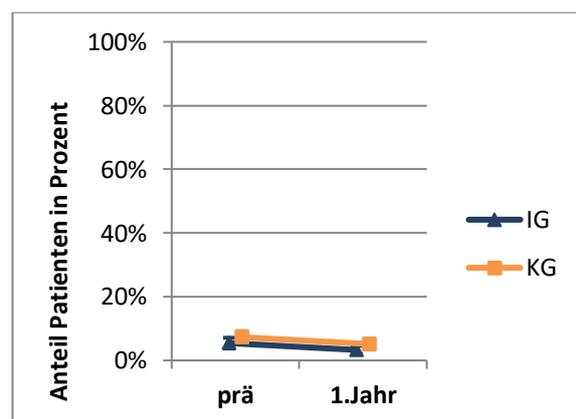
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

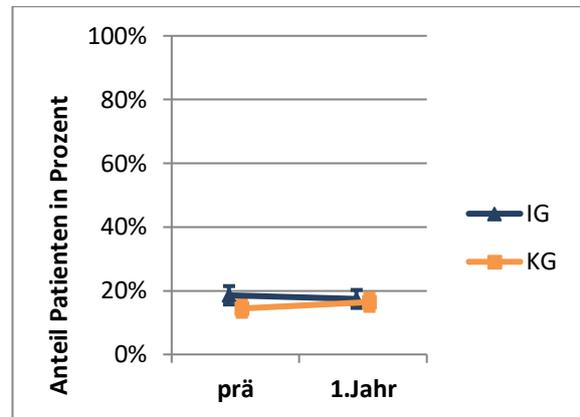
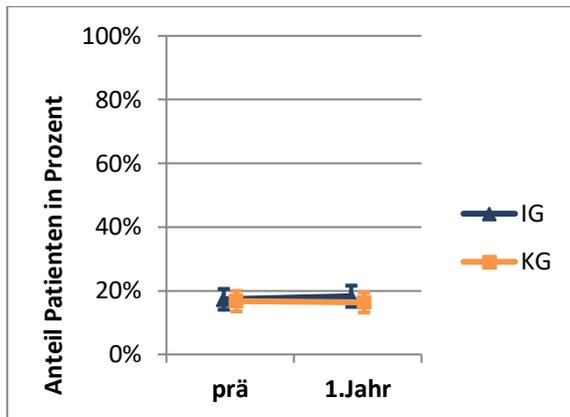


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein



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

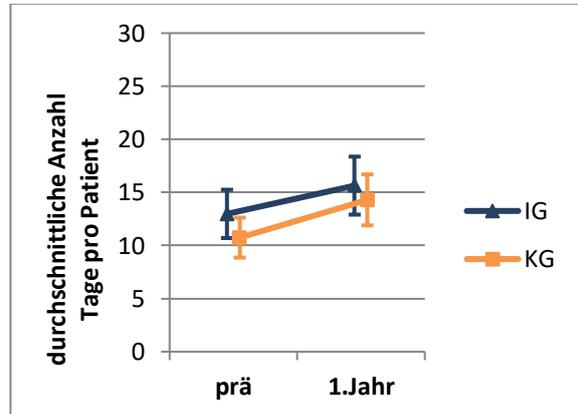
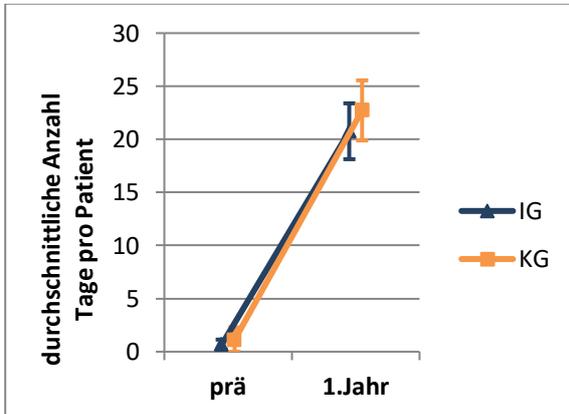


Klinikneue Patienten

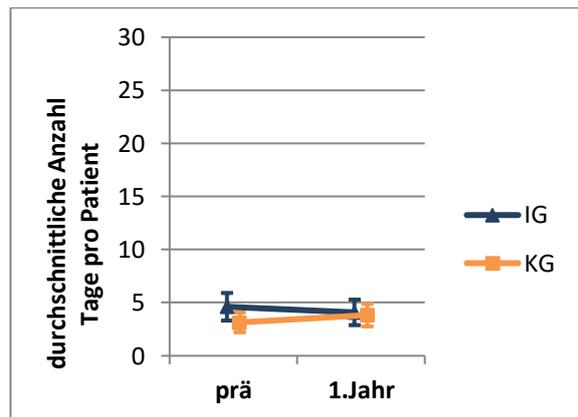
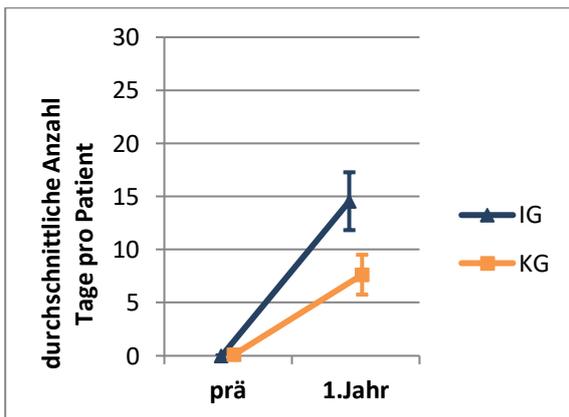
Klinikbekannte Patienten

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

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

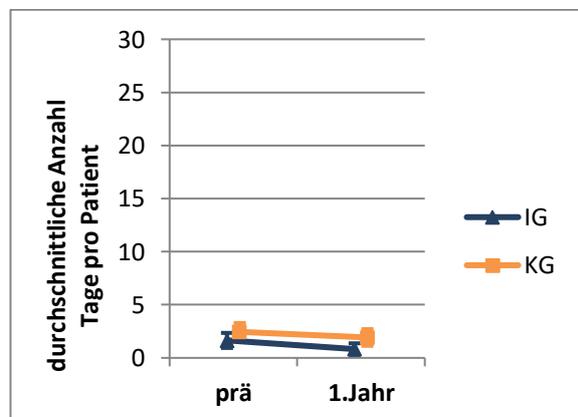


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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

Fallzahl zu klein



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

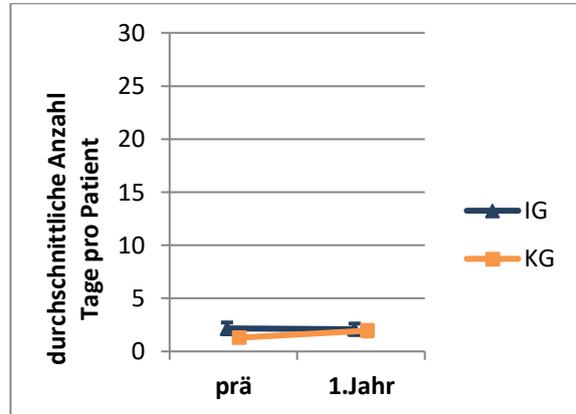
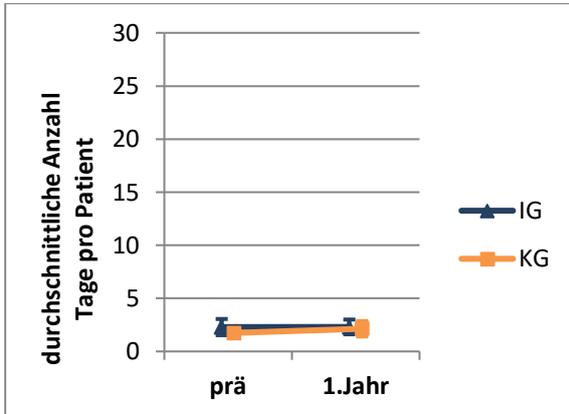


Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

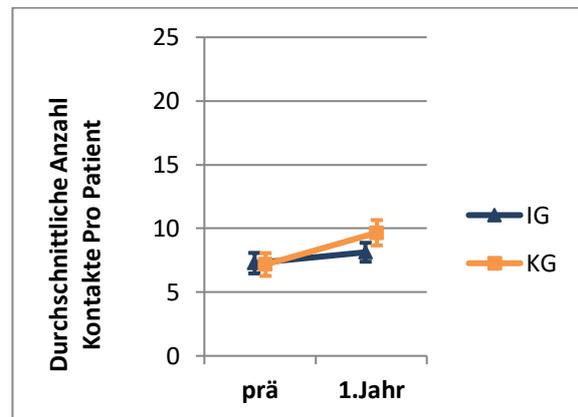
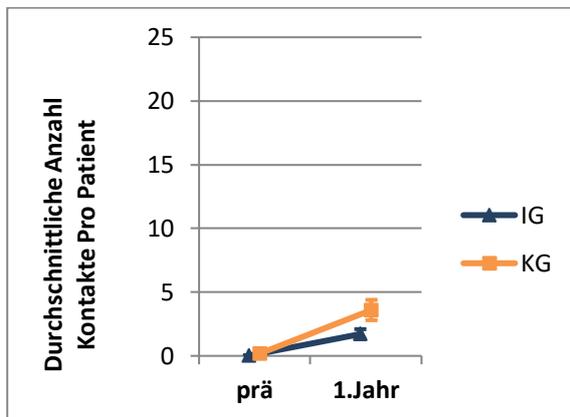
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

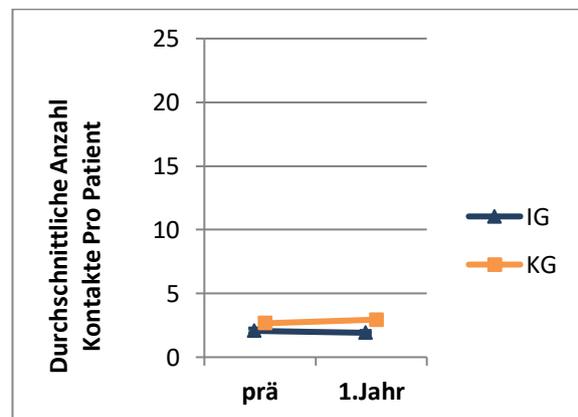
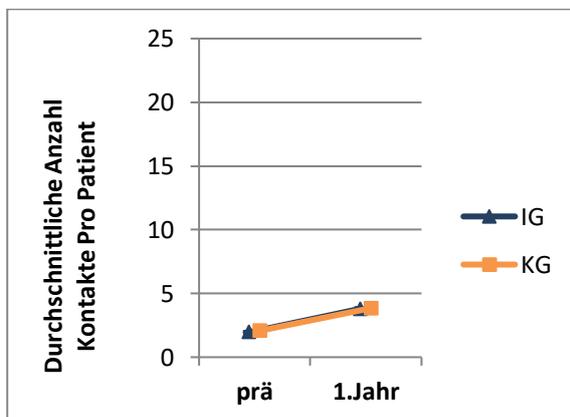
Klinikbekannte Patienten

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

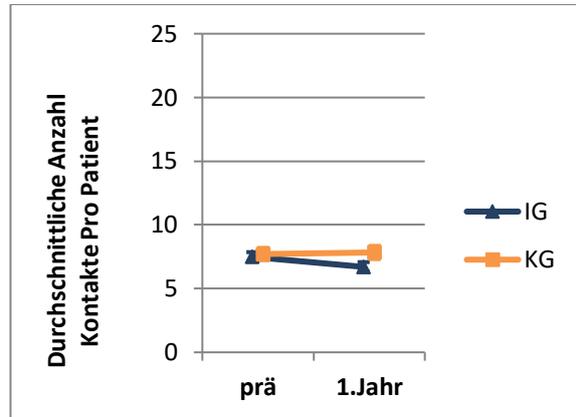
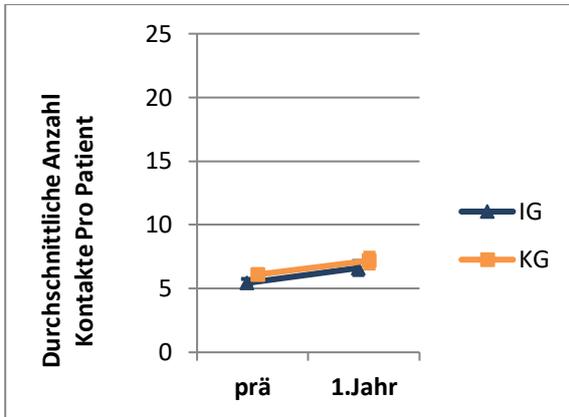
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

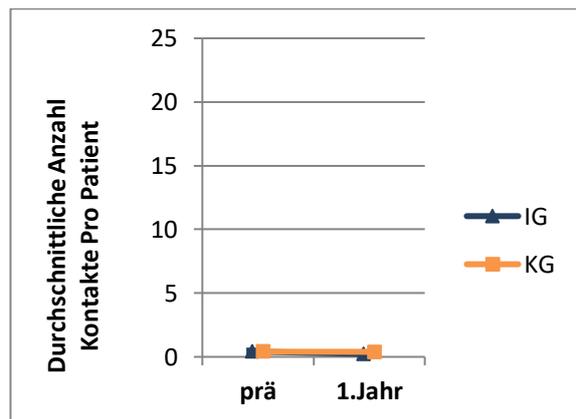
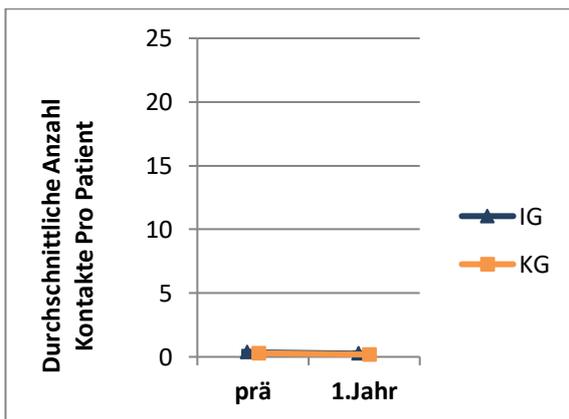
Fallzahl zu klein

- **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)**

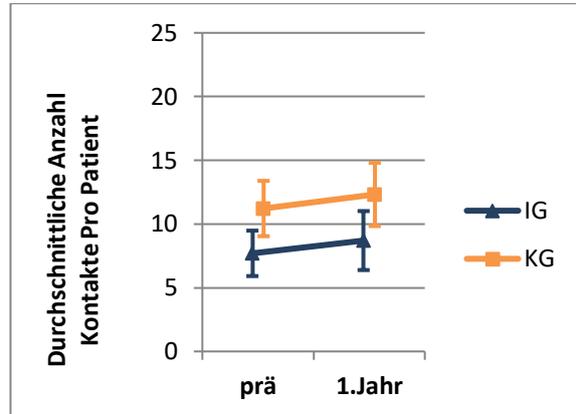
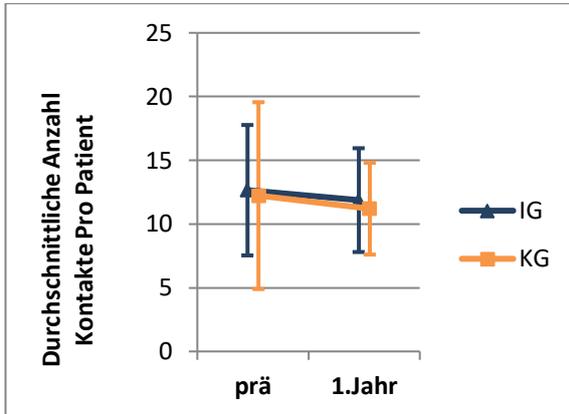


Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

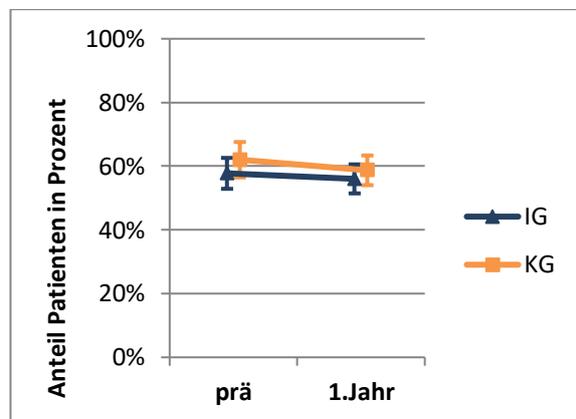
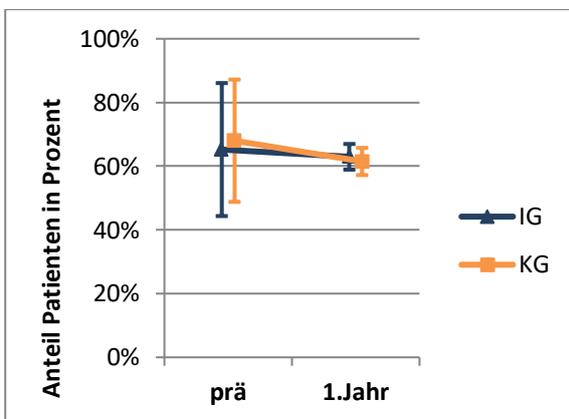
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

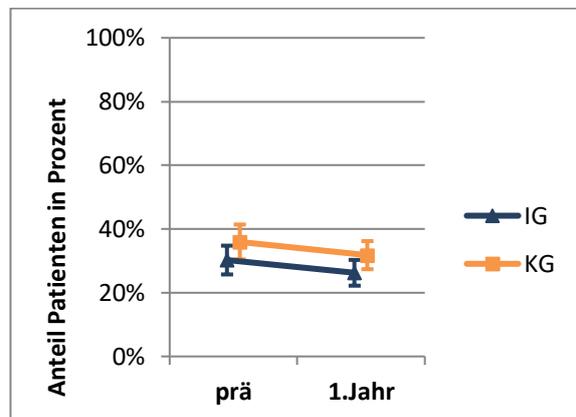
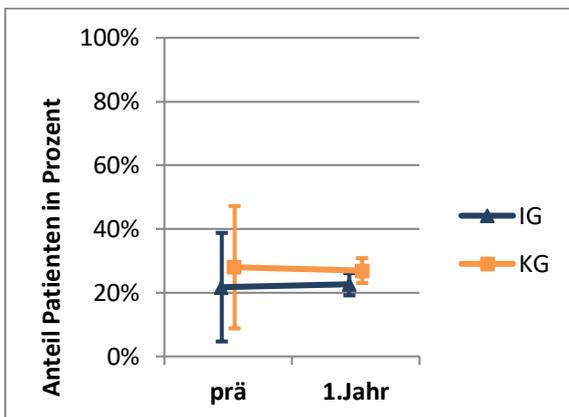
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

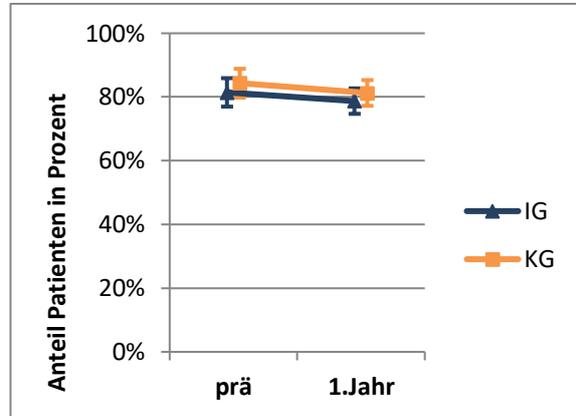
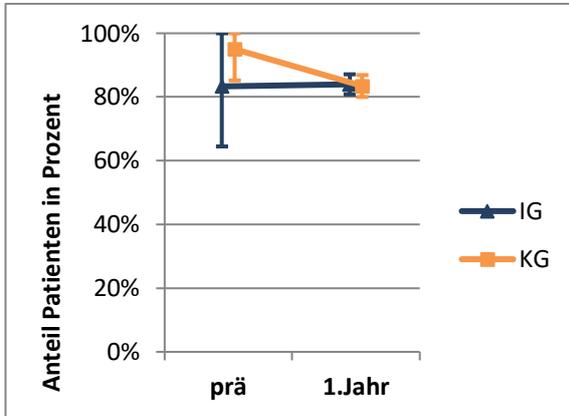


Klinikneue Patienten

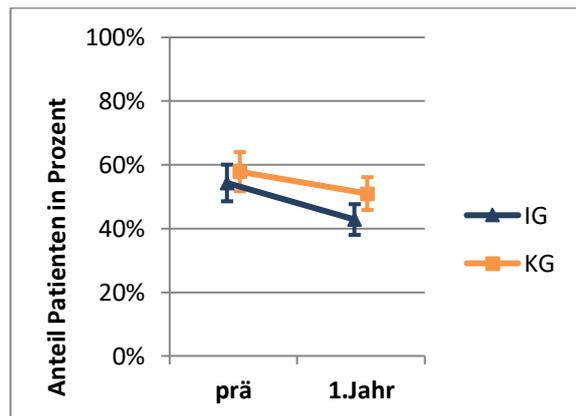
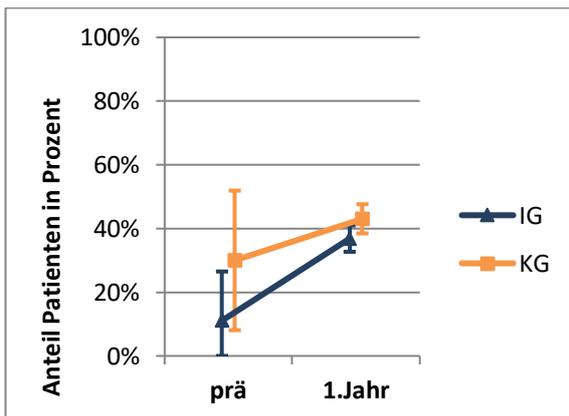
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

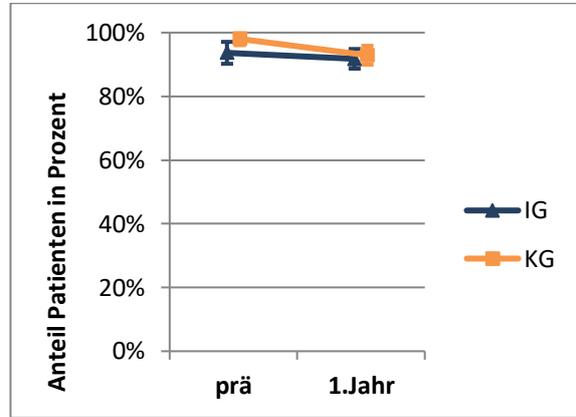
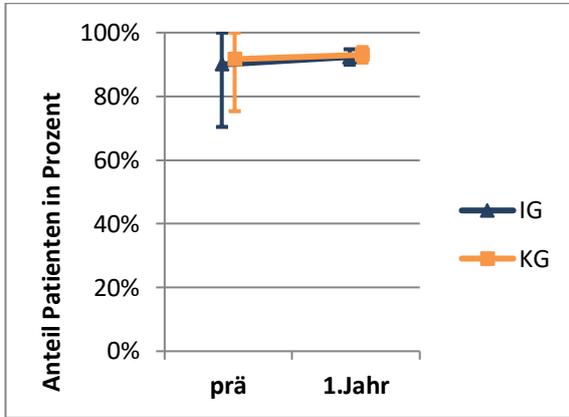


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

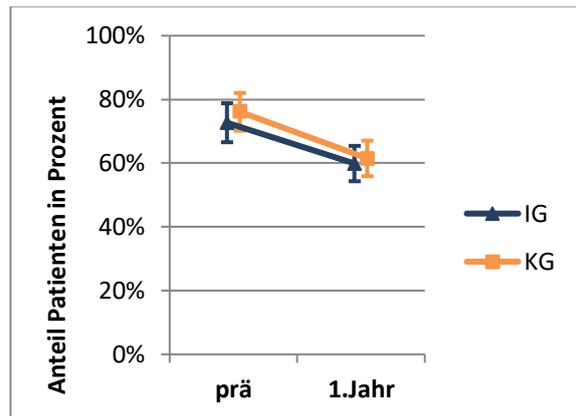
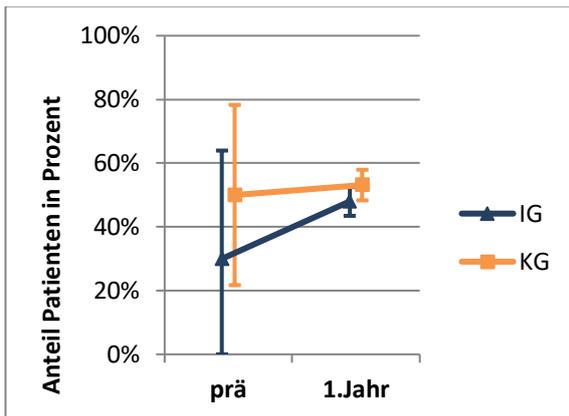


Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

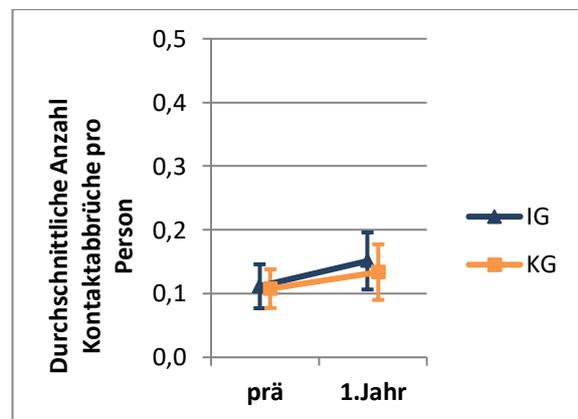
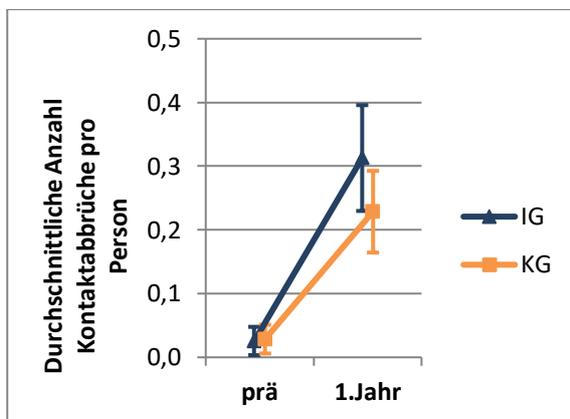
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

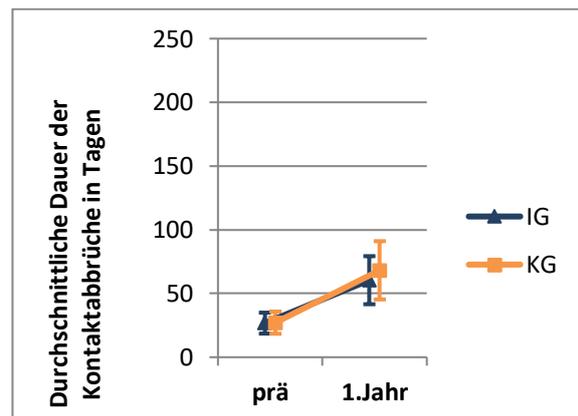
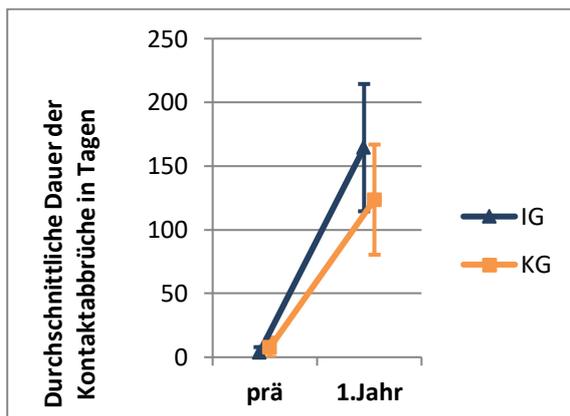


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



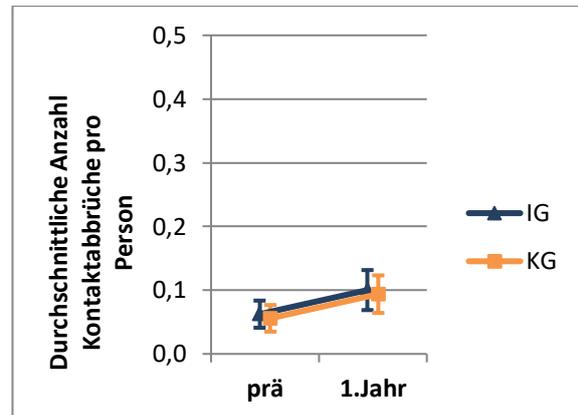
Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

Klinikbekannte Patienten



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

Klinikbekannte Patienten

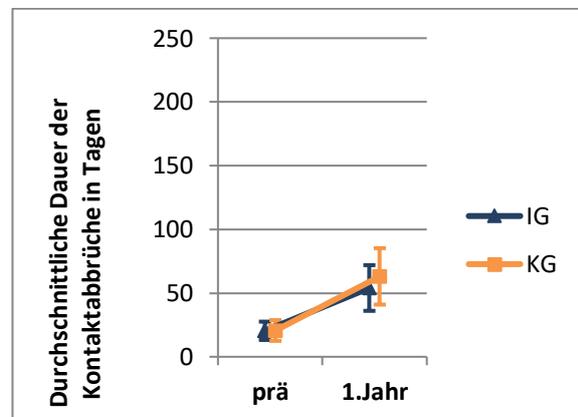


Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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: Interaktionsdiagramme, 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

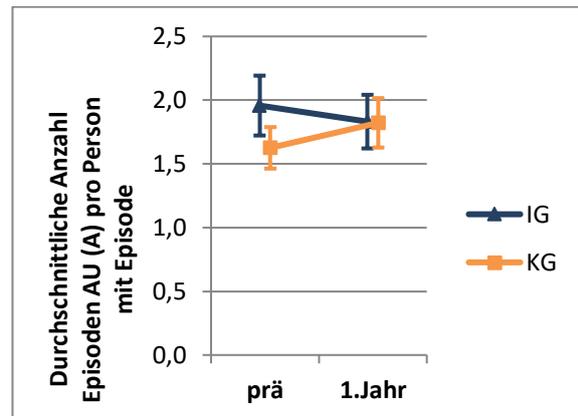
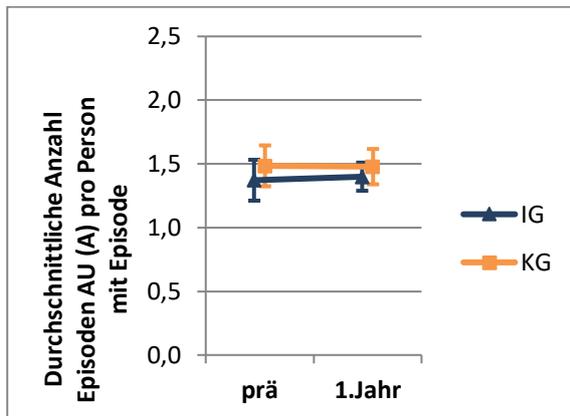
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

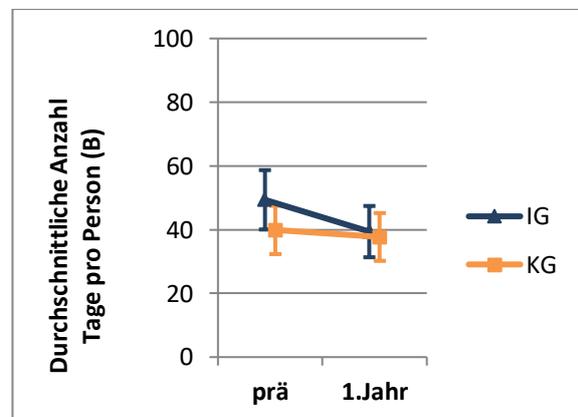
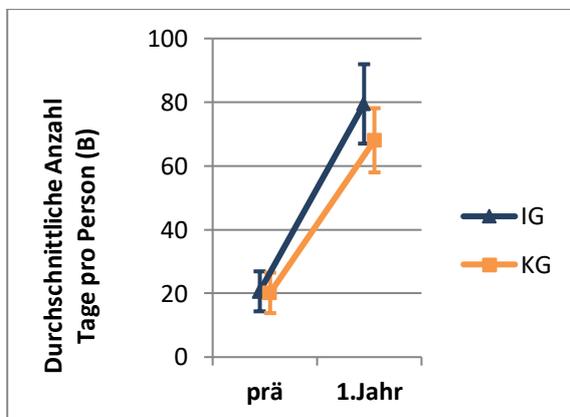
Klinikbekannte Patienten

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: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

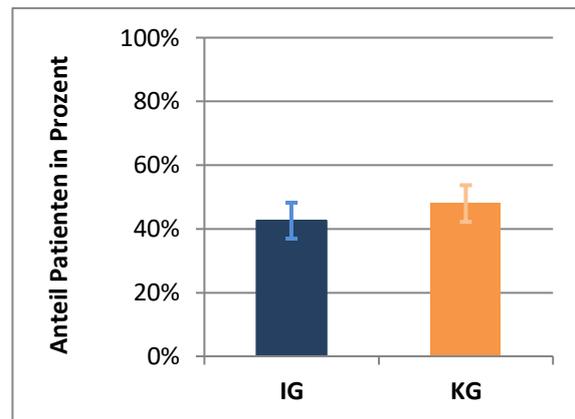
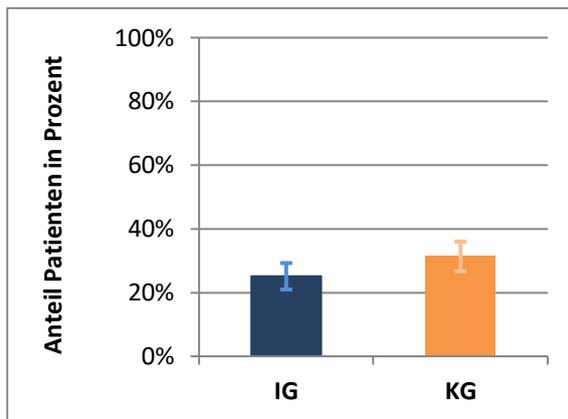
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

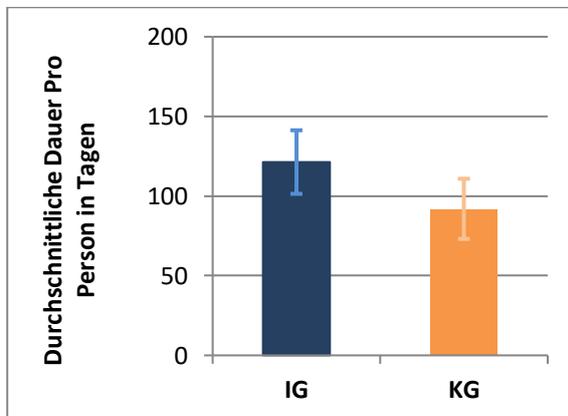
Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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



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



Fallzahl zu klein

Abbildung 58: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Mittlerer Elixhauser Score

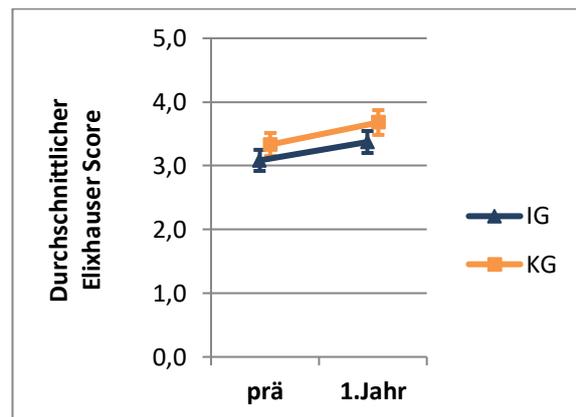
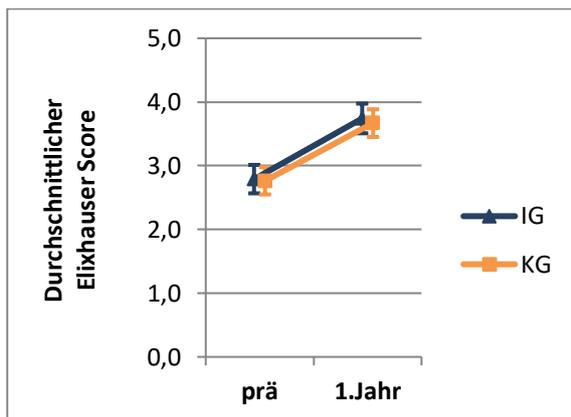


Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

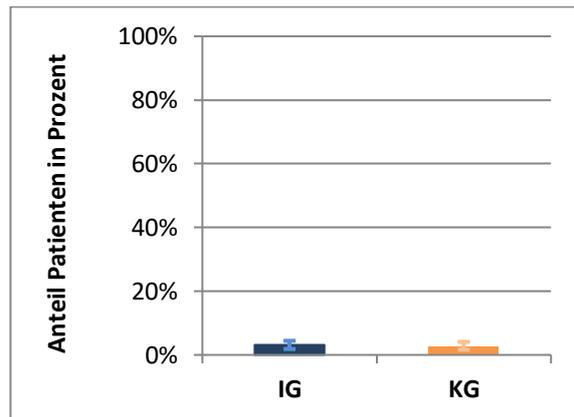
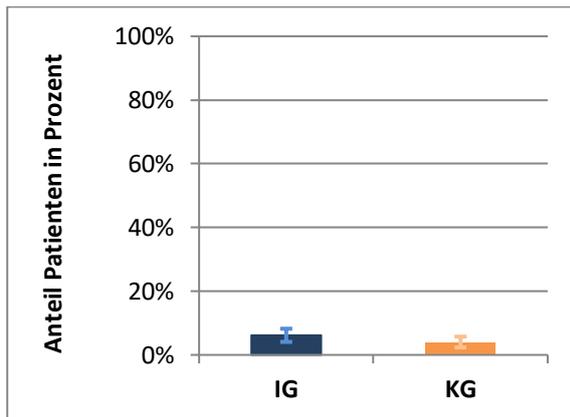


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

Fallzahl zu klein

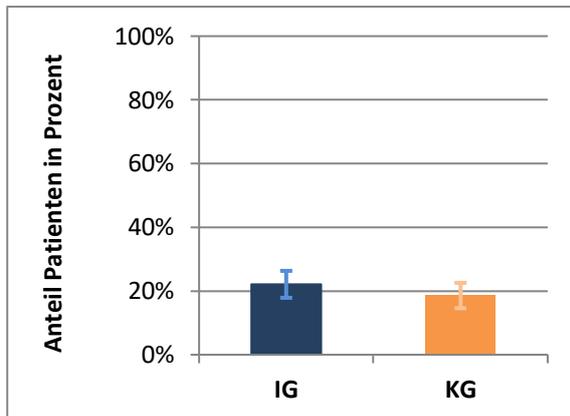


Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

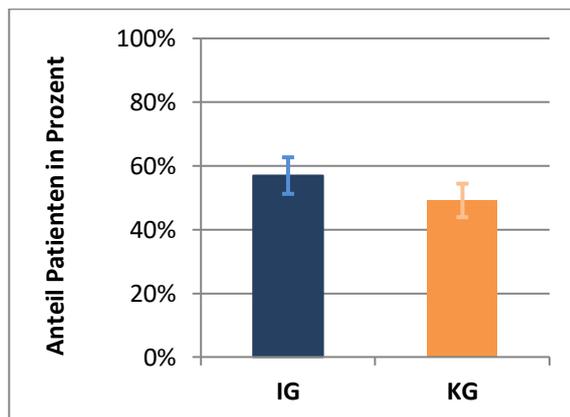
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

14.3 Ergebnisse Modellierung

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der 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)	—	—	—	-1,53*** -2,11...-0,95	kf	-0,37** -0,63...-0,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,51*** 1,32...1,73	kf	0,82** 0,73...0,93
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,17 0,63-2,15	kf	1,11 0,67-1,85	1,53*** 1,33-1,75	kf	0,85** 0,76-0,96
Gruppe	1,03 0,59-1,79	kf	0,92 0,63-1,34	0,39*** 0,30-0,51	kf	0,97 0,58-1,63
Zeit	10,28*** 6,43-16,45	kf	0,95 0,66-1,37	20,72*** 19,05-22,53	kf	1,18*** 1,08-1,29
Indexgruppe 6 (F10)	0,90 0,62-1,29	kf	0,92 0,63-1,35	0,98 0,72-1,33	kf	0,74 0,36-1,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,78-1,44	kf	0,61** 0,44-0,84	1,15 0,88-1,51	kf	0,39** 0,22-0,72
Indexgruppe 9 (F43)	0,60** 0,43-0,85	kf	0,54** 0,37-0,79	0,53*** 0,39-0,71	kf	0,35** 0,18-0,68
Psy A ¹	1,28 0,92-1,78	kf	1,24 0,87-1,76	1,43* 1,06-1,92	kf	1,28 0,66-2,46
Psy B ²	1,03 0,68-1,56	kf	0,87 0,57-1,33	0,91 0,63-1,32	kf	1,00 0,44-2,25
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,04*** 1,03-1,05	1,01* 1,00-1,02	kf	1,06*** 1,05-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,77 0,58-1,02	kf	0,78 0,58-1,05	0,90 0,70-1,15	kf	0,57* 0,33-1,00
Komorbidität ³	1,06 0,99-1,13	kf	1,15*** 1,08-1,22	1,04 0,99-1,10	kf	1,34*** 1,19-1,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,54-1,35	kf	1,20 0,80-1,78	1,06 0,73-1,54	kf	1,79 0,80-3,98
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,53** 1,16-2,03	kf	2,13*** 1,57-2,88	0,98 0,77-1,26	kf	3,74*** 2,14-6,55
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44*** 0,31-0,62	kf	0,63* 0,44-0,91	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,42** 0,22-0,80

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-0,89** -1,43...-0,35	-0,29** -0,48...-0,09	-0,74*** -0,94...-0,54
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,91*** 0,87...0,94	0,64*** 0,57...0,73	0,64*** 0,57...0,71
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,80 0,53-1,20	0,56 0,17-1,78	0,72 0,46-1,14	0,91*** 0,87-0,95	0,62*** 0,54-0,70	0,64*** 0,58-0,72
Gruppe	1,36* 1,02-1,83	1,35 0,11-16,93	1,45* 1,02-2,08	0,88 0,60-1,29	0,51 0,21-1,27	1,45 0,88-2,39
Zeit	0,71* 0,53-0,94	0,34** 0,17-0,69	1,24 0,89-1,73	1,33*** 1,29-1,37	0,78*** 0,73-0,84	1,49*** 1,37-1,62
Indexgruppe 6 (F10)	1,52** 1,11-2,07	0,35 0,01-12,32	0,70 0,48-1,03	5,52*** 3,27-9,32	0,11** 0,03-0,45	0,51 0,26-1,01
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,21 0,93-1,57	0,50 0,02-10,54	0,98 0,72-1,34	1,63* 1,03-2,56	0,23** 0,08-0,68	0,91 0,51-1,60
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,93 0,38-2,29	0,20 0,00-INF	0,68 0,18-2,63	2,12 0,47-9,63	0,87 0,05-15,52	0,89 0,11-7,52
Psy A ¹	1,48* 1,09-2,02	0,93 0,05-19,02	0,69 0,48-1,01	1,44 0,84-2,47	3,32* 1,01-10,95	0,48* 0,24-0,96
Psy B ²	0,98 0,74-1,28	0,72 0,04-14,80	1,52* 1,07-2,15	0,91 0,56-1,47	1,08 0,37-3,14	2,04* 1,08-3,86
Alter	0,99 0,99-1,00	0,94 0,86-1,03	1,03*** 1,02-1,04	1,01 0,99-1,02	0,96* 0,93-1,00	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,79* 0,63-0,99	0,55 0,04-6,97	0,77 0,58-1,01	1,04 0,70-1,54	0,31* 0,12-0,79	0,57* 0,34-0,95
Komorbidität ³	1,01 0,96-1,07	1,37 0,79-2,35	1,26*** 1,19-1,34	1,04 0,95-1,14	1,12 0,92-1,37	1,49*** 1,33-1,66
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,48* 1,01-2,18	2,10 0,03-147,67	1,46 0,97-2,21	1,98* 1,04-3,77	0,87 0,14-5,50	1,71 0,76-3,85
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	9,31*** 7,01-12,35	3,96 0,14-109,49	3,00*** 2,22-4,05	25,84*** 17,09-39,09	4,99** 1,73-14,38	5,50*** 3,23-9,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,18*** 0,13-0,23	0,79 0,06-9,55	0,53*** 0,39-0,72	0,01*** 0,01-0,02	0,39* 0,15-0,98	0,36*** 0,21-0,64

Signif. codes: 0 '***' 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 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniker 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)	—	—	—	-2,02*** -2,64...-1,40	kf	0,53** 0,23...0,83
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,13 0,96...1,33	kf	1,22** 1,09...1,36
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,67** 1,34-5,30	kf	1,08 0,64-1,80	1,14 0,97-1,34	kf	1,18** 1,06-1,32
Gruppe	0,61 0,33-1,14	kf	1,29 0,90-1,86	0,52*** 0,38-0,70	kf	1,37 0,85-2,19
Zeit	6,78*** 4,27-10,78	kf	0,74 0,51-1,07	33,07*** 29,65-36,88	kf	0,82*** 0,76-0,89
Indexgruppe 6 (F10)	1,21 0,86-1,69	kf	0,85 0,60-1,22	1,04 0,75-1,43	kf	0,65 0,35-1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,74-1,39	kf	0,95 0,70-1,29	1,13 0,83-1,53	kf	0,72 0,42-1,24
Indexgruppe 9 (F43)	0,59** 0,42-0,83	kf	0,53** 0,37-0,78	0,65* 0,47-0,90	kf	0,34** 0,18-0,63
Psy A ¹	1,07 0,76-1,50	kf	0,96 0,68-1,36	1,01 0,72-1,41	kf	1,18 0,65-2,14
Psy B ²	1,40 0,92-2,11	kf	1,41 0,94-2,10	1,44 0,96-2,17	kf	1,50 0,74-3,04
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,02*** 1,02-1,03	1,01* 1,00-1,02	kf	1,04*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,93-1,64	kf	0,85 0,64-1,14	1,36* 1,03-1,79	kf	0,82 0,50-1,35
Komorbidität ³	1,01 0,95-1,07	kf	1,20*** 1,14-1,27	1,01 0,96-1,07	kf	1,39*** 1,26-1,53
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,22 0,78-1,91	kf	1,83** 1,26-2,67	1,04 0,69-1,58	kf	3,17** 1,60-6,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,91*** 1,44-2,54	kf	2,59*** 1,94-3,46	1,05 0,81-1,37	kf	4,93*** 3,01-8,05
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,50*** 0,35-0,73	kf	0,67* 0,48-0,96	0,02*** 0,01-0,02	kf	0,40** 0,22-0,73

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-1,82*** -2,29...-1,35
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-3,54*** -4,03...-3,05
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-2,64*** -3,14...-2,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,14* 1,01...1,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,79*** 0,69...0,90
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,68*** 0,58...0,79
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,16* 1,02-1,31
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,78*** 0,69-0,89
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,66*** 0,57-0,77

Signif. codes: 0 '***' 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 vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,49*** 0,39-0,62
Zeit	26,06*** 24,03-28,26
Indexgruppe 6 (F10)	1,03 0,87-1,23
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,22* 1,05-1,43
Indexgruppe 9 (F43)	0,66*** 0,56-0,78
Psy A ¹	1,08 0,91-1,28
Psy B ²	1,40** 1,14-1,72
Alter	1,01*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,85-1,12
Komorbidität ³	1,02 0,99-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,26* 1,01-1,57
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,88-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02*** 0,01-0,02
2. vs. 1.Jahr	0,92 0,71-1,18
3. vs. 1.Jahr	0,65** 0,50-0,85

Signif. codes: 0 '***' 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)	-1,71*** -1,91...-1,51	0,07 -0,22...0,36	0,08 -0,35...0,52	kf	kf	0,00 -0,09...0,09	kf	0,25 -0,35...0,84
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	4,85*** 2,52...9,32	1,05 0,94...1,17	1,03 0,96...1,10	kf	kf	1,10 0,79...1,55	kf	1,02 0,97...1,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	4,65*** 2,44-8,87	1,05 0,94-1,16	1,03 0,96-1,10	kf	kf	1,10 0,78-1,55	kf	1,02 0,97-1,07
Gruppe	0,16*** 0,08-0,33	1,29 0,95-1,77	0,87* 0,78-0,98	kf	kf	1,18 0,62-2,25	kf	1,03 0,66-1,58
Zeit	18,51*** 15,15-22,61	1,86*** 1,72-2,00	1,18*** 1,12-1,23	kf	kf	0,63*** 0,49-0,81	kf	0,92*** 0,89-0,95
Indexgruppe 6 (F10)	0,22*** 0,13-0,37	0,23*** 0,15-0,35	0,96 0,82-1,12	kf	kf	0,44 0,18-1,07	kf	0,52* 0,28-0,97
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,37 0,96-1,96	1,51* 1,06-2,14	1,19** 1,05-1,35	kf	kf	0,28** 0,13-0,63	kf	1,54 0,92-2,56
Indexgruppe 9 (F43)	0,88 0,60-1,30	0,72 0,49-1,06	0,93 0,81-1,07	kf	kf	0,31** 0,13-0,73	kf	1,75* 1,02-3,01
Psy A ¹	0,98 0,67-1,43	4,77*** 3,27-6,95	1,42*** 1,24-1,63	kf	kf	1,57 0,72-3,39	kf	1,25 0,72-2,14
Psy B ²	1,07 0,65-1,75	1,49 0,95-2,34	1,25* 1,05-1,49	kf	kf	0,33* 0,11-0,96	kf	0,89 0,44-1,77
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,98*** 0,97-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	1,01 0,99-1,03	kf	1,03*** 1,01-1,04
Geschlecht (m vs. w)	0,75 0,54-1,04	1,09 0,79-1,50	1,29*** 1,15-1,45	kf	kf	0,74 0,38-1,45	kf	2,73*** 1,70-4,36
Komorbidität ³	0,99 0,91-1,07	1,04 0,96-1,12	1,11*** 1,08-1,14	kf	kf	1,07 0,92-1,24	kf	1,30*** 1,18-1,45
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,48-1,52	1,16 0,69-1,96	1,31** 1,09-1,57	kf	kf	0,62 0,21-1,82	kf	1,33 0,64-2,74
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21 0,88-1,68	1,17 0,85-1,61	1,29*** 1,15-1,45	kf	kf	1,28 0,66-2,48	kf	2,98*** 1,89-4,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	15,14*** 10,43-21,98	0,64* 0,44-0,92	0,97 0,85-1,11	kf	kf	1,09 0,51-2,31	kf	1,62 0,96-2,72

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-1,64*** -2,06...-1,22	-0,44*** -0,67...-0,21	-0,91*** -1,31...-0,50	kf	kf	-0,17*** -0,26...-0,08	kf	-0,10 -0,57...0,37
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,83*** 0,79...0,87	0,84*** 0,76...0,92	0,88*** 0,83...0,93	kf	kf	0,58*** 0,45...0,75	kf	1,03 0,98...1,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,83*** 0,79-0,87	0,83*** 0,76-0,92	0,88*** 0,84-0,93	kf	kf	0,53*** 0,41-0,69	kf	1,03 0,98-1,08
Gruppe	1,04 0,91-1,19	0,77 0,50-1,20	0,95 0,87-1,05	kf	kf	1,01 0,60-1,72	kf	0,39*** 0,26-0,59
Zeit	1,35*** 1,30-1,40	1,11** 1,04-1,18	1,02 0,98-1,05	kf	kf	0,94 0,80-1,11	kf	1,10*** 1,07-1,13
Indexgruppe 6 (F10)	1,75*** 1,46-2,09	0,63 0,35-1,13	0,83** 0,74-0,94	kf	kf	0,57 0,27-1,18	kf	0,26*** 0,15-0,46
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,40*** 1,21-1,64	2,87*** 1,75-4,71	0,99 0,89-1,10	kf	kf	0,85 0,47-1,55	kf	1,49 0,94-2,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,89 0,56-1,44	5,98* 1,33-26,85	0,89 0,63-1,27	kf	kf	0,04 0,00-2,34	kf	0,16* 0,03-0,87
Psy A ¹	1,27* 1,05-1,54	5,10*** 2,74-9,47	1,00 0,88-1,13	kf	kf	0,84 0,42-1,69	kf	2,00* 1,12-3,55
Psy B ²	1,22* 1,03-1,44	0,90 0,52-1,54	1,30*** 1,16-1,46	kf	kf	0,71 0,37-1,36	kf	1,13 0,68-1,87
Alter	0,99* 0,99-1,00	0,97*** 0,95-0,98	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,98 0,96-1,00	kf	1,04*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,88-1,15	2,49*** 1,60-3,88	1,07 0,97-1,17	kf	kf	0,60 0,35-1,02	kf	2,42*** 1,59-3,67
Komorbidität ³	0,99 0,96-1,03	0,95 0,86-1,05	1,15*** 1,12-1,17	kf	kf	1,20** 1,07-1,36	kf	1,22*** 1,11-1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15 0,91-1,45	1,64 0,76-3,53	1,16 1,00-1,35	kf	kf	0,57 0,21-1,58	kf	0,80 0,40-1,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,02 0,88-1,17	2,61*** 1,66-4,11	1,14** 1,04-1,26	kf	kf	1,18 0,68-2,05	kf	1,69* 1,10-2,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	10,92*** 9,10-13,11	0,13*** 0,08-0,21	1,01 0,91-1,12	kf	kf	1,40 0,76-2,57	kf	2,29** 1,42-3,70

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach Klinikneue 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)	-0,33** -0,56...-0,10	-0,11 -0,43...0,20	0,62* 0,10...1,13	kf	kf	0,03 -0,07...0,13	kf	0,06 -0,56...0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,54 0,96...2,47	0,90 0,81...1,01	1,11** 1,04...1,18	kf	kf	0,96 0,69...1,34	kf	1,06* 1,00...1,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,48 0,93-2,35	0,91 0,81-1,01	1,11** 1,04-1,18	kf	kf	0,94 0,67-1,31	kf	1,05 1,00-1,11
Gruppe	0,90 0,50-1,62	1,09 0,79-1,51	0,79*** 0,70-0,89	kf	kf	0,50 0,25-1,00	kf	0,90 0,57-1,41
Zeit	30,21*** 22,70-40,20	1,82*** 1,68-1,98	1,07** 1,03-1,12	kf	kf	0,68*** 0,55-0,85	kf	1,16*** 1,12-1,20
Indexgruppe 6 (F10)	5,10*** 2,25-11,59	1,60 0,81-3,18	0,65** 0,50-0,85	kf	kf	0,20 0,02-1,62	kf	0,13*** 0,04-0,37
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,08** 1,37-3,15	3,07*** 2,14-4,40	1,11 0,97-1,27	kf	kf	0,91 0,42-1,99	kf	0,87 0,53-1,45
Indexgruppe 9 (F43)	1,02 0,29-3,55	4,84** 1,52-15,46	1,35 0,84-2,16	kf	kf	0,04 0,00-9,82	kf	2,45 0,42-14,33
Psy A ¹	1,34 0,85-2,12	3,15*** 2,11-4,68	1,66*** 1,43-1,93	kf	kf	0,51 0,21-1,22	kf	1,17 0,66-2,07
Psy B ²	0,79 0,43-1,44	2,20** 1,36-3,55	1,13 0,94-1,36	kf	kf	0,78 0,24-2,53	kf	2,28* 1,12-4,62
Alter	1,00 0,98-1,01	0,98** 0,97-0,99	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,97* 0,95-0,99	kf	1,04*** 1,02-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,79-1,72	1,67** 1,20-2,32	1,21** 1,07-1,37	kf	kf	0,57 0,28-1,13	kf	3,42*** 2,14-5,47
Komorbidität ³	0,96 0,89-1,05	0,98 0,91-1,05	1,11*** 1,08-1,13	kf	kf	1,27** 1,09-1,47	kf	1,19*** 1,09-1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55 0,28-1,07	1,52 0,89-2,60	1,31** 1,08-1,58	kf	kf	0,86 0,27-2,71	kf	0,75 0,36-1,55
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15 0,78-1,69	0,99 0,71-1,37	1,18** 1,05-1,34	kf	kf	0,79 0,40-1,59	kf	2,48*** 1,56-3,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	39,47*** 24,63-63,24	0,47*** 0,32-0,70	0,88 0,77-1,02	kf	kf	0,78 0,35-1,75	kf	1,55 0,91-2,63

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue 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 -0,01...0,18	0,13* 0,02...0,24	0,10 -0,01...0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,29 0,63...2,62	1,47 0,74...2,94	1,37 0,56...3,35
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,88 0,43-1,80	1,09 0,54-2,18	0,95 0,39-2,32
Gruppe	1,13 0,56-2,28	0,95 0,48-1,88	1,06 0,44-2,58
Zeit	1,09 0,66-1,78	0,96 0,60-1,53	1,17 0,64-2,14
Indexgruppe 6 (F10)	0,91 0,74-1,12	0,91 0,76-1,09	0,95 0,79-1,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,95-1,35	1,01 0,86-1,18	1,04 0,88-1,23
Indexgruppe 9 (F43)	0,98 0,81-1,20	0,99 0,83-1,18	1,00 0,84-1,19
Psy A ¹	1,20 0,99-1,45	1,05 0,88-1,26	0,99 0,83-1,18
Psy B ²	0,93 0,74-1,17	1,02 0,82-1,26	1,03 0,83-1,29
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,87-1,20	0,96 0,83-1,11	0,98 0,84-1,14
Komorbidität ³	1,01 0,98-1,05	1,02 0,99-1,05	1,02 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,80-1,31	1,07 0,86-1,33	1,02 0,81-1,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17 0,99-1,37	1,11 0,96-1,29	1,01 0,87-1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91 0,69-1,20	1,02 0,80-1,30	1,02 0,80-1,31

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	-0,06 -0,15...0,02	-0,01 -0,10...0,09	0,01 -0,07...0,10
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,80 0,62...1,04	0,96 0,75...1,22	1,04 0,80...1,35
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,86 0,66-1,12	1,04 0,81-1,33	1,07 0,82-1,39
Gruppe	1,20 0,97-1,47	1,05 0,86-1,28	0,94 0,76-1,16
Zeit	1,18 0,96-1,44	1,11 0,92-1,34	1,03 0,84-1,25
Indexgruppe 6 (F10)	1,10 0,92-1,33	1,05 0,89-1,25	1,02 0,86-1,23
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,99 0,84-1,17	0,96 0,82-1,12	1,02 0,86-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,58-2,28	0,95 0,47-1,92	1,08 0,55-2,10
Psy A ¹	1,29** 1,07-1,57	1,05 0,88-1,25	1,07 0,89-1,28
Psy B ²	0,98 0,83-1,16	1,11 0,95-1,30	1,08 0,91-1,27
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,89-1,20	1,04 0,91-1,18	1,01 0,87-1,16
Komorbidität ³	1,04** 1,01-1,07	1,03* 1,00-1,06	1,01 0,99-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00 0,80-1,25	0,95 0,77-1,16	1,05 0,85-1,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,41** 1,15-1,73	1,20* 1,01-1,43	1,06 0,89-1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90 0,77-1,05	0,93 0,81-1,07	0,95 0,82-1,10

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,06 -0,51...0,63	0,14 -0,54...0,82	0,20 -0,57...0,98
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,09 0,46...2,56	1,18 0,51...2,74	1,26 0,52...3,03
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,12 0,48-2,65	1,27 0,54-2,94	1,24 0,51-3,00
Gruppe	0,89 0,38-2,06	0,80 0,35-1,84	0,81 0,34-1,94
Zeit	1,08 0,63-1,85	1,12 0,66-1,88	1,02 0,60-1,75
Indexgruppe 6 (F10)	1,18 0,85-1,64	1,09 0,82-1,46	0,99 0,74-1,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19 0,99-1,43	1,12 0,95-1,31	1,04 0,88-1,23
Indexgruppe 9 (F43)	0,63 0,20-1,98	1,05 0,49-2,26	1,01 0,47-2,17
Psy A ¹	1,09 0,89-1,34	1,05 0,87-1,25	1,06 0,89-1,27
Psy B ²	1,01 0,79-1,29	1,03 0,83-1,28	0,98 0,79-1,22
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,93-1,31	1,05 0,90-1,22	1,04 0,89-1,21
Komorbidität ³	1,01 0,98-1,05	1,03 1,00-1,06	1,02 0,99-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,93 0,70-1,23	1,05 0,83-1,33	1,05 0,82-1,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15 0,97-1,37	1,06 0,92-1,23	1,00 0,86-1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,61-1,24	0,98 0,72-1,32	1,01 0,74-1,36

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	1,52 0,44-5,30	2,50*** 2,29-2,72	kf	kf
Gruppe	0,81 0,25-2,66	0,37 0,11-1,24	kf	kf
Zeit	8,00*** 3,42-18,69	16,07*** 15,28-16,90	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	2,51*** 1,62-3,89	49,06** 2,85-843,40	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,69-1,59	0,85 0,22-3,27	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,89 0,54-1,47	0,73 0,14-3,76	kf	kf
Psy B ²	0,86 0,58-1,26	0,50 0,14-1,80	kf	kf
Alter	1,00 0,98-1,01	0,99 0,95-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,85 0,58-1,25	0,66 0,18-2,36	kf	kf
Komorbidität ³	1,01 0,92-1,10	1,07 0,81-1,43	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,44-1,93	0,48 0,05-4,40	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,96 0,66-1,41	0,82 0,24-2,86	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,36** 0,20-0,66	0,16* 0,04-0,69	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	1,08 0,66-1,76	0,89*** 0,86-0,91	0,95 0,50-1,81	0,87*** 0,85-0,90
Gruppe	1,20 0,75-1,92	2,01 0,56-7,17	1,28 0,73-2,26	0,68 0,15-3,05
Zeit	1,25 0,87-1,79	2,53*** 2,48-2,58	1,68* 1,05-2,68	3,04*** 2,98-3,11
Indexgruppe 6 (F10)	0,59* 0,37-0,95	0,16* 0,03-0,83	0,58* 0,35-0,97	0,09* 0,01-0,60
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,54** 0,36-0,83	0,11** 0,03-0,48	0,49** 0,31-0,77	0,04** 0,01-0,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,43 0,04-4,36	0,00 0,00-153,95	0,70 0,08-6,20	0,00 0,00-522,53
Psy B ²	0,49** 0,32-0,74	0,10** 0,03-0,43	0,39*** 0,25-0,62	0,17* 0,03-0,85
Alter	1,00 0,98-1,01	0,99 0,95-1,04	1,00 0,98-1,01	0,98 0,93-1,04
Geschlecht (m vs. w)	0,72 0,50-1,05	0,42 0,12-1,47	0,74 0,50-1,10	0,37 0,09-1,55
Komorbidität ³	1,11* 1,02-1,20	1,41* 1,07-1,85	1,09 1,00-1,19	1,17 0,84-1,63
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,37 0,74-2,55	0,24 0,03-2,23	1,24 0,64-2,44	0,17 0,01-3,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,44 0,94-2,20	1,31 0,35-4,90	0,86 0,56-1,32	0,92 0,19-4,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,09*** 0,06-0,13	0,00*** 0,00-0,02	0,08*** 0,05-0,12	0,00*** 0,00-0,02

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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, 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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: 0 '***' 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 Krankenhausopping, 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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, 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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	0,09 -0,13...0,31	10,92*** 9,32...12,52	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,16 0,89...1,51	1,14*** 1,09...1,19	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,16 0,89-1,51	1,14*** 1,09-1,19	kf	kf
Gruppe	0,86 0,69-1,07	0,87 0,63-1,20	kf	kf
Zeit	1,95*** 1,64-2,33	3,38*** 3,29-3,48	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,11 0,93-1,32	0,53** 0,34-0,84	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 1,00-1,35	2,37*** 1,58-3,54	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,04 0,89-1,21	0,91 0,62-1,35	kf	kf
Psy A ¹	1,33*** 1,14-1,54	2,46*** 1,66-3,66	kf	kf
Psy B ²	1,03 0,84-1,27	0,64 0,36-1,12	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,02* 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,94-1,22	1,11 0,79-1,55	kf	kf
Komorbidität ³	1,01 0,97-1,04	1,08 0,98-1,19	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,96 0,61-1,50	0,50 0,15-1,70	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55*** 0,46-0,65	0,12*** 0,08-0,18	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,19 -0,40...0,03	-7,78*** -9,18...-6,38	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,82 0,66...1,02	0,84*** 0,82...0,87	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,82 0,65-1,02	0,84*** 0,82-0,87	kf	kf
Gruppe	1,29* 1,06-1,57	1,15 0,72-1,83	kf	kf
Zeit	1,16 0,99-1,36	0,95*** 0,92-0,97	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,00 0,79-1,27	2,51** 1,26-5,00	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,98 0,81-1,18	2,91*** 1,72-4,94	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,62 0,35-1,11	0,25 0,06-1,07	kf	kf
Psy A ¹	1,06 0,86-1,30	3,00*** 1,65-5,48	kf	kf
Psy B ²	0,84 0,69-1,03	0,22*** 0,12-0,39	kf	kf
Alter	0,99*** 0,98-0,99	0,97** 0,95-0,99	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,21* 1,02-1,43	2,27** 1,39-3,69	kf	kf
Komorbidität ³	1,13*** 1,08-1,19	1,25** 1,08-1,44	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,64-1,89	1,10 0,20-5,87	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,36*** 0,30-0,44	0,05*** 0,03-0,09	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniker 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)	0,09 -0,15...0,32	3,65*** 1,86...5,45	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,18 0,90...1,54	0,90*** 0,86...0,94	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,18 0,90-1,54	0,90*** 0,86-0,94	kf	kf
Gruppe	0,81 0,65-1,02	0,89 0,65-1,22	kf	kf
Zeit	1,84*** 1,53-2,22	3,75*** 3,63-3,86	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,16 0,99-1,36	0,46*** 0,31-0,68	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,96-1,33	2,47*** 1,66-3,66	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,11 0,95-1,29	1,19 0,82-1,72	kf	kf
Psy A ¹	1,14 0,97-1,35	1,21 0,81-1,79	kf	kf
Psy B ²	1,16 0,94-1,43	1,25 0,72-2,15	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01* 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,87-1,15	1,39 1,00-1,94	kf	kf
Komorbidität ³	1,01 0,98-1,05	1,04 0,96-1,14	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,68 0,35-1,32	0,44 0,12-1,63	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,69*** 0,57-0,82	0,14*** 0,09-0,21	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiag- nose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	4,93*** 3,68...6,18
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-6,35*** -7,71...-4,99
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,29 -1,09...1,67
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,16*** 1,12...1,21
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,80*** 0,78...0,83
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,96* 0,93...1,00
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,16*** 1,12-1,21
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,80*** 0,78-0,83
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,96* 0,93-1,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Indexdiag- nose, Tage AU
Gruppe	0,67** 0,52-0,86
Zeit	3,20*** 3,12-3,27
Indexgruppe 6 (F10)	0,53*** 0,43-0,67
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,57*** 2,09-3,15
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,87-1,30
Psy A ¹	1,76*** 1,43-2,15
Psy B ²	0,84 0,63-1,11
Alter	1,01* 1,00-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,34** 1,13-1,61
Komorbidität ³	1,07* 1,01-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61 0,30-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,15*** 0,12-0,19
2. vs. 1.Jahr	0,84 0,64-1,11
3. vs. 1.Jahr	1,13 0,85-1,49

Signif. codes: 0 '***' 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, klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,76 0,55-1,05	1,20*** 1,17-1,23
Index- gruppe 6 (F10)	1,36 0,89-2,09	1,41*** 1,36-1,46
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,28 0,86-1,89	0,71*** 0,68-0,73
Index- gruppe 9 (F43)	0,88 0,57-1,34	0,74*** 0,72-0,77
Psy A ¹	1,09 0,71-1,66	0,96 0,92-1,00
Psy B ²	1,75* 1,05-2,91	1,50*** 1,44-1,57
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,59-1,19	1,04** 1,01-1,07
Komorbidi- tät ³	0,99 0,91-1,07	1,01*** 1,01-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,63-1,91	0,92*** 0,88-0,96
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,66-1,32	0,69*** 0,67-0,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91 0,52-1,58	1,47*** 1,39-1,54

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,81 0,57-1,16	kf
Index- gruppe 6 (F10)	1,25 0,77-2,02	kf
Index- gruppe 7 (F20-F29)	0,89 0,58-1,36	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Psy A ¹	0,69 0,43-1,11	kf
Psy B ²	1,90** 1,19-3,02	kf
Alter	0,99 0,98-1,01	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,67* 0,46-0,97	kf
Komorbidi- tät ³	1,08 0,99-1,17	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,34 0,74-2,42	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,44 0,99-2,11	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,48*** 0,32-0,71	kf

Signif. codes: 0 '***' 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. Entlas- sung und Wie- deraufnahme
Gruppe	1,15 0,78-1,67	1,21*** 1,17-1,25
Indexgruppe 6 (F10)	1,93** 1,22-3,06	1,63*** 1,57-1,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83 0,52-1,34	0,93** 0,90-0,97
Indexgruppe 9 (F43)	0,63 0,39-1,04	1,29*** 1,24-1,34
Psy A ¹	1,21 0,74-1,99	1,20*** 1,15-1,25
Psy B ²	1,86* 1,06-3,27	1,08*** 1,04-1,13
Alter	0,99 0,97-1,00	1,00*** 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,44 0,95-2,19	0,86*** 0,83-0,89
Komorbidität ³	1,03 0,95-1,11	0,99*** 0,98-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,06* 1,11-3,81	0,79*** 0,75-0,84
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,41 0,96-2,08	0,88*** 0,85-0,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,62 0,23-1,67	1,49*** 1,37-1,62

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,05 -0,26...0,36
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,92...1,11
DiD-Schätzer	1,01*** 1,01-1,01
Gruppe	0,94*** 0,94-0,95
Zeit	1,33*** 1,33-1,33
Indexgruppe 6 (F10)	1,20*** 1,20-1,20
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98*** 0,98-0,98
Indexgruppe 9 (F43)	1,02*** 1,02-1,02
Psy A ¹	1,28*** 1,28-1,28
Psy B ²	1,13*** 1,12-1,13
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,94*** 0,93-0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15*** 1,15-1,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34*** 1,34-1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90*** 0,90-0,90

Signif. codes: 0 '***' 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)	-0,06 -0,33...0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,91...1,07
DiD-Schätzer	0,99 0,91-1,07
Gruppe	0,89** 0,83-0,96
Zeit	1,11*** 1,05-1,17
Indexgruppe 6 (F10)	0,99 0,91-1,08
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,90** 0,84-0,97
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,68** 0,51-0,90
Psy A ¹	1,05 0,96-1,15
Psy B ²	1,12** 1,04-1,22
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,93* 0,87-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,86-1,05
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21*** 1,14-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81*** 0,75-0,87

Signif. codes: 0 '***' 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 -0,41...0,30
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,92...1,11
DiD-Schätzer	1,01*** 1,01-1,01
Gruppe	0,89*** 0,89-0,89
Zeit	1,21*** 1,21-1,21
Indexgruppe 6 (F10)	1,22*** 1,21-1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00*** 1,00-1,01
Indexgruppe 9 (F43)	0,99*** 0,98-0,99
Psy A ¹	1,16*** 1,16-1,16
Psy B ²	1,24*** 1,24-1,25
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,94*** 0,94-0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,12*** 1,12-1,12
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23*** 1,22-1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95*** 0,95-0,95

Signif. codes: 0 '***' 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	1,48 0,80-2,74
Psy A ¹	0,77 0,37-1,60
Psy B ²	1,26 0,52-3,06
Alter	1,09*** 1,07-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,47* 0,26-0,83
Komorbidität ³	1,17** 1,06-1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,24** 0,10-0,59
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,24 0,65-2,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,16 0,57-2,37

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,36 0,71-2,59
Psy A ¹	0,31* 0,12-0,81
Psy B ²	2,12 0,80-5,57
Alter	1,08*** 1,06-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,49* 0,25-0,97
Komorbidität ³	1,14** 1,03-1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,30* 0,10-0,89
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,42 0,72-2,81
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44* 0,22-0,85

Signif. codes: 0 '***' 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	0,84 0,48-1,47
Psy A ¹	0,41 0,16-1,04
Psy B ²	1,18 0,38-3,65
Alter	1,09*** 1,06-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,78 0,45-1,36
Komorbidität ³	1,12* 1,03-1,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55 0,29-1,03
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	2,04* 1,13-3,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,39-1,38

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	1,17 0,81-1,69
Psy A ¹	kf	kf	0,75 0,46-1,25
Psy B ²	kf	kf	1,26 0,64-2,46
Alter	kf	kf	1,00 0,99-1,02
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,51*** 0,35-0,74
Komorbidität ³	kf	kf	0,78*** 0,70-0,88
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,44* 0,20-0,97
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	0,70 0,48-1,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,34*** 0,20-0,58

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf	kf
Psy B ²	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

Signif. codes: 0 '***' 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	kf	kf	0,99 0,66-1,48
Psy A ¹	kf	kf	0,50* 0,28-0,88
Psy B ²	kf	kf	0,69 0,27-1,74
Alter	kf	kf	1,01 1,00-1,03
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,61* 0,40-0,92
Komorbidität ³	kf	kf	0,65*** 0,57-0,74
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,67 0,30-1,52
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	kf	kf	1,08 0,72-1,64
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,44** 0,25-0,76

Signif. codes: 0 '***' 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>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,87 0,62-1,22	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,75** 1,23-2,48	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,93-1,07	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,57 0,30-1,08	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,28 0,90-1,81	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,98 0,69-1,38	kf	kf	kf	kf

Signif. codes: 0 '***' 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>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,10 0,80-1,51	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02** 1,01-1,03	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,85*** 1,33-2,57	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	0,98 0,92-1,05	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,38** 0,20-0,70	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,60** 1,15-2,23	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,77 0,55-1,08	kf	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)

Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)

Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Klinikneue und klinikbekannte Patienten zusammen)

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2016	2016
Alle Patienten (n)	1.476	20.286
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ² <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) 	58,5 %	51,2 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	13,7	13,5
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	754	10.441
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	527	7.160
	58,6	59,8

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

⁴ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

14.5 Ergebnisse Kosten

14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	480	478	445	427	470	475	441	428
durchschnittliche Kosten	3.064,70 €	2.910,09 €	2.820,85 €	3.266,92 €	2.773,30 €	2.625,30 €	2.321,84 €	2.337,53 €
Standardabweichung	6.166,81 €	5.994,61 €	6.185,51 €	8.711,27 €	4.607,78 €	5.354,59 €	4.943,71 €	5.536,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	262,05 €	239,48 €	275,44 €	267,65 €	312,01 €	258,52 €	257,77 €	289,76 €
Median	972,03 €	820,85 €	849,29 €	733,09 €	862,20 €	761,36 €	723,21 €	672,81 €
75%-Perzentil	3.092,51 €	3.138,20 €	2.636,45 €	2.891,70 €	3.221,43 €	2.720,20 €	2.499,59 €	2.037,68 €
Maximum	62.626,71 €	77.993,35 €	63.032,61 €	89.750,97 €	48.060,05 €	54.367,96 €	55.974,13 €	61.707,19 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	658	650	624	608	632	630	602	583
durchschnittliche Kosten	2.358,78 €	2.644,73 €	2.825,94 €	2.756,99 €	2.166,19 €	2.732,65 €	2.998,35 €	2.567,18 €
Standardabweichung	5.497,05 €	7.049,69 €	6.274,11 €	5.950,57 €	3.956,88 €	7.443,48 €	7.492,82 €	5.745,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	268,24 €	265,99 €	285,04 €	274,58 €	316,71 €	260,10 €	276,83 €	291,13 €
Median	716,26 €	690,01 €	773,05 €	799,63 €	691,99 €	683,62 €	759,72 €	802,69 €
75%-Perzentil	2.277,84 €	2.303,13 €	2.504,89 €	2.624,60 €	2.340,48 €	2.456,13 €	2.380,83 €	2.177,87 €
Maximum	62.520,11 €	120.525,03 €	70.666,57 €	60.966,32 €	32.638,52 €	102.191,47 €	116.215,17 €	63.993,08 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	168	160	116	116	154	133	105	88
durchschnittliche Kosten	1.798,47 €	1.749,76 €	1.439,78 €	1.815,59 €	1.530,96 €	1.514,99 €	1.216,90 €	1.054,84 €
Standardabweichung	4.912,29 €	5.232,05 €	4.992,05 €	7.209,48 €	3.170,65 €	4.733,32 €	4.412,65 €	3.846,33 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.722,67 €	1.668,24 €	0,00 €	709,97 €	1.853,77 €	1.023,95 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	46.446,93 €	72.377,86 €	56.954,71 €	89.520,12 €	21.804,20 €	52.034,21 €	54.486,75 €	60.542,05 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	176	162	168	164	154	151	140	134
durchschnittliche Kosten	1.234,59 €	1.458,19 €	1.581,30 €	1.569,47 €	1.002,27 €	1.530,32 €	1.403,91 €	1.060,31 €
Standardabweichung	4.085,00 €	5.997,12 €	5.298,26 €	5.151,36 €	2.877,46 €	6.733,78 €	4.715,96 €	3.790,87 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	635,17 €	0,00 €	660,35 €	792,03 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	48.996,28 €	118.255,94 €	70.108,61 €	55.858,12 €	28.104,87 €	99.068,54 €	52.827,86 €	55.749,25 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	4	5	6	6	6	8	4	2
durchschnittliche Kosten	2,19 €	3,14 €	4,80 €	91,11 €	9,60 €	8,34 €	5,67 €	2,25 €
Standardabweichung	25,13 €	35,47 €	52,46 €	1.712,47 €	104,61 €	74,87 €	68,98 €	34,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	323,77 €	601,92 €	966,96 €	36.190,88 €	1.839,05 €	1.161,01 €	1.130,65 €	639,14 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	8	5	3	7	3	1	4	2
durchschnittliche Kosten	4,76 €	2,41 €	1,30 €	4,26 €	2,30 €	2,63 €	4,36 €	3,34 €
Standardabweichung	47,33 €	28,93 €	19,25 €	45,64 €	35,09 €	66,91 €	72,48 €	70,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	753,89 €	490,22 €	301,66 €	878,86 €	644,13 €	1.699,40 €	1.716,72 €	1.719,19 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	27	24	26	23	27	32	41	34
durchschnittliche Kosten	13,27 €	11,35 €	14,43 €	14,78 €	9,40 €	18,42 €	24,01 €	18,09 €
Standardabweichung	70,59 €	63,75 €	75,58 €	80,91 €	50,01 €	116,11 €	114,88 €	89,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	700,55 €	824,04 €	638,79 €	727,02 €	574,13 €	1.908,00 €	1.209,00 €	1.288,01 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	24	34	19	20	34	33	33	30
durchschnittliche Kosten	17,01 €	14,81 €	6,76 €	7,66 €	7,15 €	8,14 €	11,11 €	8,34 €
Standardabweichung	217,80 €	91,23 €	48,03 €	54,65 €	45,76 €	55,49 €	66,12 €	44,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.389,24 €	1.214,13 €	613,78 €	768,48 €	885,44 €	885,44 €	927,12 €	404,22 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	476	472	443	426	468	473	438	427
durchschnittliche Kosten	476,74 €	436,39 €	479,87 €	467,78 €	473,45 €	462,25 €	458,05 €	477,58 €
Standardabweichung	429,65 €	396,00 €	464,87 €	452,32 €	399,24 €	424,51 €	420,59 €	449,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	161,84 €	141,31 €	163,15 €	166,11 €	181,33 €	164,73 €	148,46 €	176,83 €
Median	363,47 €	345,98 €	343,58 €	338,42 €	391,98 €	351,61 €	358,71 €	390,44 €
75%-Perzentil	664,32 €	617,90 €	665,05 €	627,57 €	647,86 €	636,99 €	646,42 €	655,92 €
Maximum	2.972,09 €	2.413,61 €	3.458,10 €	3.162,50 €	2.816,15 €	2.625,61 €	2.565,79 €	4.333,45 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	653	646	622	604	625	621	595	580
durchschnittliche Kosten	408,20 €	397,00 €	437,14 €	446,44 €	457,46 €	461,76 €	495,28 €	498,50 €
Standardabweichung	422,99 €	398,31 €	449,77 €	450,29 €	391,28 €	465,11 €	560,01 €	496,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	158,57 €	145,82 €	157,11 €	164,98 €	189,89 €	156,11 €	169,99 €	186,55 €
Median	296,35 €	306,83 €	337,04 €	339,33 €	352,44 €	326,11 €	351,37 €	367,92 €
75%-Perzentil	519,38 €	536,13 €	568,26 €	603,03 €	601,09 €	628,20 €	666,45 €	702,48 €
Maximum	4.358,43 €	4.598,15 €	4.422,64 €	3.447,62 €	2.398,38 €	4.292,02 €	7.452,35 €	5.281,55 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	420	404	394	365	396	402	386	374
durchschnittliche Kosten	624,91 €	575,63 €	733,88 €	800,54 €	643,01 €	490,43 €	482,91 €	706,11 €
Standardabweichung	2.032,95 €	1.618,32 €	2.053,15 €	2.366,51 €	2.372,43 €	1.406,37 €	1.180,92 €	3.468,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,91 €	22,51 €	22,74 €	20,73 €	19,02 €	24,60 €	24,75 €	28,42 €
Median	131,92 €	125,99 €	115,76 €	115,01 €	123,65 €	116,94 €	118,83 €	132,75 €
75%-Perzentil	518,69 €	553,05 €	514,93 €	546,99 €	414,97 €	400,08 €	409,59 €	405,75 €
Maximum	28.338,05 €	23.280,23 €	18.812,08 €	27.364,52 €	35.595,57 €	23.163,21 €	15.999,79 €	56.427,12 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	554	569	535	518	548	539	514	510
durchschnittliche Kosten	593,47 €	648,49 €	664,85 €	587,26 €	576,33 €	590,95 €	924,97 €	867,50 €
Standardabweichung	1.923,22 €	2.667,80 €	2.380,00 €	1.392,82 €	1.923,33 €	1.935,98 €	5.222,83 €	3.452,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,21 €	31,52 €	25,58 €	29,63 €	25,45 €	25,80 €	26,98 €	27,74 €
Median	122,52 €	126,58 €	139,05 €	140,64 €	111,96 €	106,39 €	120,24 €	126,62 €
75%-Perzentil	475,79 €	451,99 €	464,19 €	464,69 €	366,61 €	394,11 €	462,01 €	500,06 €
Maximum	25.553,03 €	56.910,30 €	44.654,67 €	17.256,31 €	30.025,97 €	23.140,10 €	114.652,69 €	51.961,98 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	499	499	467	451	483	483	462	449
N mit Fall	185	151	158	106	166	157	141	99
durchschnittliche Kosten	149,12 €	133,82 €	148,08 €	77,12 €	106,88 €	130,87 €	134,30 €	78,65 €
Standardabweichung	479,43 €	420,29 €	488,86 €	290,05 €	400,59 €	443,28 €	479,96 €	328,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	108,21 €	89,11 €	105,09 €	0,00 €	99,06 €	102,09 €	101,58 €	0,00 €
Maximum	6.740,05 €	4.293,12 €	5.748,28 €	4.586,17 €	6.679,48 €	5.849,07 €	5.741,00 €	4.347,82 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	676	676	654	635	645	645	624	608
N mit Fall	203	199	197	188	240	218	219	198
durchschnittliche Kosten	100,76 €	123,83 €	134,58 €	141,90 €	120,67 €	138,86 €	158,71 €	129,20 €
Standardabweichung	396,96 €	577,20 €	503,29 €	512,28 €	358,97 €	486,57 €	483,01 €	425,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	86,60 €	86,58 €	100,74 €	105,00 €	106,32 €	111,84 €	138,81 €	105,70 €
Maximum	7.645,11 €	11.809,74 €	6.743,68 €	7.372,34 €	4.026,54 €	7.031,67 €	5.560,38 €	4.979,18 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	439	444	454	453						
durchschnittliche Kosten	3.492,08 €	3.355,21 €	4.151,34 €	3.276,50 €	-659,26 €	0,253	78,71 €	0,88	737,97 €	0,293
Standardabweichung	6.695,95 €	7.865,07 €	10.407,56 €	8.001,93 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	348,67 €	303,72 €	408,30 €	298,00 €						
Median	1.118,63 €	1.018,45 €	1.209,34 €	896,85 €						
75%-Perzentil	3.917,18 €	3.158,03 €	3.578,49 €	3.578,46 €						
Maximum	92.302,59 €	107.825,51 €	145.778,22 €	130.258,67 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	175	162	165	137						
durchschnittliche Kosten	2.242,22 €	2.283,43 €	2.712,95 €	2.008,88 €	-470,73 €	0,379	274,55 €	0,571	745,28 €	0,272
Standardabweichung	5.896,76 €	7.392,53 €	9.859,45 €	7.325,11 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	2.353,51 €	1.983,15 €	2.080,86 €	1.724,43 €						
Maximum	87.952,76 €	105.184,15 €	143.939,05 €	128.201,91 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	5	4	2	4						
durchschnittliche Kosten	12,67 €	5,58 €	3,69 €	12,52 €	8,98 €	0,363	-6,94 €	0,483	-15,92 €	0,253
Standardabweichung	201,79 €	80,17 €	65,05 €	197,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	4.241,58 €	1.637,69 €	1.355,00 €	4.129,83 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	20	12	18	25						
durchschnittliche Kosten	12,65 €	6,31 €	10,18 €	11,34 €	2,47 €	0,585	-5,03 €	0,206	-7,49 €	0,172
Standardabweichung	73,86 €	46,47 €	62,78 €	71,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	631,03 €	486,13 €	715,50 €	1.110,24 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	432	438	451	450						
durchschnittliche Kosten	523,30 €	468,02 €	571,38 €	500,91 €	-48,07 €	0,149	-32,89 €	0,282	15,18 €	0,621
Standardabweichung	492,06 €	453,03 €	518,95 €	474,89 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	190,15 €	173,64 €	211,44 €	175,96 €						
Median	451,59 €	358,41 €	450,28 €	360,31 €						
75%-Perzentil	714,29 €	632,10 €	770,26 €	687,84 €						
Maximum	3.564,78 €	3.754,59 €	4.111,43 €	2.891,39 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	372	378	399	384						
durchschnittliche Kosten	587,01 €	520,07 €	682,95 €	665,61 €	-95,94 €	0,349	-145,54 €	0,137	-49,60 €	0,621
Standardabweichung	1.467,12 €	1.196,35 €	1.640,47 €	1.730,82 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,42 €	18,69 €	34,11 €	29,37 €						
Median	136,89 €	136,07 €	154,59 €	146,78 €						
75%-Perzentil	541,64 €	510,04 €	628,56 €	612,72 €						
Maximum	19.075,52 €	16.207,99 €	16.999,62 €	26.288,10 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	159	105	187	110						
durchschnittliche Kosten	114,23 €	71,80 €	170,19 €	77,24 €	-55,96 €	0,04	-5,44 €	0,713	50,52 €	0,042
Standardabweichung	299,84 €	216,93 €	503,26 €	232,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	102,68 €	0,00 €	156,16 €	0,00 €						
Maximum	3.192,44 €	2.650,80 €	6.176,24 €	2.216,04 €						

14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Klinikneue Patienten

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	445	520	462	520						
durchschnittliche Kosten	652,89 €	8.079,69 €	690,46 €	7.225,01 €	-37,56 €	0,809	854,68 €	0,108	892,24 €	0,089
Standardabweichung	1.783,41 €	8.567,49 €	3.061,79 €	8.552,15 €						
Minimum	0,00 €	40,61 €	0,00 €	37,78 €						
25%-Perzentil	21,77 €	1.594,30 €	25,25 €	992,19 €						
Median	135,70 €	5.627,07 €	104,00 €	4.763,18 €						
75%-Perzentil	576,51 €	11.335,92 €	567,95 €	9.756,82 €						
Maximum	25.676,13 €	67.548,90 €	61.104,50 €	68.904,74 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	36	383	31	350						
durchschnittliche Kosten	232,66 €	5.412,98 €	268,64 €	5.345,36 €	-35,98 €	0,796	67,61 €	0,887	103,59 €	0,828
Standardabweichung	1.381,99 €	7.540,03 €	2.851,15 €	7.753,12 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	2.542,42 €	0,00 €	3.411,45 €						
75%-Perzentil	0,00 €	7.498,78 €	0,00 €	7.589,16 €						
Maximum	20.534,22 €	65.844,08 €	60.287,34 €	67.696,40 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	0	139	1	99						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1.864,44 €	17,13 €	921,96 €	-17,13 €	0,318	942,48 €	<0,001	959,61 €	<0,001
Standardabweichung	0,00 €	3.920,85 €	390,56 €	2.413,14 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	975,97 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	32.163,21 €	8.906,19 €	18.258,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	3	180	11	245						
durchschnittliche Kosten	1,56 €	92,59 €	8,33 €	201,20 €	-6,77 €	0,032	-108,60 €	<0,001	-101,84 €	<0,001
Standardabweichung	24,53 €	200,20 €	67,38 €	542,12 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	87,04 €	0,00 €	184,81 €						
Maximum	501,56 €	1.315,88 €	944,74 €	4.716,66 €						

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	429	458	450	469						
durchschnittliche Kosten	153,41 €	295,17 €	182,63 €	329,18 €	-29,22 €	0,134	-34,01 €	0,309	-4,79 €	0,881
Standardabweichung	265,88 €	490,68 €	356,51 €	581,94 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	9,91 €	22,90 €	13,66 €	28,35 €						
Median	47,07 €	105,22 €	49,43 €	103,29 €						
75%-Perzentil	189,10 €	299,10 €	199,16 €	342,31 €						
Maximum	1.964,19 €	2.869,85 €	3.335,34 €	4.376,92 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	19	17	15	19						
durchschnittliche Kosten	251,27 €	392,66 €	190,20 €	400,74 €	61,07 €	0,191	-8,08 €	0,876	-69,16 €	0,116
Standardabweichung	838,89 €	867,86 €	653,95 €	803,97 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	21,48 €	120,64 €	15,23 €	83,85 €						
75%-Perzentil	151,80 €	380,10 €	97,12 €	385,00 €						
Maximum	8.639,75 €	8.749,71 €	7.878,38 €	7.102,47 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	19	17	15	19						
durchschnittliche Kosten	14,00 €	21,85 €	23,54 €	26,57 €	-9,54 €	0,372	-4,72 €	0,694	4,82 €	0,634
Standardabweichung	106,87 €	164,77 €	218,88 €	218,08 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.008,19 €	2.923,16 €	3.953,73 €	3.364,70 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	690	700	691	700						
durchschnittliche Kosten	6.560,95 €	6.176,56 €	4.928,51 €	5.959,89 €	1.632,44 €	<0,001	216,67 €	0,661	-1.415,76 €	0,008
Standardabweichung	10.421,08 €	10.059,85 €	6.963,30 €	8.372,64 €						
Minimum	0,00 €	44,08 €	0,00 €	26,85 €						
25%-Perzentil	582,11 €	791,08 €	521,88 €	736,03 €						
Median	1.943,24 €	2.103,70 €	1.951,11 €	2.760,05 €						
75%-Perzentil	8.151,03 €	7.150,36 €	6.544,92 €	7.552,46 €						
Maximum	86.445,25 €	92.947,62 €	48.495,86 €	79.219,28 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	224	237	222	248						
durchschnittliche Kosten	3.873,85 €	4.087,98 €	2.920,97 €	3.538,75 €	952,88 €	0,019	549,23 €	0,23	-403,66 €	0,406
Standardabweichung	8.867,24 €	9.496,62 €	6.110,46 €	7.512,19 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	3.573,67 €	3.761,77 €	3.155,69 €	4.026,71 €						
Maximum	86.158,32 €	92.525,10 €	44.446,04 €	79.219,28 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	84	71	62	79						
durchschnittliche Kosten	1.234,07 €	548,11 €	383,37 €	461,95 €	850,70 €	<0,001	86,16 €	0,388	-764,54 €	<0,001
Standardabweichung	4.203,70 €	2.110,31 €	1.478,15 €	1.589,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	31.202,98 €	16.551,17 €	13.495,52 €	13.891,56 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	525	549	501	567						
durchschnittliche Kosten	307,15 €	348,27 €	339,16 €	422,03 €	-32,01 €	0,225	-73,76 €	0,007	-41,75 €	0,058
Standardabweichung	432,81 €	387,45 €	547,03 €	616,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	7,95 €	64,00 €	0,00 €	65,86 €						
Median	191,37 €	248,99 €	184,73 €	255,77 €						
75%-Perzentil	393,67 €	480,11 €	400,50 €	492,48 €						
Maximum	6.080,85 €	2.543,64 €	6.040,48 €	6.400,14 €						

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	640	621	626	620						
durchschnittliche Kosten	168,52 €	188,59 €	209,57 €	247,18 €	-41,06 €	0,06	-58,59 €	0,017	-17,53 €	0,446
Standardabweichung	371,45 €	425,92 €	440,41 €	493,10 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	9,83 €	17,83 €	12,51 €	22,54 €						
Median	39,63 €	51,50 €	45,48 €	62,57 €						
75%-Perzentil	126,56 €	152,75 €	157,15 €	188,88 €						
Maximum	3.691,28 €	3.749,96 €	2.972,12 €	3.393,08 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	10	10	38	44						
durchschnittliche Kosten	967,16 €	993,51 €	1.035,33 €	1.233,84 €	-68,17 €	0,484	-240,32 €	0,02	-172,16 €	0,002
Standardabweichung	1.697,32 €	1.634,27 €	1.937,02 €	2.184,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	86,78 €	113,88 €	46,44 €	61,60 €						
Median	343,15 €	409,66 €	263,86 €	324,71 €						
75%-Perzentil	1.079,78 €	1.106,00 €	1.103,13 €	1.432,47 €						
Maximum	16.418,39 €	14.169,03 €	14.804,97 €	17.097,25 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	10	10	38	44						
durchschnittliche Kosten	10,20 €	10,10 €	40,11 €	56,14 €	-29,91 €	<0,001	-46,04 €	<0,001	-16,13 €	0,05
Standardabweichung	104,31 €	110,31 €	215,49 €	282,19 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.679,83 €	1.884,74 €	2.226,14 €	2.783,28 €						

14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	500	499	507	512						
durchschnittliche Kosten	3.000,70 €	2.872,88 €	2.678,03 €	2.500,29 €	322,67 €	0,329	372,58 €	0,285	49,91 €	0,903
Standardabweichung	6.070,03 €	6.009,35 €	4.471,48 €	5.189,28 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	260,17 €	235,42 €	292,81 €	244,79 €						
Median	949,79 €	780,85 €	851,33 €	706,50 €						
75%-Perzentil	3.057,30 €	2.983,57 €	3.065,43 €	2.473,96 €						
Maximum	62.626,71 €	77.993,35 €	48.060,05 €	54.367,96 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	173	162	165	137						
durchschnittliche Kosten	1.760,82 €	1.737,19 €	1.467,96 €	1.422,86 €	292,86 €	0,244	314,33 €	0,305	21,47 €	0,953
Standardabweichung	4.832,01 €	5.278,77 €	3.076,37 €	4.577,61 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.705,41 €	1.511,53 €	1.833,57 €	780,79 €						
Maximum	46.446,93 €	72.377,86 €	21.804,20 €	52.034,21 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	4	5	6	8						
durchschnittliche Kosten	2,10 €	3,02 €	8,92 €	7,75 €	-6,82 €	0,135	-4,73 €	0,179	2,09 €	0,713
Standardabweichung	24,62 €	34,76 €	100,84 €	72,18 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	323,77 €	601,92 €	1.839,05 €	1.161,01 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	27	24	27	32						
durchschnittliche Kosten	12,73 €	10,90 €	8,73 €	17,11 €	4,00 €	0,279	-6,21 €	0,27	-10,22 €	0,085
Standardabweichung	69,20 €	62,49 €	48,26 €	112,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	700,55 €	824,04 €	574,13 €	1.908,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	496	493	505	510						
durchschnittliche Kosten	474,72 €	432,41 €	471,40 €	452,62 €	3,32 €	0,898	-20,21 €	0,421	-23,53 €	0,323
Standardabweichung	430,71 €	392,42 €	403,98 €	417,46 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	158,00 €	141,33 €	166,17 €	152,73 €						
Median	355,94 €	343,48 €	387,06 €	344,48 €						
75%-Perzentil	661,71 €	598,63 €	645,86 €	623,52 €						
Maximum	2.972,09 €	2.413,61 €	2.816,15 €	2.625,61 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	436	421	427	429						
durchschnittliche Kosten	605,10 €	557,68 €	613,89 €	468,46 €	-8,78 €	0,947	89,22 €	0,331	98,00 €	0,378
Standardabweichung	1.994,01 €	1.588,11 €	2.293,05 €	1.361,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	25,58 €	21,11 €	17,10 €	21,05 €						
Median	128,25 €	121,56 €	107,63 €	106,25 €						
75%-Perzentil	475,37 €	491,69 €	401,77 €	377,20 €						
Maximum	28.338,05 €	23.280,23 €	35.595,57 €	23.163,21 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	520	520	520	520						
N mit Fall	190	160	179	167						
durchschnittliche Kosten	145,22 €	131,69 €	107,14 €	131,50 €	38,09 €	0,157	0,19 €	0,994	-37,90 €	0,03
Standardabweichung	470,71 €	412,74 €	393,58 €	438,72 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	103,08 €	97,00 €	99,06 €	101,58 €						
Maximum	6.740,05 €	4.293,12 €	6.679,48 €	5.849,07 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	682	673	685	683						
durchschnittliche Kosten	2.327,31 €	2.600,20 €	2.167,11 €	2.661,03 €	160,20 €	0,531	-60,83 €	0,872	-221,03 €	0,545
Standardabweichung	5.420,16 €	6.939,16 €	4.054,33 €	7.209,33 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	264,37 €	264,17 €	322,88 €	270,54 €						
Median	715,81 €	686,96 €	688,12 €	681,03 €						
75%-Perzentil	2.240,58 €	2.235,02 €	2.292,56 €	2.413,30 €						
Maximum	62.520,11 €	120.525,03 €	34.002,98 €	102.191,47 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	179	166	166	160						
durchschnittliche Kosten	1.211,65 €	1.427,23 €	1.019,47 €	1.474,76 €	192,18 €	0,315	-47,53 €	0,886	-239,71 €	0,483
Standardabweichung	4.032,41 €	5.900,98 €	3.060,99 €	6.501,49 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	616,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	48.996,28 €	118.255,94 €	33.751,14 €	99.068,54 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	8	5	3	1						
durchschnittliche Kosten	4,60 €	2,33 €	2,12 €	2,43 €	2,48 €	0,254	-0,10 €	0,971	-2,58 €	0,449
Standardabweichung	46,52 €	28,44 €	33,69 €	64,23 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	753,89 €	490,22 €	644,13 €	1.699,40 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	24	34	35	37						
durchschnittliche Kosten	16,42 €	14,30 €	6,66 €	7,99 €	9,76 €	0,238	6,31 €	0,111	-3,45 €	0,696
Standardabweichung	214,06 €	89,69 €	44,00 €	53,69 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.389,24 €	1.214,13 €	885,44 €	885,44 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	677	669	678	674						
durchschnittliche Kosten	406,93 €	397,99 €	461,89 €	462,32 €	-54,96 €	0,013	-64,33 €	0,005	-9,37 €	0,683
Standardabweichung	418,67 €	397,65 €	406,64 €	458,01 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	158,57 €	146,62 €	185,23 €	159,32 €						
Median	295,72 €	305,60 €	350,89 €	327,93 €						
75%-Perzentil	520,67 €	536,72 €	604,59 €	629,12 €						
Maximum	4.358,43 €	4.598,15 €	2.980,99 €	4.292,02 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	571	587	594	586						
durchschnittliche Kosten	586,01 €	634,83 €	556,02 €	575,00 €	29,99 €	0,765	59,83 €	0,624	29,84 €	0,717
Standardabweichung	1.897,77 €	2.624,92 €	1.860,99 €	1.873,97 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	21,25 €	29,30 €	25,42 €	25,00 €						
Median	121,49 €	123,47 €	111,21 €	112,47 €						
75%-Perzentil	447,38 €	426,98 €	361,89 €	376,42 €						
Maximum	25.553,03 €	56.910,30 €	30.025,97 €	23.140,10 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	700	700	700	700						
N mit Fall	211	210	265	242						
durchschnittliche Kosten	101,71 €	123,52 €	120,95 €	138,53 €	-19,24 €	0,333	-15,01 €	0,591	4,24 €	0,781
Standardabweichung	393,17 €	569,14 €	349,03 €	470,90 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	90,18 €	87,14 €	118,43 €	120,98 €						
Maximum	7.645,11 €	11.809,74 €	4.026,54 €	7.031,67 €						

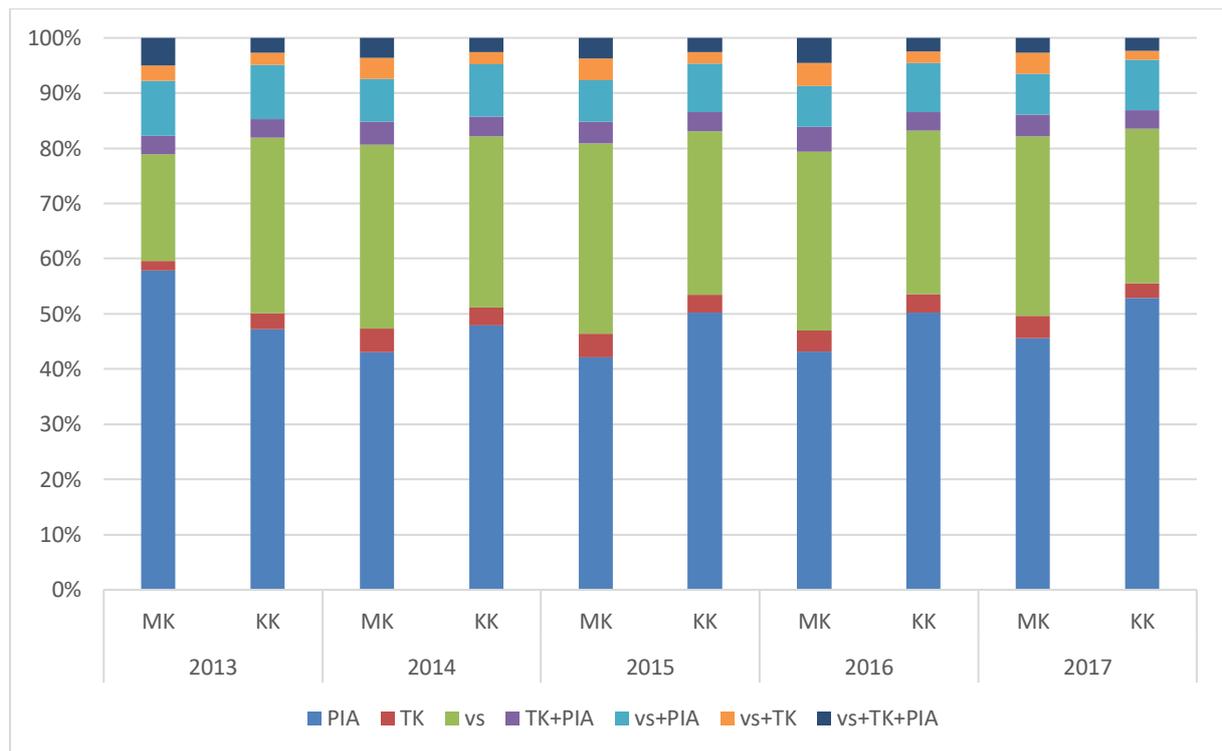
14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+PIA	55	504	56	513	67	494	35	461
vs+TK	58	427	60	411	60	412	51	306
vs+PIA	117	1.862	112	1.775	108	1.817	97	1.741
TK+PIA	64	685	59	705	67	670	51	643
vs	505	6.060	518	5.923	472	5.976	428	5.373
TK	65	613	65	667	57	659	53	520
PIA	654	9.353	632	10.064	630	10.130	599	10.151
Gesamtergebnis	1.518	19.504	1.502	20.058	1.461	20.158	1.314	19.195

(N_{Kontrollkliniken} = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



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

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1518	1950	1502	2006	1461	2016
Anzahl Fälle	3715	4842	3584	4945	3605	4883
Ausgaben	7.636.124 €	8.199.503 €	7.620.152 €	8.091.845 €	8.906.250 €	8.371.111 €
Ausgaben je Patient	5.030 €	4.204 €	5.073 €	4.034 €	6.096 €	4.153 €
Ausgaben je Fall	2.055 €	1.693 €	2.126 €	1.636 €	2.471 €	1.714 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	735	885	746	862	707	870
Anzahl Fälle	1013	1187	952	1120	929	1100
Ausgaben	5.741.915 €	6.732.004 €	5.641.638 €	6.520.033 €	6.447.389 €	6.733.588 €
Ausgaben je vs Patient	7.812 €	7.604 €	7.563 €	7.562 €	9.119 €	7.741 €
Ausgaben je Fall	5.668 €	5.674 €	5.926 €	5.822 €	6.940 €	6.120 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	242	223	240	230	251	224
Anzahl Fälle	261	264	257	270	275	258
Ausgaben	1.576.465 €	979.141 €	1.643.618 €	1.057.331 €	2.047.073 €	1.125.729 €
Ausgaben je TK-Patient	6.514 €	4.393 €	6.848 €	4.605 €	8.156 €	5.037 €
Ausgaben je Fall	6.040 €	3.716 €	6.395 €	3.920 €	7.444 €	4.360 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	890	1240	859	1306	872	1311
Anzahl Fälle	2441	3392	2375	3556	2401	3525
Ausgaben	317.743 €	488.359 €	334.897 €	514.481 €	411.788 €	511.794 €
Ausgaben je PIA-Patient	357 €	394 €	390 €	394 €	472 €	390 €
Ausgaben je Fall	130 €	144 €	141 €	145 €	172 €	145 €

14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte)	IG	520	652,89 €	520	8.079,69 €		7.426,79 €
	KG	520	690,46 €	520	7.225,01 €		6.534,55 €
Kosten	Differenz IG-KG		-37,56 €		854,68 €		892,24 €
	p-Wert		0,8		0,11		0,11
(eingesparte)	IG	520	0,7	520	20,8		20,1
	KG	520	1,1	520	22,7		21,6
KH-Tage	Differenz IG-KG		-0,4		-2,0		-1,5
	p-Wert		0,77		0,32		0,46
	ICER (Diff in Diff)						583,60 €

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

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	266	494,09 €	266	7.189,84 €		6.695,74 €
	KG	306	641,37 €	306	6.782,60 €		6.141,23 €
	Differenz IG-KG		-147,28 €		407,23 €		554,52 €
	p-Wert		0,51		0,53		0,42
(eingesparte) AU-Tage	IG	266	20,6	266	79,5		58,8
	KG	306	20,1	306	68,0		47,9
	Differenz IG-KG		0,5		11,4		10,9
	p-Wert		0,94		0,16		0,24
	ICER						-50,79 €