

Zwischenbericht

Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 26.07.2019

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 Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin.....	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	125
8.2.8	Komorbidität	129
8.2.9	Mortalität.....	133
8.2.10	Progression der psychischen Erkrankung	138
8.2.11	Leitlinienadhärenz	148
9.	Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	156
9.1	Patientenmix	156
9.2	Leistungserbringung	160
10.	Ergebnisse: Kosten	167
10.1	Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	167
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	185
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung	188
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	191
11.	Ergebnisse: Effizienz	194
12.	Diskussion	194
12.1	Hauptergebnisse.....	196
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	202
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	254
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 294	
14.5	Ergebnisse Kosten	295
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	299
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	302
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	308
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	313
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 314	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 316	

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 .	52
Abbildung 2: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	60
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	125
Abbildung 14: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	127
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	130
Abbildung 16: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	132
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	134
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	136
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	141
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	146
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	148
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	154
Abbildung 1: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	157
Abbildung 2: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf.....	158
Abbildung 3: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	159
Abbildung 23: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	167
Abbildung 24: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	168
Abbildung 25: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	169

Abbildung 26: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173
Abbildung 27: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	174
Abbildung 28: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175
Abbildung 29: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	176
Abbildung 30: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	177
Abbildung 31: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	178
Abbildung 32: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Abbildung 33: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	180
Abbildung 34: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	181
Abbildung 35: 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 36: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	183
Abbildung 37: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	184
Abbildung 38: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Abbildung 39: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	186
Abbildung 40: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	187
Abbildung 41: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Abbildung 42: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	189
Abbildung 43: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	190
Abbildung 44: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191

Abbildung 45: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	192
Abbildung 46: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	193
Abbildung 47: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	195
Abbildung 48: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	237
Abbildung 49: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	239
Abbildung 50: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	242
Abbildung 51: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	245
Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	247
Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	248
Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	249
Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	250
Abbildung 56: Grafische Darstellung für Mortalität.....	251
Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	252
Abbildung 58: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	253
Abbildung 59: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	313

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.....	59
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.....	125
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	126
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	129
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	131
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	133
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	136
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	139
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	144
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	149
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	150
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	151
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	153
Tabelle 4: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	156
Tabelle 5: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	157
Tabelle 6: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG).....	159
Tabelle 7: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	161
Tabelle 8: 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).....	162
Tabelle 9: 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)	162

Tabelle 10: 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).....	163
Tabelle 11: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	163
Tabelle 12: 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).....	164
Tabelle 13: 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).....	164
Tabelle 14: 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).....	165
Tabelle 30: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	167
Tabelle 31: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	168
Tabelle 32: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	169
Tabelle 33: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	171
Tabelle 34: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173
Tabelle 35: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	174
Tabelle 36: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175
Tabelle 37: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	176
Tabelle 38: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	177
Tabelle 39: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	178
Tabelle 40: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Tabelle 41: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	180
Tabelle 42: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	181
Tabelle 43: 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 44: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	183

Tabelle 45: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	184
Tabelle 46: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Tabelle 47: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	186
Tabelle 48: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	187
Tabelle 49: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Tabelle 50: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	189
Tabelle 51: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	190
Tabelle 52: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191
Tabelle 53: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	192
Tabelle 54: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	193
Tabelle 55: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	194
Tabelle 56: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	194
Tabelle 57: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	208
Tabelle 58: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	210
Tabelle 59: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	212
Tabelle 60: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	220
Tabelle 61: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	226
Tabelle 62: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	227
Tabelle 63: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	229
Tabelle 64: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	231
Tabelle 65: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	233
Tabelle 66: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	234
Tabelle 67: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	235
Tabelle 68: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .	255
Tabelle 69: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	256
Tabelle 70: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	257
Tabelle 71: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	258
Tabelle 72: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	260

Tabelle 73: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	262
Tabelle 74: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	264
Tabelle 75: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	266
Tabelle 76: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	267
Tabelle 77: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	268
Tabelle 78: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	269
Tabelle 79: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	270
Tabelle 80: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	271
Tabelle 81: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	272
Tabelle 82: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	273
Tabelle 83: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	274
Tabelle 84: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	275
Tabelle 85: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	276
Tabelle 86: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	277
Tabelle 87: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr.....	278
Tabelle 88: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	280
Tabelle 89: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	281
Tabelle 90: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	282
Tabelle 91: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	283
Tabelle 92: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	284
Tabelle 93: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	285
Tabelle 94: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	286
Tabelle 95: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	287
Tabelle 96: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	288
Tabelle 97: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	289
Tabelle 98: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	290
Tabelle 99: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	291
Tabelle 100: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	292
Tabelle 101: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	293
Tabelle 102: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	294
Tabelle 103: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295

Tabelle 104: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295
Tabelle 105: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295
Tabelle 106: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 107: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 108: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 109: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 110: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 111: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 112: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 113: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 114: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 115: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 116: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 117: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	299
Tabelle 118: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	299
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	299
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	300
Tabelle 121: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	300
Tabelle 122: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	300
Tabelle 123: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	301
Tabelle 124: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	302
Tabelle 125: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	302
Tabelle 126: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	302
Tabelle 127: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303

Tabelle 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 129: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 130: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 131: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 132: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 133: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 134: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 135: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 136: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 138: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 139: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 140: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 141: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 142: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 143: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 144: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 145: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 146: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 147: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 148: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 149: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 150: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 151: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311

Tabelle 152: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 153: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 154: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	313
Tabelle 155: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	314
Tabelle 156: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	314
Tabelle 157: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	314
Tabelle 158: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	315
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316

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 des Klinikum Itzehoe. Das Klinikum startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten des Klinikum Itzehoe 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 das Klinikum Itzehoe 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, Patientenkontinuität der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

Primäre Zielparameter der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Zielparameter wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder Krankenhausshopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitverlauf verglichen. Die Analyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im 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 das Klinikum Itzehoe für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.185 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Daher waren das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechterverteilung 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. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG im ersten Jahr und war sonst nahezu deckungsgleich. Der Peak war in der IG um 4,1 vollstationäre Tage geringer als in der KG (Seite 49 ff.). 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 um 5,5 teilstationäre Tage höher als in der KG. Dasselbe Muster mit einem Peak im ersten Modelljahr war bei dem *Anteil der Patienten* mit mindestens einem stationären Aufenthalt ersichtlich, dabei wies die IG einen um 21,8 %-Punkte höheren Peak im Vergleich zur KG auf (IG: 56,2%; KG: 34,4%). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären und teilstationären Behandlungsdauer sowie dem Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt über die Zeit (Seite 49 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen signifikant größere Zunahmen in der IG im Vergleich zur KG. Diese größere Zunahme in der IG galt auch für die teilstationären Aufenthalte. Auch der Anteil der Patienten mit einem vollstationären Aufenthalt aufgrund Indexdiagnose stieg in der IG signifikant stärker als in der KG (Seite 59 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den linikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,3-1,6). 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. 16 AU-Tage größer im Vergleich zur KG (Seite 115 ff.). Bei den linikbekannten Patienten waren die Verläufe vergleichbar (Seite 115 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG statistisch signifikant weniger stark 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 einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der *PIA* und von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* aufgrund Indexdiagnose ab dem ersten patientenindividuellen Jahr. Lediglich die Inanspruchnahme von ambulanten Kontakten bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor unterschied sich hier. Dabei war die Inanspruchnahme in der IG in jedem Jahr geringer als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich geringe Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der *PIA*-Kontakte über die Zeit. Dabei wies die IG in jedem Jahr etwas höhere Kontakte in der *PIA* auf. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine signifikant weniger starke Zunahme der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (*PIA*) bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG. Auch die

Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg in der IG signifikant weniger stark an im Vergleich zur KG. Weiterhin war der Anstieg der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte bei anderen Vertragsärzten in der IG signifikant geringer im Vergleich zur KG (Seite 74 ff.).

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 125 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 Jahr vergleichbar. 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.

Bei den Parametern *Behandlungskontinuität* (Seite 78 ff.), *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 108 ff.), *Komorbidität* (Seite 129 ff.), *Mortalität* (Seite 133 ff.), *Progressionsrate* (Seite 138 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 148 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 die IG um 2.635,40 € teurer war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder auf ein ähnliches Niveau ab. Der Kostenunterschied im ersten Jahr lässt sich hauptsächlich auf die höheren Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung zurückzuführen: Hier war die IG um 1.834,60 € teurer, was wiederum auf einen höheren Anteil an Patienten mit teilstationärem Aufenthalt in der IG zurückzuführen ist (IG: 122 von 409; KG: 52 von 410).

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr war die IG im ersten Modelljahr ebenfalls um 1.494,61 € teurer als die KG, was hier auf die erhöhten Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung zurückzuführen ist: Hier war die IG um 1.208,83 € teurer als die KG, wobei in beiden Gruppen in etwa gleich viele Patienten im ersten Modelljahr vollstationär behandelt wurden.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergab sich im Zeitverlauf ein gleich starker Anstieg der Kosten in IG und KG. Hier stiegen im Zeitverlauf die Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung in der IG um 526,13 € signifikant stärker an als in der KG. Dieser stärkere Anstieg ist jedoch auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit teilstationärem Aufenthalt zurückzuführen (IG: 115; KG: 70).

Kosten-Effektivität

Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr verzeichnete die IG einen um 0,7 Tage stärkeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage ($p = 0,046$), sowie einen 2,1 Tage weniger starken

Anstieg der AU-Tage ($p = 0,024$) im Vergleich zur KG. Die gesamten psychiatrischen Kosten stiegen in der IG um 658,23 € weniger stark an, wobei die Differenz nicht statistisch signifikant war. Die gesamten psychiatrischen Kosten stiegen, bezogen auf Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“, in der IG um 1.209,19 € weniger stark an als in der KG, wobei die Kostendifferenz ebenfalls nicht statistisch signifikant war.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei 993,90 € und bezogen auf die AU-Tage bei -577,71 €. Für jeden zusätzlich aufgewandten vollstationären Tag wurden demnach 993,90 € eingespart. Jeder vermiedene AU-Tag war mit geringeren Kosten von 577,71 € je Patient verbunden.

Diskussion

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zum Klinikum Itzehoe 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 drei Haupterkennnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Es gibt Unterschiede in der vollstationären und teilstationären Behandlungsdauer sowie den Anteilen der Patienten mit stationärem Aufenthalt, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können. (2) Es gibt mutmaßlich Modelleffekte durch vorher bestehende modellähnliche Vorverträge in Bezug auf stationäre Behandlung. (3) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht vollständig.

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 PIA des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken. Es scheint sich zudem hier eine Umwandlung von vollstationärer in teilstationärer Behandlung vollzogen zu haben, da der Peak der teilstationären Tage in der IG höher als in der KG war. Weiterhin gibt es Hinweise, dass klinikneue Patienten in der IG insgesamt häufiger stationär aufgenommen wurden, jedoch weniger Tage vollstationär und mehr Tage teilstationär insgesamt verblieben.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit. Mutmaßlich weist jedoch das im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage darauf hin, dass der Vor-Vertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere Behandlungsdauer wirkte.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine signifikant stärkere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG. Vergleicht man damit jedoch die Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, ist bei den klinikneuen Patienten eine signifikant geringere Zunahme an Tagen in vollstationärer Behandlung vom patientenindividuellen Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich. Dies könnte darauf hinweisen, dass strukturelle Veränderungen auch in der Regelversorgung wirksam sind, welche sich auch in der KG in einer Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit zeigen und die signifikant geringere Zunahme an vollstationären Tagen im ersten Modelljahr im dritten Modelljahr verschwinden lässt. Die stärkere Zunahme an teilstationären Tagen ist jedoch sowohl im ersten als auch im dritten Modelljahr ersichtlich. Ebenfalls nicht auszuschließen sind Effekte von Selektivverträgen auf die IG und KG, deren Auswirkungen mit den vorhandenen Sekundärdaten der Krankenkassen nicht abbildbar sind.

Bezüglich des zweiten primären Outcome Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten war der Peak im ersten Jahr in der IG um ca. 16 AU-Tage größer im Vergleich zur KG. Dies lässt sich teilweise durch die oben beschriebene Erhöhung der teilstationären Behandlungsdauer in der IG erklären. Der weitere Unterschied bei den AU-Tagen lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht auflösen.

Ergänzend dazu muss der Unterschied der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr betrachtet werden. Hier wies die IG eine signifikant geringere Zunahme von AU-Tagen im Vergleich zur KG auf. Vergleicht man dazu jedoch das DiD klinikneuer Patienten im ersten Modelljahr ist ersichtlich, dass sich vom 1. zum 3. Modelljahr Veränderungen in der Klinik bzw. dem Outcome AU ergeben haben. Das Modellvorhaben scheint sich also in den drei Jahren der Beobachtungszeit zu einem Modell mit einem geringeren Aufkommen an AU-Tagen entwickelt zu haben und somit in eine hypothesenkonforme Richtung. Dieser Trend war bei den vollstationären Tagen in entgegengesetzter Richtung. Hier scheint sich das Modellvorhaben eher konträr zur aufgestellten Hypothese zu entwickeln. Das vierte Nachbeobachtungsjahr im Abschlussbericht wird weiteren Aufschluss hier bieten können.

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.

Es lässt sich feststellen, dass insgesamt kein relevanter Unterschied im Trend bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte, trotz Unterschiede in der stationären Behandlungsdauer, bei den klinikneuen

Patienten festzustellen ist. Eine mögliche Erklärung könnte hier, wie bereits oben beschrieben, in den Unterschieden hinsichtlich der Dauer teilstationärer Klinikaufenthalte liegen. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in der PIA in jedem Jahr etwas mehr Kontakte im Vergleich zur KG. Dies ist kongruent mit der aufgestellten Hypothese, dass die IG eine höhere Inanspruchnahme in der PIA aufweist. Vergleicht man jedoch nur die patientenindividuellen ersten Jahre für das 1. und das 3. Modelljahr ergeben sich für die PIA-Inanspruchnahme jeweils statistisch signifikant geringere Inanspruchnahmen in der IG im Vergleich zur KG. Dies weist darauf hin, dass in dieser Modellklinik die Patienten, die weniger vollstationär verbringen, weniger über die PIA, sondern eher über den teilstationären Bereich (siehe oben) aufgefangen werden. Signifikant verschieden waren zudem die Inanspruchnahme bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, wobei diese im ersten Modelljahr höher in der IG und im 3. Modelljahr niedriger in der IG im Vergleich zu KG war. Ein eindeutiger Trend ist hier nicht zu erkennen.

Über die Gründe der geringeren Inanspruchnahme in der PIA 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. Ein anderes Szenario wäre, dass die Vernetzung mit niedergelassenen Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten sehr eng war und die niedrigere Behandlungsdauer mit höherer Inanspruchnahme im niedergelassenen Bereich kompensiert werden konnte. Dies wäre jedoch in den Daten im 3. Modelljahr nicht mehr ersichtlich. 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.

Obwohl der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme zwischen Patienten der IG und der KG vergleichbar war, war jeweils die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung in der IG statistisch signifikant höher als in der KG. Dies trifft sowohl für klinikneue und klinikbekannte Patienten im 1. Modelljahr als auch für Patienten im 3. Modelljahr im ersten patientenindividuellen Jahr zu. Dies lässt die Aussage zu, dass das Modellvorhaben hier voraussichtlich zu einer längeren Zeit bis zu einer Wiederaufnahme in ein stationäres Setting geführt hat. Dies ist hypthesenkonform und wird im Abschlussbericht überprüft.

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

Dass sich für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr keine Kosteneinsparungen, sondern eine Kostensteigerung feststellen ließen, liegt darin begründet, dass im teilstationären Setting deutlich höhere Kosten anfielen. Der Kostenunterschied erklärt sich u.a. dadurch, dass 122 von 409 Patienten der IG teilstationär behandelt wurden, während dies auf nur 52 von 410 Patienten der KG zutrifft. Die Kosten vollstationärer Behandlung waren in der IG höher als in der KG, jedoch war der Unterschied nicht statistisch signifikant. Die Hypothese, dass die vollstationären Versorgungskosten sinken, muss also verworfen werden. Die Hypothese, dass im Zuge dessen auch die gesamten Kosten

verringert werden, muss ebenfalls verworfen werden. Der Modelleffekt einer Umsteuerung der Patienten vom vollstationären Setting in niederschwelligere, in diesem Fall hauptsächlich tagesklinische Behandlungen lässt sich anhand der Patientenzahlen mit teilstationärer Behandlung jedoch ablesen. Während im ersten Modelljahr noch mehr Patienten der IG (im Vergleich zur KG) einen PIA-Fall aufwiesen, hatten im zweiten und dritten Modelljahr jedoch mehr Patienten der KG einen PIA-Aufenthalt.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr fielen im ersten Modelljahr ebenfalls höhere Gesamtkosten in der IG an. Dieser Kostenunterschied ist u.a. auf die höheren Kosten der vollstationären Versorgung in der IG zurückzuführen. Die Kosten der PIA-Behandlung waren in drei Beobachtungsjahren signifikant höher als in der KG, wobei in der IG jeweils weniger Patienten einen PIA-Aufenthalt hatten. Die Hypothesen der geringeren Gesamtkosten und der geringeren vollstationären Kosten müssen verworfen werden.

Hierbei ist zu beachten, dass unterschiedliche Kostenhöhen nicht nur durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt werden. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr 2014 um das 1,5-fache und im Jahr 2015 um das 1,2-fache über dem der Kontrollkliniken. Es ist also 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

In der Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr lässt sich kein unterschiedlich starker Anstieg der Gesamtkosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Beobachtungsjahr zwischen IG und KG feststellen. Die Kosten vollstationärer Behandlung stiegen in beiden Gruppen ebenfalls etwa gleich stark an. Die Hypothesen der geringeren Gesamtkosten und der geringeren vollstationären Kosten müssen verworfen werden. Im ersten Beobachtungsjahr hatten in der IG deutlich mehr Patienten einen teilstationären Aufenthalt (IG: 115; KG: 70 von je 379).

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten einer großen Anzahl verschiedener 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 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 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, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Eine Umwandlung von voll –zu teilstationärer Behandlung ist ersichtlich.

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:

- actimonda krankenkasse
- AOK Nordwest
- 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)
- Continentale BKK
- NOVITAS BKK
- 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
- HKK Erste Gesundheit
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Plus
- Bertelsmann BKK
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Dürkopp Adler
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)
- BKK Melitta Plus
- BKK Mobil Oil
- BKK VDN
- Die Bergische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- SIEMAG BKK
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

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

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 1.642 Versicherte ein, wobei für 1.621 Versicherte (98,7%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 36.250 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 vier 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.

Über alle Kohorten ist der Anteil vollstationärer Referenzfälle bei den klinikneuen Patienten der IG größer als in der KG (vgl. Tabelle 3). Umgekehrt dazu war der Anteil der Referenzfälle in der Tagesklinik in der IG niedriger in Bezug auf die klinikneuen Patienten. Der Anteil der PIA-Referenzfälle über alle Kohorten der klinikneuen Patienten war in der IG geringer als in der 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.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
gesamt	gesamt	2.116	42.499	1.642 (78%)	36.250 (85%)	1.621 (77% ; 98,7%)	1.621 (4% ; 4%)
	Kohorte 1	938	21.151	816 (87%)	18.598 (88%)	806 (86% ; 98,8%)	806 (4% ; 4%)
	Kohorte 2	617	10.992	442 (72%)	9.132 (83%)	436 (71% ; 98,6%)	436 (4% ; 5%)
	Kohorte 3	561	10.356	384 (68%)	8.520 (85%)	379 (68% ; 98,7%)	379 (4% ; 4%)
klinikneu	klinikneu	1.630	29.763	1.199 (74%)	24.450 (82%)	1.185 (73% ; 98,8%)	1.185 (4% ; 5%)
	Kohorte 1	521	9.956	427 (82%)	8.148 (82%)	421 (81% ; 98,6%)	421 (4% ; 5%)
	Kohorte 2	560	9.921	398 (71%)	8.159 (82%)	395 (71% ; 99,2%)	395 (4% ; 5%)
	Kohorte 3	549	9.886	374 (68%)	8.143 (82%)	369 (67% ; 98,7%)	369 (4% ; 5%)
Klinik-bekannt	klinikbek.	486	12.736	443 (91%)	11.800 (93%)	436 (90% ; 98,4%)	436 (3% ; 4%)
	Kohorte 1	417	11.195	389 (93%)	10.450 (93%)	385 (92% ; 99,0%)	385 (3% ; 4%)
	Kohorte 2	57	1.071	44 (77%)	973 (91%)	41 (72% ; 93,2%)	41 (4% ; 4%)
	Kohorte 3	12	470	10 (83%)	377 (93%)	10 (83% ; 100,0%)	10 (2% ; 3%)

(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	19,6	449
2	20,4	296
3	20,6	187
4	25,7	483
5	27,8	310
6	31,3	15
7	33,3	31
8	33,7	9
9	39,8	15
10	50,0	2

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	1.621	1.621		806	806		436	436		379	379		IG	KG
	klinikneu	1.185	1.185		421	421		395	395		369	369			
	klinikbekannt	436	436		385	385		41	41		10	10			
mittleres Alter	gesamt	49,5	49,1	1,000	50,9	49,6	0,882	47,6	46,7	1,000	48,6	50,8	0,934	1,000	1,000
	klinikneu	48,9	49,2	1,000	50,1	49,9	1,000	47,7	46,7	1,000					
	klinikbekannt	51,1	48,9	0,368	51,8	49,4	0,199	46,8	46,7	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	50,8%	48,6%	1,000	48,9%	44,8%	0,882	55,0%	51,4%	1,000	50,1%	53,6%	1	1,000	1,000
	klinikneu	52,7%	51,4%	1,000	53,4%	49,4%	1,000	54,7%	52,2%	1,000					
	klinikbekannt	45,6%	41,1%	1,000	43,9%	39,7%	1,000	58,5%	43,9%	1,000					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	26,9%	26,9%	1,000	47,8%	47,8%	1,000	9,4%	9,4%	1,000	2,6%	2,6%	1	0,240	0,240
	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	41,9%	45,8%	0,206	49,1%	51,4%	1,000	33,5%	39,4%	0,629	36,1%	41,4%	1	1,000	1,000
	klinikneu	34,1%	38,7%	0,127	33,3%	35,4%	1,000	33,4%	39,7%	0,534					
	klinikbekannt	63,1%	65,1%	1,000	66,5%	68,8%	1,000	34,1%	36,6%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	55,8%	49,4%	0,003	49,0%	44,7%	0,807	63,1%	54,1%	0,090	61,7%	54,1%	0,394	1,000	1,000
	klinikneu	64,5%	55,7%	<0,001	66,0%	58,4%	0,193	64,3%	53,9%	0,034					
	klinikbekannt	32,1%	32,3%	1,000	30,4%	29,6%	1,000	51,2%	56,1%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	2,3%	4,8%	0,003	1,9%	4,0%	0,179	3,4%	6,4%	0,545	2,1%	4,5%	0,934	1,000	1,000
	klinikneu	1,4%	5,6%	<0,001	0,7%	6,2%	<0,001	2,3%	6,3%	0,068					
	klinikbekannt	4,8%	2,5%	0,840	3,1%	1,6%	1,000	14,6%	7,3%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	NA	NA
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	13,4%	14,6%	1,000	20,8%	22,7%	1,000	6,9%	7,1%	1,000	5,3%	5,8%	1	1,000	1,000
	klinikneu	4,8%	5,1%	1,000	5,9%	4,8%	1,000	4,1%	5,8%	1,000					
	klinikbekannt	36,9%	40,1%	1,000	37,1%	42,3%	1,000	34,1%	19,5%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,9%	2,9%	1,000	5,2%	4,7%	1,000	0,5%	0,7%	1,000	0,8%	1,6%	1	1,000	1,000
	klinikneu	0,3%	1,0%	0,191	0,2%	1,0%	1,000	0,0%	0,8%	1,000					
	klinikbekannt	10,1%	8,0%	1,000	10,6%	8,8%	1,000	4,9%	0,0%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	18,1%	19,2%	1,000	33,6%	34,6%	1,000	3,0%	4,4%	1,000	2,6%	3,7%	1	1,000	1,000
	klinikneu	1,2%	3,3%	0,006	1,4%	4,8%	0,077	1,0%	2,3%	1,000					
	klinikbekannt	64,2%	62,6%	1,000	68,8%	67,3%	1,000	22,0%	24,4%	1,000					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	48,4%	48,5%	1,000	48,0%	49,5%	1,000	48,4%	44,7%	1,000	49,3%	50,7%	1	1,000	1,000
	klinikneu	48,0%	46,8%	1,000	47,0%	46,3%	1,000	48,4%	44,6%	1,000					
	klinikbekannt	49,5%	53,2%	1,000	49,1%	53,0%	1,000	48,8%	46,3%	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 Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Klinikum Itzehoe - Zentrum für Psychosoziale Medizin begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von sieben Jahren.

Am Klinikum Itzehoe waren laut Basisdaten zur Modellvereinbarung im Jahr vor Beginn des Modells 73 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 28 in der Tagesklinik und 20 in der Psychosomatik vorgesehen.

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

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen, ambulante Behandlung und Need Adapted Treatment für Patienten mit Schizophrenie. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2003 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, die durch ein Regionales Psychiatriebudget geregelt war.

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

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (23) wurde im Klinikum Itzehoe nur über Quartalspauschalen abgerechnet. Dies galt sowohl für den Zeitraum vor 2014 (Regionales Psychiatriebudget nach § 24 BPfIV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach § 64b SGB V.

Im stationären Bereich erfolgte bis einschließlich 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Beginnend im ersten Quartal 2015 wurde bis Ende des zweiten Quartals 2015 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.07.2015 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

Klinikneue sind Patienten, die mit dem Referenzaufenthalt zum ersten Mal in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. in der PIA der Referenz-Klinik aufgetreten sind. Klinikbekannte sind Patienten, die bereits im 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 80% der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
Schizophrenie (F20)
depressive Episoden (F32)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
somatoforme Störungen (F45) und
mittelgradige Intelligenzminderung (F71) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	421	421
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	83,6 %	85,7 %
• Zwei Diagnosen	15,0 %	13,8 %
• Drei Diagnosen	1,4 %	0,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	8	8
2. F32 & F43	6	7
3. F33 & F43	5	5

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)	385	385
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	86,5 %	84,7 %
• Zwei Diagnosen	12,2 %	14,5 %
• Drei Diagnosen	1,3 %	0,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	8	8
2. F10 & F32	4	4
3. IG: F32 & F33 / KG: F20 & F71	3	3

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)	379	379
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	87,9 %	88,7 %
• Zwei Diagnosen	11,3 %	11,1 %
• Drei Diagnosen	0,8 %	0,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	6	7
2. F10 & F43	5	5
3. F33 & F45	2	2

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	352	361	421	421
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,7 %	1,7 %	1,9 %	1,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,7 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,5 %	4,4 %	4,0 %	4,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	30,1 %	29,6 %	30,2 %	29,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	8,5 %	8,6 %	10,7 %	9,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	28,4 %	28,5 %	31,6 %	32,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,8 %	16,6 %	21,1 %	20,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	1,4 %	2,6 %	2,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,7 %	6,1 %	7,8 %	7,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,1 %	1,1 %	1,7 %	1,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,9 %	0,8 %	1,7 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,3	50,2	50,1	49,9
• Median	50	51	50	50
• (Interquartilsabstand)	(38 - 60)	(37 - 62)	(38 - 59)	(36 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,8 %	49,3 %	53,4 %	49,4 %
• Männer	47,2 %	50,7 %	46,6 %	50,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	65,3 %	64,8 %	66,7 %	64,6 %
• PIA	34,7 %	35,2 %	33,3 %	35,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,3 %	0,8 %	2,1 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,8 %	7,8 %	8,6 %	7,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	9,7 %	7,8 %	8,3 %	7,1 %
• Abitur/Fachabitur	4,0 %	5,0 %	4,0 %	4,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	7,4 %	9,1 %	7,1 %	9,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)	67,9 %	69,5 %	69,8 %	69,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	5,1 %	5,5 %	4,8 %	5,7 %
	20,2 %	15,2 %	19,5 %	14,5 %
	0,6 %	0,8 %	0,5 %	0,7 %
	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
	0,9 %	1,4 %	0,7 %	1,4 %
	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
	5,1 %	7,2 %	4,5 %	7,6 %
	67,9 %	69,5 %	69,8 %	69,8 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	10,8 %	13,3 %	11,2 %	13,5 %
	67,9 %	72,9 %	67,7 %	72,9 %
	21,3 %	13,9 %	21,1 %	13,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	26,4 %	24,4 %	26,4 %	25,4 %
	17,6 %	18,8 %	19,2 %	19,7 %
	56,0 %	56,8 %	54,4 %	54,9 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	55,7 %	58,2 %	55,1 %	58,2 %
	5,4 %	4,2 %	5,7 %	4,3 %
	35,2 %	33,2 %	35,9 %	33,0 %
	3,7 %	4,4 %	3,3 %	4,5 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	333	326	385	385
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,9 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	28,2 %	29,4 %	30,1 %	30,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	36,3 %	37,1 %	33,8 %	34,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	13,2 %	14,4 %	18,2 %	17,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,9 %	4,0 %	8,1 %	7,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,3 %	1,0 %	0,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,5 %	1,8 %	4,9 %	4,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	4,2 %	4,6 %	5,5 %	6,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	10,2 %	6,4 %	9,1 %	9,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,6	49,7	51,8	49,4
• Median	53	50	53	49
• (Interquartilsabstand)	(45 - 60)	(39 - 59)	(44 - 60)	(39 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	42,9 %	39,3 %	43,9 %	39,7 %
• Männer	57,1 %	60,7 %	56,1 %	60,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	28,5 %	30,1 %	33,5 %	31,2 %
• PIA	71,5 %	69,9 %	66,5 %	68,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	4,5 %	1,2 %	4,2 %	1,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,6 %	6,4 %	1,8 %	6,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,3 %	4,0 %	4,2 %	3,9 %
• Abitur/Fachabitur	3,3 %	1,5 %	2,9 %	1,6 %
• Abschluss unbekannt	4,2 %	5,5 %	5,5 %	4,9 %
• Fehlende Angabe	84,1 %	81,3 %	81,6 %	81,6 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,5 %	3,4 %	4,7 %	3,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	4,2 %	8,3 %	6,5 %	8,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,0 %	0,3 %	2,6 %	0,3 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,9 %	6,4 %	4,4 %	5,7 %
• Fehlende Angabe	84,1 %	81,3 %	81,6 %	81,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	24,6 %	17,8 %	21,6 %	17,7 %
• Nein	61,0 %	68,4 %	63,6 %	68,6 %
• Fehlende Angabe	14,4 %	13,8 %	14,8 %	13,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	23,1 %	22,7 %	25,5 %	24,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	42,0 %	50,9 %	42,3 %	49,9 %
• Weder A noch B	34,8 %	26,4 %	32,2 %	25,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	45,6 %	52,5 %	46,5 %	52,2 %
• Familienversicherter	4,5 %	1,8 %	4,9 %	1,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,7 %	41,7 %	43,4 %	41,6 %
• Fehlende Angabe	5,1 %	4,0 %	5,2 %	4,4 %

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	333	336	379	379
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,6 %	3,6 %	3,7 %	3,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,9 %	4,2 %	4,0 %	4,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,5 %	1,5 %	1,3 %	1,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	24,6 %	24,4 %	26,9 %	27,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,6 %	7,7 %	7,1 %	7,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,8 %	31,5 %	35,1 %	34,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	15,3 %	15,5 %	16,6 %	17,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,2 %	2,6 %	2,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	8,1 %	8,0 %	9,8 %	9,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,6 %	1,1 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,9 %	0,3 %	1,1 %	0,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,6 %	0,3 %	0,8 %	0,8 %
Alter ¹				
• Mittelwert	48,8	51,3	48,6	50,8
• Median	48	50	48	50
• (Interquartilsabstand)	(32 - 60)	(36 - 64)	(33 - 60)	(35 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	50,8 %	54,5 %	50,1 %	53,6 %
• Männer	49,2 %	45,5 %	49,9 %	46,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	61,3 %	56,8 %	63,9 %	58,6 %
• PIA	38,7 %	43,2 %	36,1 %	41,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	0,3 %	1,1 %	0,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,4 %	6,8 %	7,7 %	6,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	9,6 %	9,2 %	9,5 %	9,2 %
• Abitur/Fachabitur	5,1 %	5,7 %	4,7 %	6,1 %
• Abschluss unbekannt	12,3 %	12,2 %	11,9 %	12,4 %
• Fehlende Angabe	64,0 %	65,8 %	65,2 %	65,2 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,3 %	3,9 %	6,1 %	4,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,2 %	16,4 %	17,9 %	16,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,9 %	0,9 %	1,3 %	0,8 %
• Bachelor	0,3 %	0,6 %	0,3 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,5 %	3,3 %	1,3 %	3,2 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• Abschluss unbekannt	7,8 %	9,2 %	7,9 %	9,5 %
• Fehlende Angabe	64,0 %	65,8 %	65,2 %	65,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	9,6 %	9,5 %	9,5 %	9,2 %
• Nein	69,1 %	77,4 %	69,4 %	77,8 %
• Fehlende Angabe	21,3 %	13,1 %	21,1 %	12,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	26,7 %	27,4 %	26,6 %	28,0 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	14,7 %	17,6 %	14,8 %	17,4 %
• Weder A noch B	58,6 %	55,1 %	58,6 %	54,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	60,7 %	60,7 %	60,2 %	61,2 %
• Familienversicherter	7,5 %	5,4 %	7,1 %	5,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	28,8 %	31,8 %	29,8 %	31,4 %
• Fehlende Angabe	3,0 %	2,1 %	2,9 %	2,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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)	409	409	392	380	410	410	397	385
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) 	8,6 %	56,2 %	13,8 %	11,6 %	7,1 %	34,4 %	13,6 %	13,2 %
	1,0 %	4,2 %	2,3 %	1,3 %	2,2 %	3,2 %	0,3 %	0,8 %
	16,9 %	15,6 %	11,7 %	13,9 %	14,1 %	15,1 %	12,8 %	12,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	3,7	18,0	5,2	3,6	2,3	22,1	4,4	5,4
	0,1	9,5	1,0	0,4	0,4	4,0	0,5	0,7
	3,8	27,5	6,2	4,0	2,7	26,1	4,9	6,1
	0,1	1,2	1,0	0,1	0,5	0,8	0,1	0,2
	0,1	0,6	0,6	0,1	0,5	0,8	0,1	0,2
	2,1	2,7	1,9	1,8	1,7	2,7	1,6	1,4

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

⁴ Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	372	372	353	340	376	376	367	357
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)	39,2 %	36,0 %	24,9 %	18,2 %	43,1 %	32,4 %	26,2 %	25,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	6,2 %	4,6 %	2,8 %	2,1 %	4,8 %	2,9 %	6,0 %	3,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	21,2 %	21,0 %	20,7 %	20,0 %	20,5 %	17,3 %	16,9 %	15,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	14,0	14,8	10,5	8,5	17,3	15,7	10,2	11,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,7	1,8	0,7	0,6	3,6	1,4	0,8	0,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	16,6	16,6	11,2	9,1	20,9	17,1	11,0	12,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,0	1,3	1,5	1,7	1,0	0,7	1,4	1,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	1,1	1,3	1,4	1,7	1,0	0,6	1,3	1,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,5	2,5	3,3	2,9	1,8	1,7	2,2	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)

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

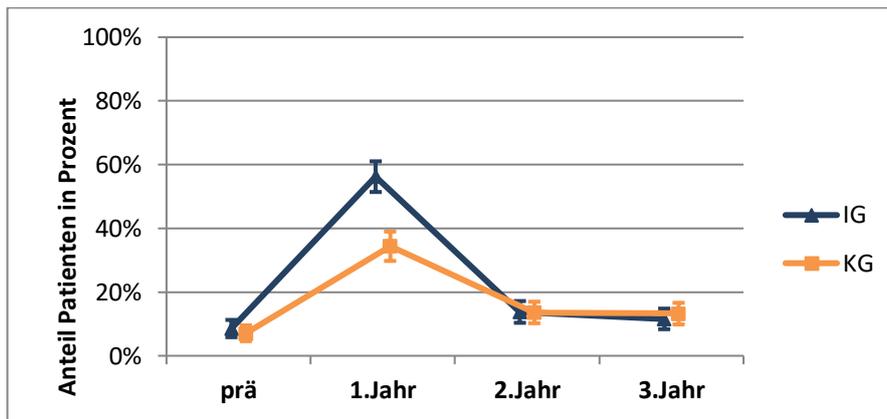
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

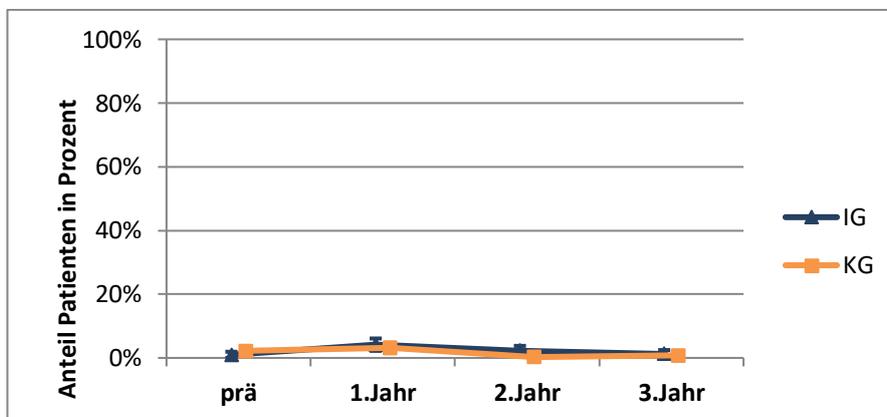
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

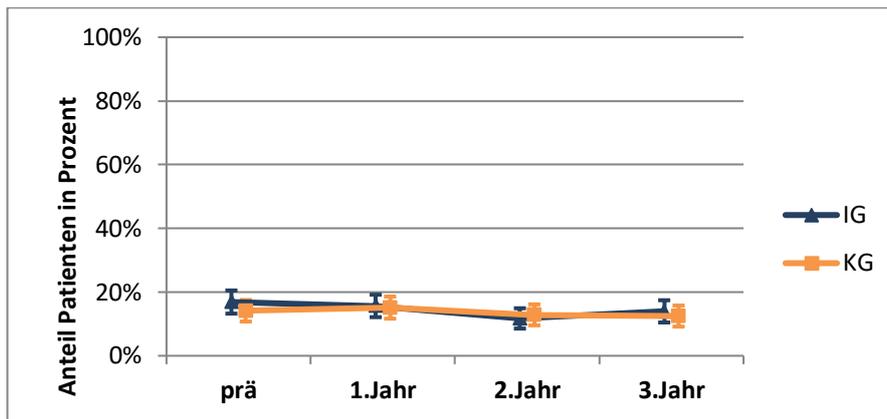
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

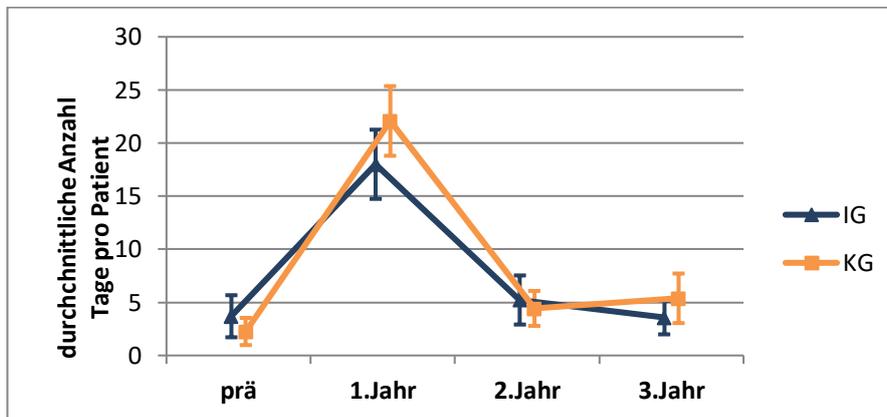


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

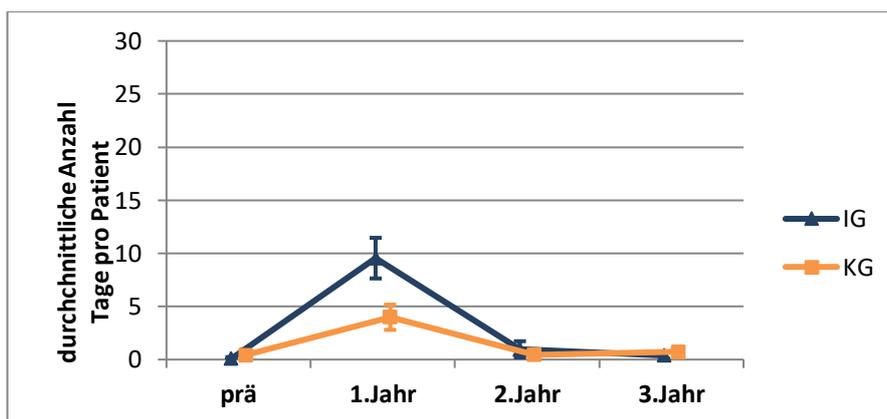


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

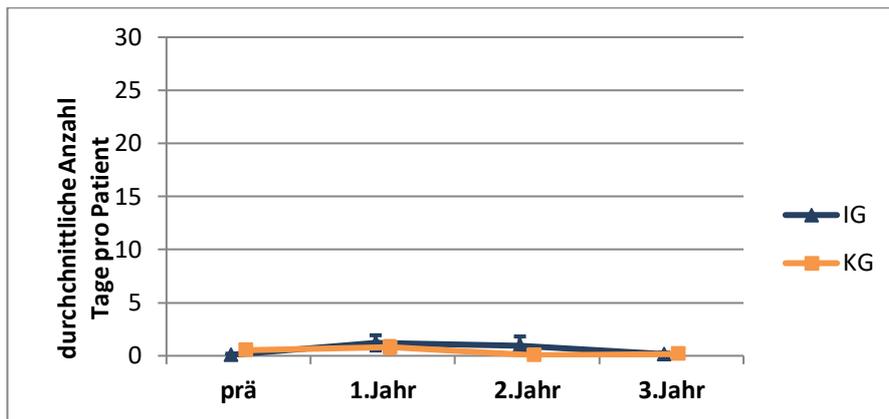
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



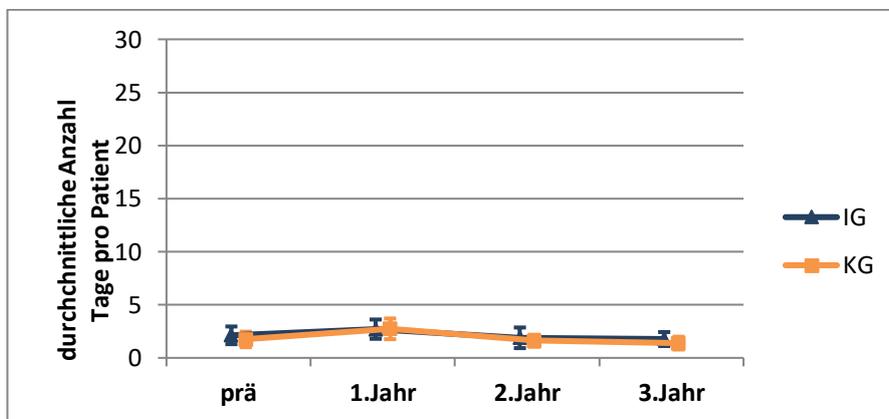
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



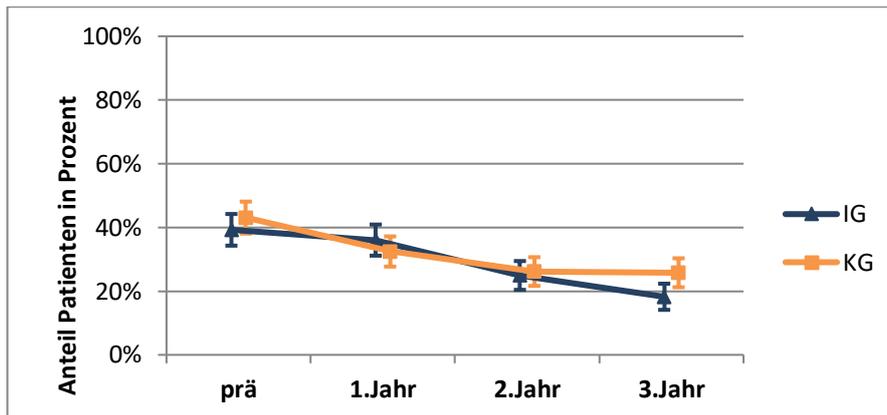
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

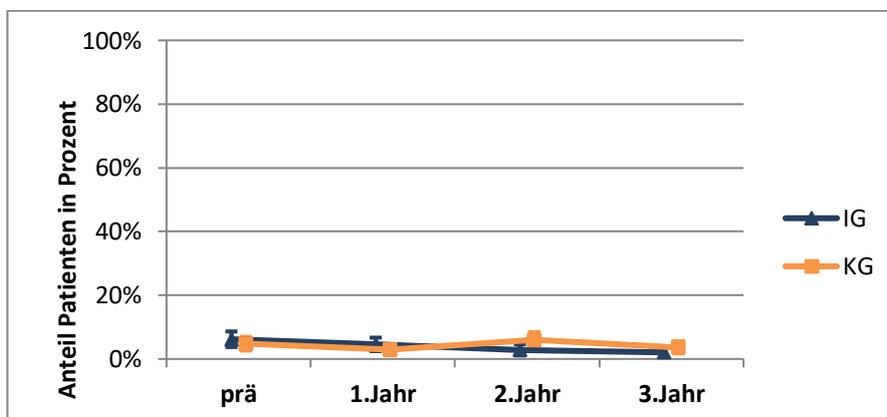
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

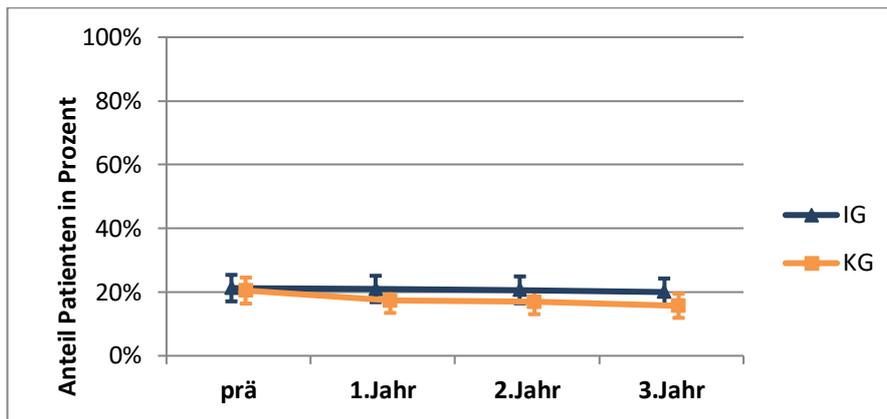
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

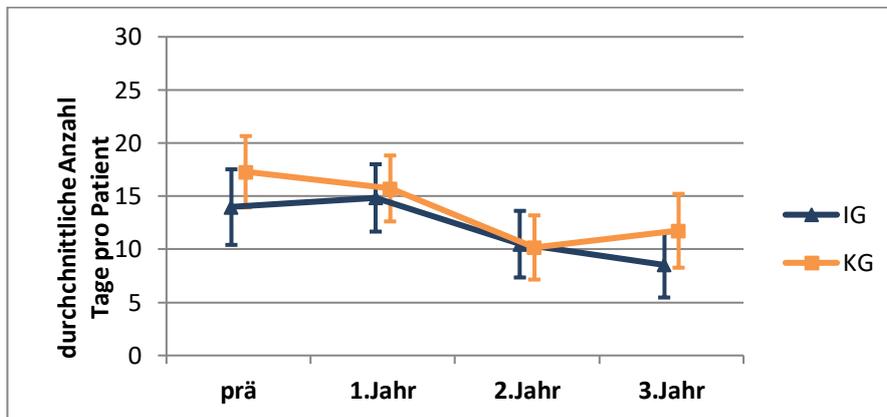


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

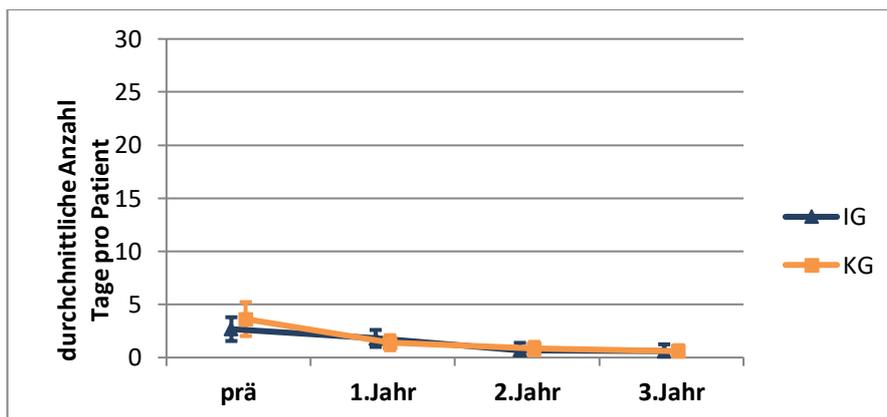


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

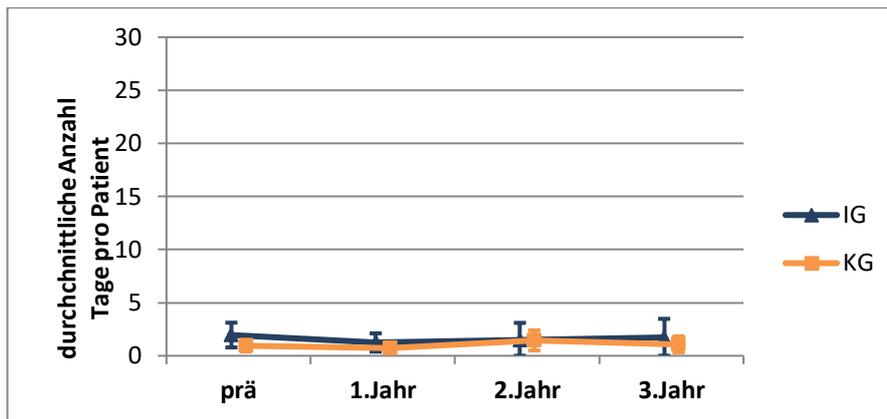
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



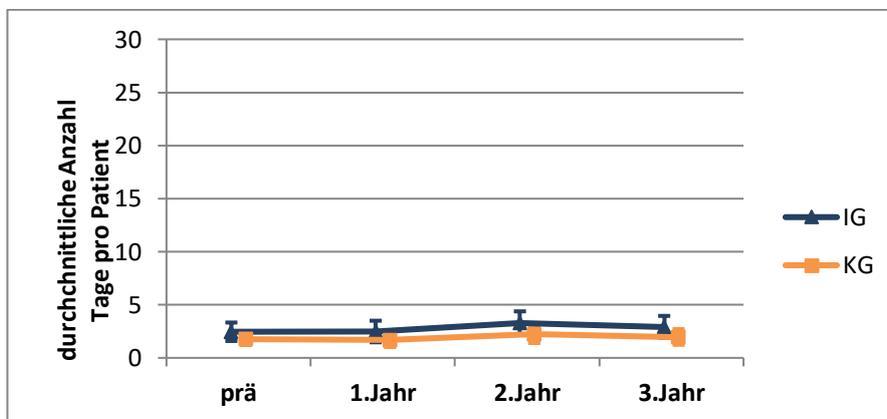
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



- 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=409, KG=410; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=372, KG=376).

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* mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 3,7; KG: 2,3 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 18,0; KG: 22,1 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 5,2 und 3,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 4,4 und 5,4 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau war dabei in der IG in Prä-Zeitraum etwas höher als in der KG, während die Anzahl der vollstationären Tage zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG weniger stark anstieg als in der KG. Der Peak war in der IG um 4,1 vollstationäre Tage geringer als in 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 höher als in der KG (IG: 9,5 teilstationäre Tage; KG: 4,0 teilstationäre Tage). Dasselbe Muster mit einem Peak im ersten Modelljahr war bei dem *Anteil der Patienten* mit mindestens einem stationären Aufenthalt ersichtlich, dabei wies die IG einen höheren Peak im Vergleich zur KG auf (IG: 56,2%; KG: 34,4%).

Bei den kllinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären und teilstationären Behandlungsdauer sowie dem Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt über die Zeit.

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)	379	379	379	379
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	8,2 %	49,6 %	7,9 %	32,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,6 %	1,6 %	3,2 %	2,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,1 %	19,0 %	14,5 %	15,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ^{3,4} (B1)	2,3	18,9	2,4	18,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,4	12,9	0,5	7,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,7	31,7	2,9	25,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,9	0,7	0,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,3	0,0	0,4	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,3	2,2	1,4	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)

⁴ Angabe 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:

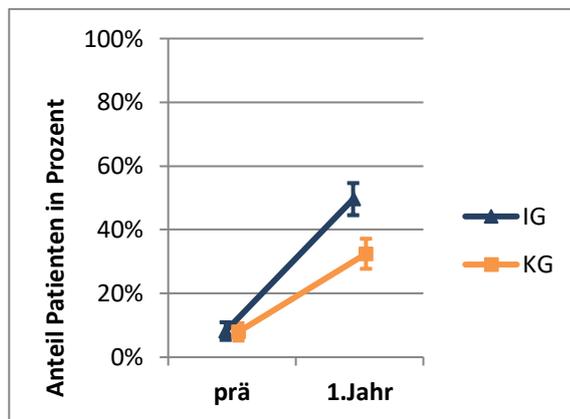
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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)

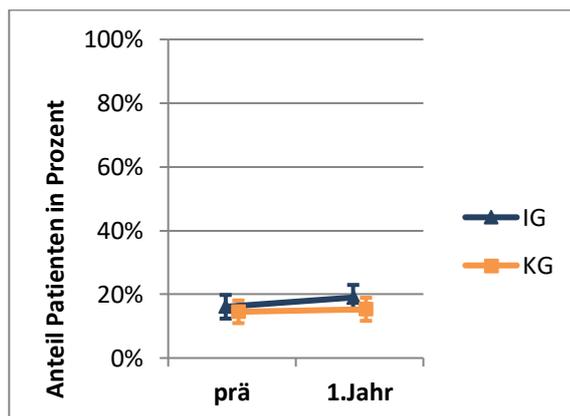
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

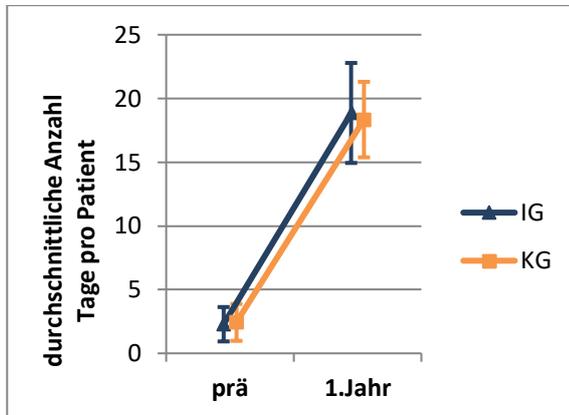
Fallzahl zu klein

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

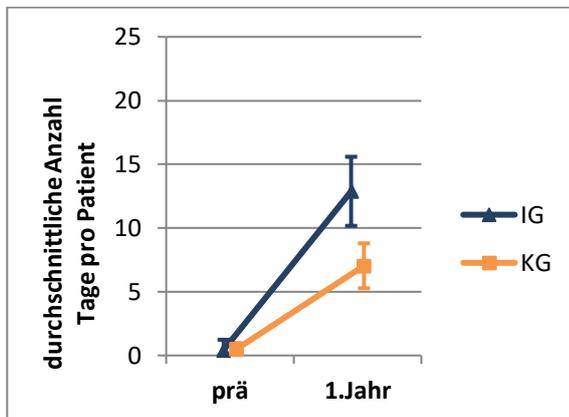


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- 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)

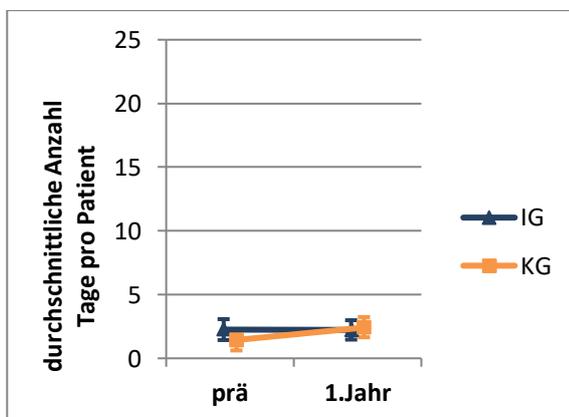


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit 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 249ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=379 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen signifikant größere Zunahmen in der IG im Vergleich zur KG. Dies gilt sowohl für die voll- als auch für die teilstationären Aufenthalte (IG: von 2,3 auf 18,9 vollstationäre Tage; KG: von 2,4 auf 18,3 vollstationäre Tage sowie IG: von 0,4 auf 12,9 teilstationäre Tage; KG: von 0,5 auf 7,0 teilstationäre Tage).

Auch der Anteil der Patienten mit einem stationären Aufenthalt aufgrund Indexdiagnose stieg in der IG signifikant stärker als in der KG (IG von 8,2 auf 49,6%; KG: von 7,9 auf 32,5%).

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 bei allen Kohorten der Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Jahr in der IG signifikant geringer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant geringere stationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 294ff.).

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)	409	409	392	380	410	410	397	385
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	399	398	376	365	394	393	374	360
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,9	1,1	0,8	0,1	3,0	1,8	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,5	3,2	3,0	2,2	2,1	2,9	2,7	2,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,6	13,8	13,0	10,8	11,4	14,0	12,7	10,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,4	0,5	0,5	1,1	0,7	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,2	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,3	4,1	5,3	8,0	5,9	8,4	10,9	9,8

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

berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	372	372	353	340	376	376	367	357
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	364	365	339	327	366	366	360	350
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	8,6	9,8	8,6	8,6	5,4	8,4	7,6	7,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,8	2,7	2,7	2,3	2,1	1,8	1,9	1,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,6	14,5	13,3	13,4	14,8	16,5	14,7	15,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,8	0,8	0,4	0,9	0,8	0,8	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,8	7,6	7,6	9,0	12,4	6,7	5,8	5,6

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

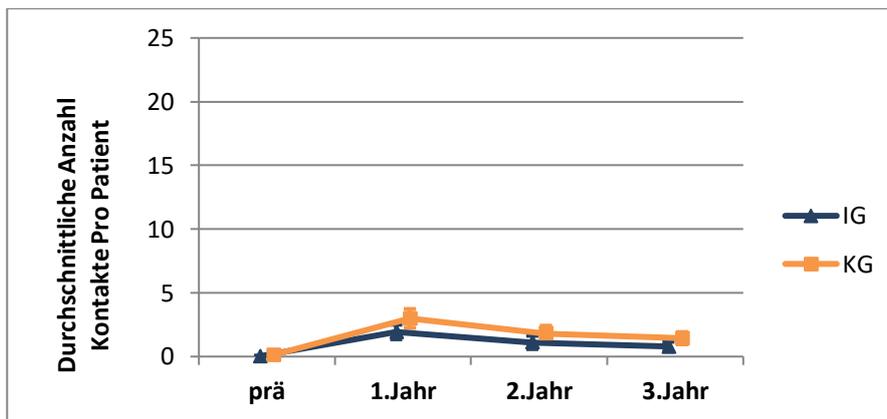
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

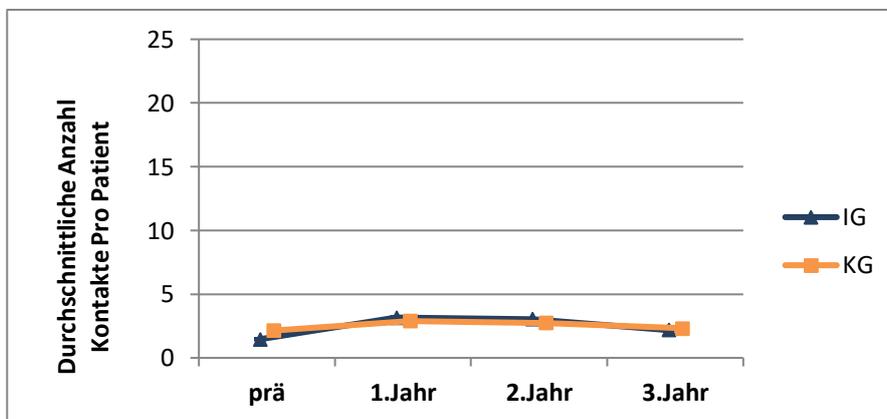
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

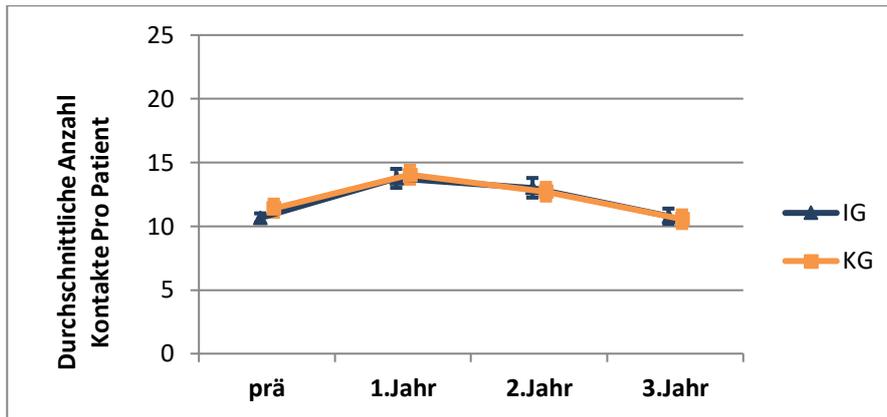
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

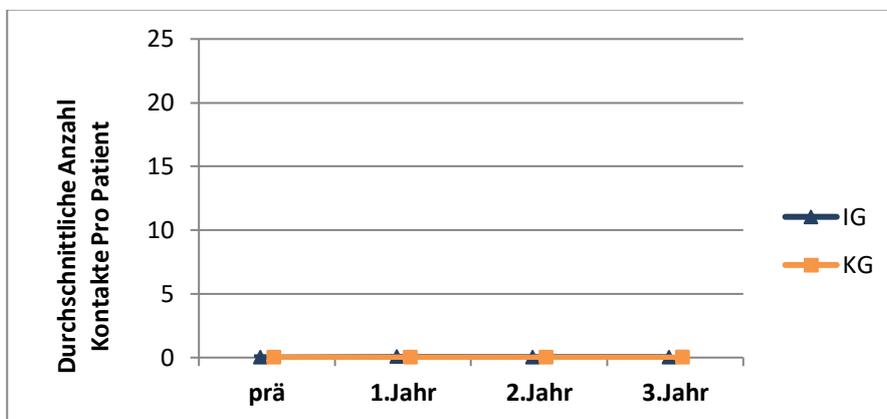


- bei anderen Vertragsärzten (E)

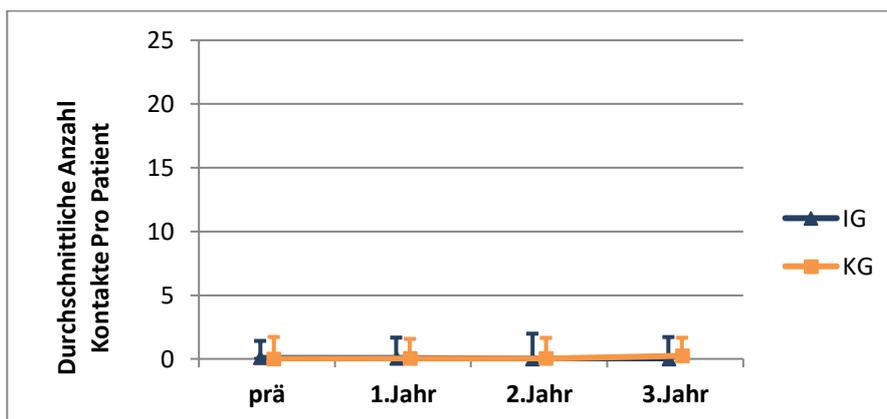


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

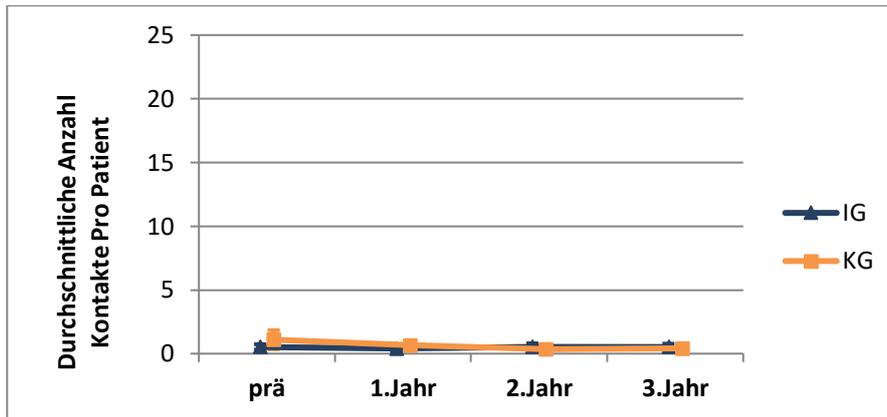
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

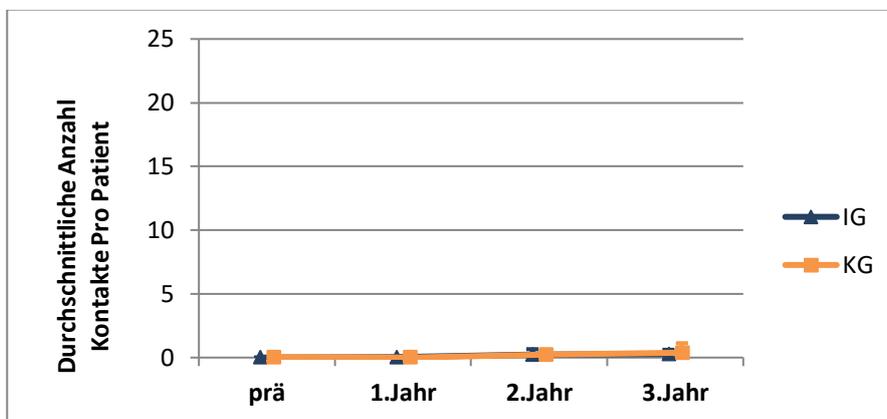


- bei anderen Vertragsärzten (F)

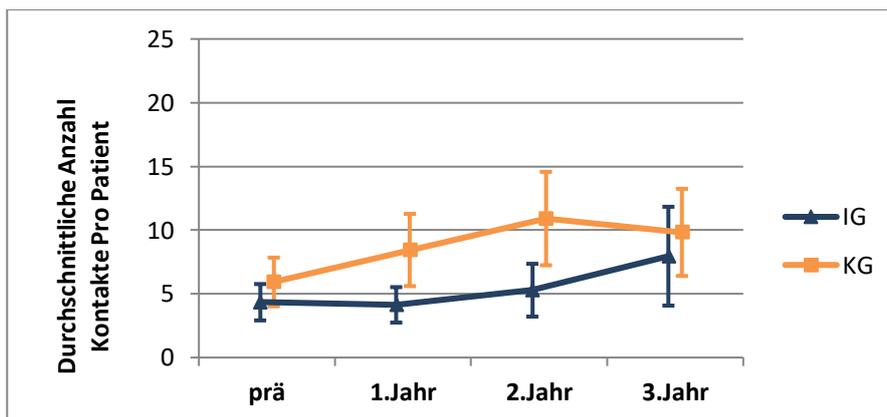


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



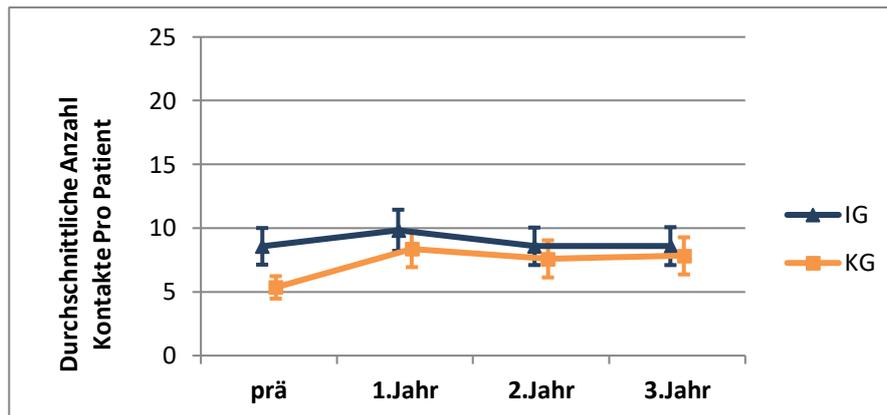
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

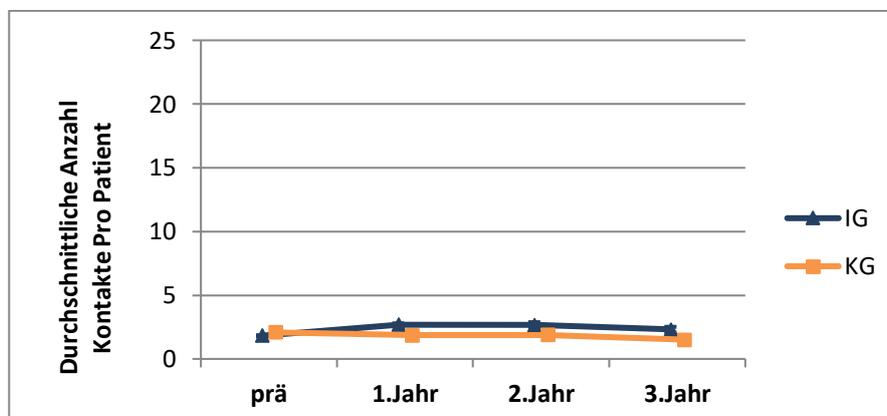
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

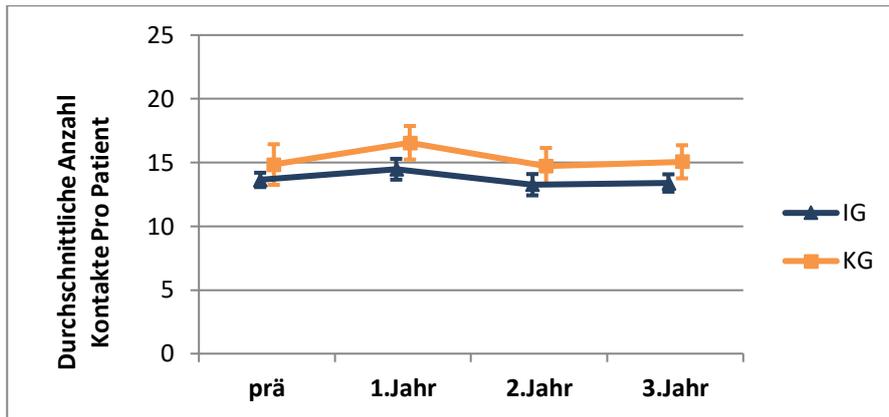
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

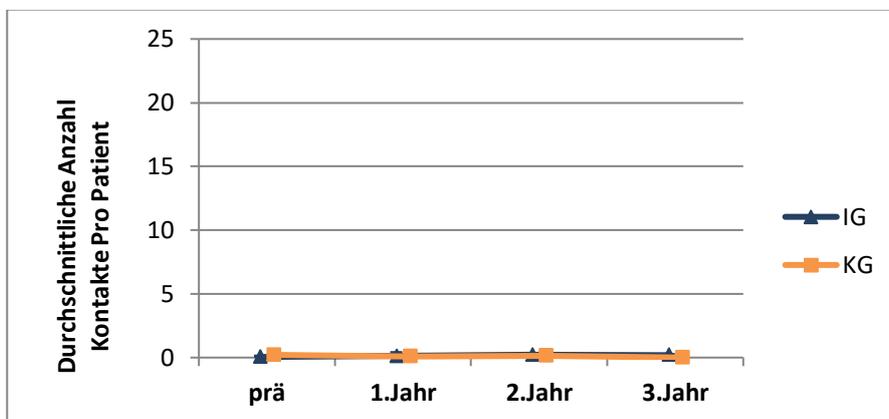


- bei anderen Vertragsärzten (E)

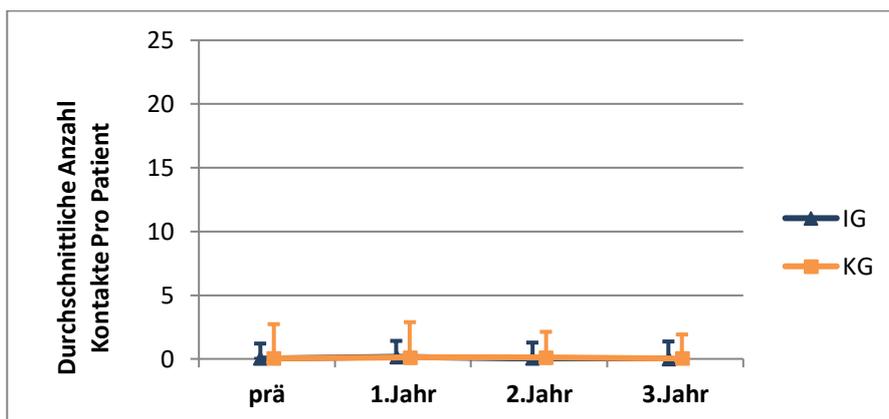


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

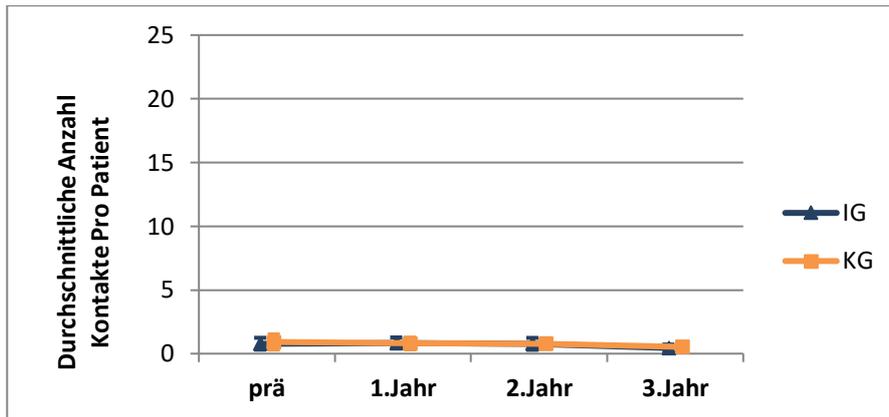
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

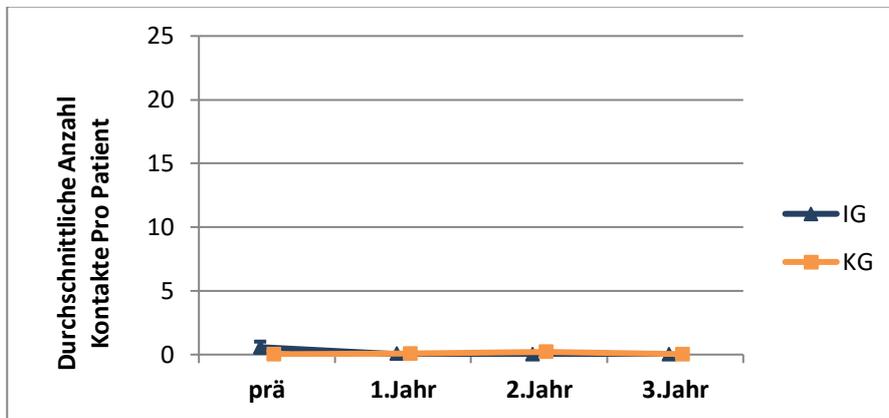


- bei anderen Vertragsärzten (F)

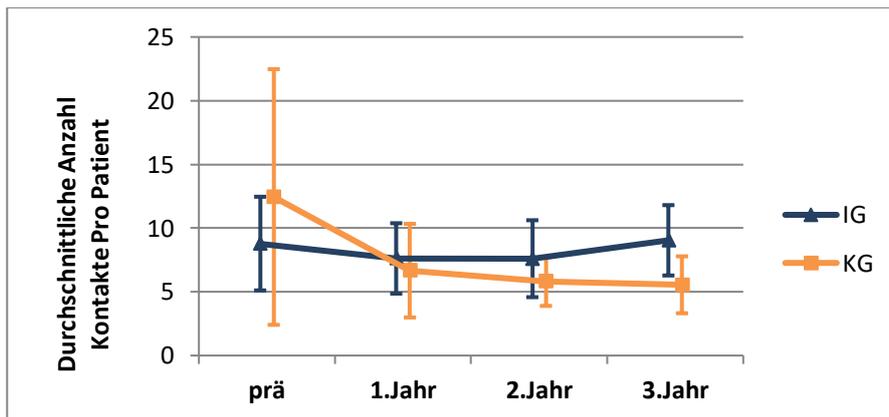


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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=409, KG=410; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=372, KG=376). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei Klinikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA und von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* aufgrund Indexdiagnose ab dem ersten patientenindividuellen Jahr. Lediglich die Inanspruchnahme von ambulanten Kontakten bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor unterschied sich hier. Dabei war die Inanspruchnahme in der IG in jedem Jahr geringer als in der KG.

Bei den Klinikbekannten Patienten zeigten sich geringe Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über die Zeit. Dabei wies die IG in jedem Jahr etwas höhere Kontakte in der PIA auf (prä: +3,2, 1. Jahr: +1,5, 2. Jahr: +1,0, 3. Jahr: +0,8 PIA-Kontakte pro Patient).

Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* ein vergleichbares Muster mit vergleichbaren Werten 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)	379	379	379	379
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	373	373	368	373
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,1	0,1	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	2,8	2,0	3,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,3	12,3	10,3	13,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,1
• 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)	0,9	0,4	0,7	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,2	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,3	9,3	12,3	9,9

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

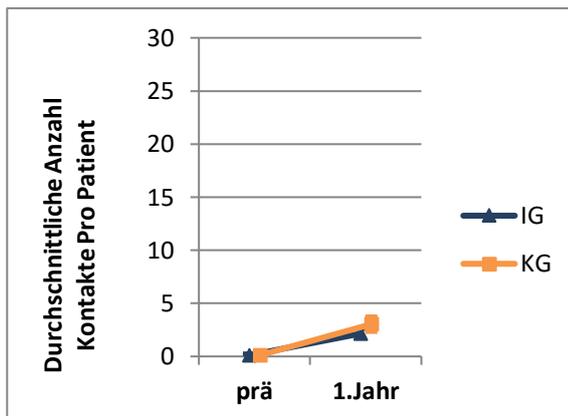
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

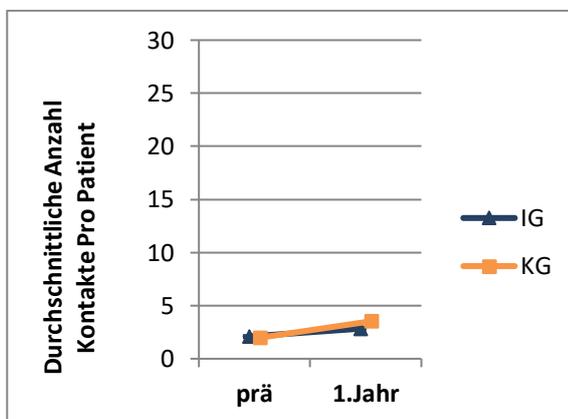
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

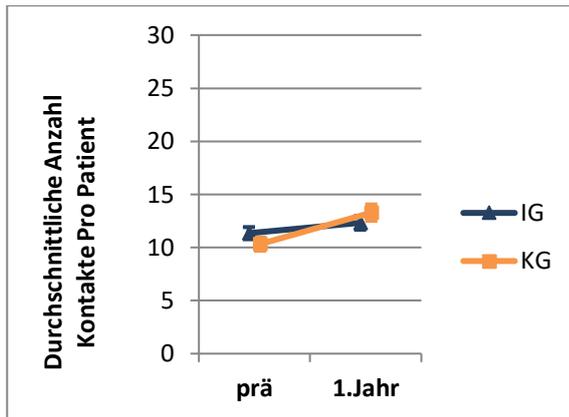
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

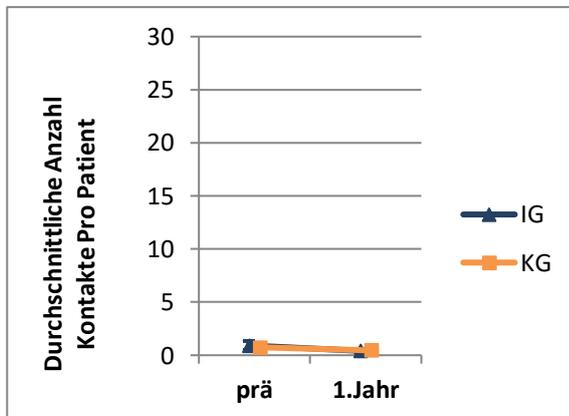
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

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)**

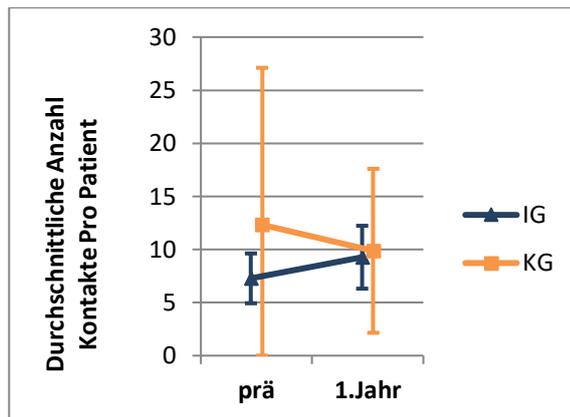


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten 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 249ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (je n= 379) zeigte sich eine signifikant weniger starke Zunahme der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG (IG: von 0,1 auf 2,1 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0,1 auf 3,0 Kontakte im 1. Jahr). Auch die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg in der IG signifikant weniger stark an im Vergleich zur KG (IG: von 2,1 auf 2,8 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 2,0 auf 3,5 Kontakte im 1. Jahr). Weiterhin war der Anstieg der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte bei anderen Vertragsärzten in der IG signifikant geringer im Vergleich zur KG (IG: von 11,3 auf 12,3 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 10,3 auf 13,3 Kontakte im 1. Jahr). Alle beschriebenen Muster betreffen Kontakte aufgrund von Indexdiagnosen.

Die DiD-Parameter für Inanspruchnahme in der PIA, bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten und bei den anderen Vertragsärzten bei Indexdiagnosen waren statistisch signifikant.

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	45	468	69	61	30	405	90	86
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,1 %	10,9 %	7,2 %	14,8 %	3,3 %	5,7 %	12,2 %	14,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,4 %	2,8 %	5,8 %	4,9 %	20,0 %	6,4 %	5,6 %	7,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	55,6 %	42,9 %	40,6 %	45,9 %	63,3 %	48,6 %	41,1 %	34,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	4,4 %	13,7 %	17,4 %	4,9 %	10,0 %	11,4 %	5,6 %	5,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	2,4 %	4,3 %	1,6 %	3,3 %	2,0 %	1,1 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	1,5 %	0,0 %	4,9 %	3,3 %	1,7 %	3,3 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	15,4 %	15,9 %	21,3 %	23,3 %	13,6 %	14,4 %	19,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	22,2 %	41,0 %	40,6 %	36,1 %	26,7 %	39,5 %	47,8 %	50,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	36	232	47	44	27	193	58	37
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,9 %	13,4 %	8,5 %	20,5 %	3,7 %	8,3 %	17,2 %	32,4 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,6 %	3,4 %	8,5 %	6,8 %	18,5 %	10,4 %	8,6 %	13,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	40,9 %	42,6 %	52,3 %	59,3 %	50,8 %	50,0 %	54,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	2,8 %	18,5 %	21,3 %	6,8 %	11,1 %	10,9 %	8,6 %	2,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,6 %	3,9 %	4,3 %	2,3 %	3,7 %	3,6 %	1,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	2,6 %	0,0 %	4,5 %	0,0 %	1,0 %	3,4 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	19,4 %	19,1 %	29,5 %	22,2 %	21,2 %	20,7 %	43,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	22,2 %	35,8 %	29,8 %	25,0 %	29,6 %	35,2 %	34,5 %	27,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	22	99	28	23	14	90	26	15
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,7 %	15,2 %	10,7 %	34,8 %	7,1 %	11,1 %	23,1 %	40,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,5 %	5,1 %	10,7 %	13,0 %	21,4 %	13,3 %	15,4 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,9 %	42,4 %	39,3 %	52,2 %	42,9 %	45,6 %	53,8 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	19,2 %	25,0 %	8,7 %	14,3 %	14,4 %	15,4 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	3,8 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,8 %	22,2 %	17,9 %	47,8 %	21,4 %	27,8 %	26,9 %	60,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	27,3 %	32,3 %	28,6 %	17,4 %	42,9 %	34,4 %	26,9 %	20,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	33	427	68	55	26	365	75	73
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,2 %	20,1 %	26,5 %	20,0 %	3,8 %	7,9 %	25,3 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,1 %	7,3 %	8,8 %	9,1 %	34,6 %	12,9 %	10,7 %	15,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,8 %	69,8 %	63,2 %	61,8 %	80,8 %	73,2 %	66,7 %	46,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,2 %	27,4 %	30,9 %	27,3 %	30,8 %	27,7 %	29,3 %	13,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,1 %	7,0 %	4,4 %	5,5 %	3,8 %	4,9 %	1,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	3,3 %	5,9 %	7,3 %	7,7 %	3,8 %	9,3 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,4 %	28,8 %	35,3 %	30,9 %	38,5 %	23,6 %	29,3 %	27,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,1 %	18,3 %	20,6 %	20,0 %	0,0 %	16,4 %	20,0 %	35,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	27	209	46	38	23	169	44	31
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,6 %	25,8 %	28,3 %	23,7 %	4,3 %	12,4 %	38,6 %	35,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,1 %	8,6 %	10,9 %	13,2 %	34,8 %	18,9 %	15,9 %	19,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,8 %	72,7 %	69,6 %	71,1 %	78,3 %	74,6 %	72,7 %	71,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,9 %	32,5 %	32,6 %	31,6 %	34,8 %	29,0 %	40,9 %	16,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,8 %	11,0 %	4,3 %	2,6 %	4,3 %	8,9 %	2,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	3,8 %	6,5 %	7,9 %	4,3 %	3,0 %	13,6 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,9 %	36,4 %	39,1 %	36,8 %	39,1 %	36,1 %	43,2 %	45,2 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	7,4 %	11,5 %	10,9 %	7,9 %	0,0 %	11,2 %	11,4 %	16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	14	86	27	19	12	80	18	12
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,9 %	24,4 %	33,3 %	36,8 %	8,3 %	13,8 %	55,6 %	58,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,1 %	17,4 %	14,8 %	26,3 %	41,7 %	21,3 %	33,3 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,3 %	70,9 %	74,1 %	78,9 %	58,3 %	75,0 %	83,3 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,3 %	32,6 %	33,3 %	36,8 %	41,7 %	28,8 %	61,1 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,3 %	8,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	7,0 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %	11,1 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,3 %	38,4 %	44,4 %	57,9 %	41,7 %	40,0 %	66,7 %	75,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	10,5 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %	8,8 %	0,0 %	8,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	20	384	58	43	17	326	53	56
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	24,7 %	32,8 %	20,9 %	11,8 %	11,0 %	28,3 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	11,7 %	15,5 %	20,9 %	23,5 %	21,8 %	11,3 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	95,0 %	84,4 %	75,9 %	72,1 %	82,4 %	82,8 %	83,0 %	66,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	48,7 %	53,4 %	34,9 %	64,7 %	47,9 %	47,2 %	33,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	13,0 %	10,3 %	9,3 %	23,5 %	7,1 %	3,8 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	6,3 %	20,7 %	4,7 %	11,8 %	8,9 %	15,1 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	38,5 %	48,3 %	37,2 %	47,1 %	33,4 %	32,1 %	32,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	8,3 %	13,8 %	16,3 %	0,0 %	8,9 %	9,4 %	21,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	16	183	37	28	14	146	31	23
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,0 %	33,9 %	29,7 %	28,6 %	7,1 %	18,5 %	41,9 %	47,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	14,2 %	21,6 %	28,6 %	21,4 %	30,8 %	16,1 %	17,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,8 %	88,5 %	83,8 %	85,7 %	78,6 %	88,4 %	87,1 %	82,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,8 %	58,5 %	56,8 %	46,4 %	78,6 %	50,7 %	58,1 %	43,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	31,3 %	21,9 %	13,5 %	7,1 %	28,6 %	13,7 %	6,5 %	0,0 %
	12,5 %	8,2 %	21,6 %	3,6 %	7,1 %	8,9 %	19,4 %	13,0 %
	62,5 %	52,5 %	51,4 %	50,0 %	50,0 %	49,3 %	45,2 %	52,2 %
	0,0 %	2,2 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	3,2 %	8,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	74	21	13	10	66	12	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) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	37,5 %	35,1 %	33,3 %	38,5 %	10,0 %	19,7 %	50,0 %	80,0 %
	25,0 %	25,7 %	23,8 %	46,2 %	30,0 %	34,8 %	25,0 %	10,0 %
	100,0 %	89,2 %	85,7 %	84,6 %	70,0 %	87,9 %	83,3 %	70,0 %
	37,5 %	59,5 %	57,1 %	53,8 %	70,0 %	43,9 %	83,3 %	40,0 %
	25,0 %	13,5 %	14,3 %	0,0 %	20,0 %	15,2 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	6,8 %	23,8 %	0,0 %	10,0 %	7,6 %	33,3 %	10,0 %
	75,0 %	59,5 %	57,1 %	69,2 %	50,0 %	57,6 %	50,0 %	80,0 %
	0,0 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %

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			
	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	276	356	189	131	297	359	222	192
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,8 %	14,3 %	20,6 %	17,6 %	14,8 %	12,0 %	11,3 %	20,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,8 %	5,1 %	7,4 %	3,8 %	3,7 %	5,6 %	4,1 %	2,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,5 %	38,8 %	37,0 %	36,6 %	41,1 %	37,0 %	31,5 %	30,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,0 %	10,7 %	7,9 %	7,6 %	9,1 %	8,4 %	7,7 %	9,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	2,2 %	1,1 %	1,5 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	2,5 %	2,6 %	8,4 %	4,7 %	3,3 %	2,3 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,1 %	21,1 %	28,6 %	22,1 %	18,5 %	17,5 %	15,3 %	22,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,4 %	45,8 %	43,4 %	42,7 %	43,8 %	49,9 %	54,1 %	52,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	197	248	141	98	228	239	137	131
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,3 %	16,1 %	27,0 %	22,4 %	18,4 %	15,1 %	16,8 %	25,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,0 %	6,9 %	9,9 %	4,1 %	4,8 %	7,9 %	6,6 %	3,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,0 %	39,9 %	39,7 %	38,8 %	45,6 %	41,4 %	38,7 %	35,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	8,1 %	12,9 %	9,2 %	8,2 %	10,5 %	10,5 %	10,2 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,4 %	25,0 %	37,6 %	27,6 %	23,2 %	23,0 %	23,4 %	29,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	48,2 %	41,5 %	36,2 %	37,8 %	35,5 %	41,4 %	41,6 %	42,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	119	151	94	57	148	140	97	88
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) 	24,4 %	21,2 %	36,2 %	26,3 %	16,9 %	18,6 %	20,6 %	27,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,4 %	31,8 %	44,7 %	29,8 %	23,0 %	25,7 %	25,8 %	29,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,2 %	42,4 %	31,9 %	33,3 %	38,5 %	39,3 %	36,1 %	39,8 %

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	202	278	148	105	222	278	171	138
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,1 %	22,7 %	27,7 %	30,5 %	30,2 %	21,2 %	21,6 %	37,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,0 %	14,4 %	14,9 %	10,5 %	9,9 %	10,8 %	8,8 %	5,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,8 %	65,1 %	67,6 %	64,8 %	61,3 %	60,8 %	55,0 %	60,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,8 %	26,6 %	29,7 %	27,6 %	25,7 %	23,0 %	24,0 %	21,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,0 %	5,4 %	2,0 %	1,9 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	5,8 %	8,8 %	9,5 %	9,5 %	6,1 %	7,6 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,6 %	38,5 %	42,6 %	40,0 %	38,7 %	31,3 %	29,8 %	42,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,8 %	23,0 %	17,6 %	19,0 %	19,8 %	22,7 %	26,9 %	25,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	149	190	113	78	168	188	110	93
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,3 %	25,8 %	34,5 %	38,5 %	38,1 %	27,7 %	30,9 %	47,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,7 %	20,5 %	19,5 %	12,8 %	12,5 %	13,8 %	12,7 %	7,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,5 %	69,5 %	69,9 %	65,4 %	67,9 %	66,0 %	62,7 %	69,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,5 %	30,0 %	32,7 %	26,9 %	26,8 %	25,5 %	29,1 %	25,8 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,0 %	7,4 %	2,7 %	2,6 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,0 %	6,3 %	8,0 %	10,3 %	9,5 %	6,9 %	7,3 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,7 %	48,4 %	54,0 %	50,0 %	48,8 %	40,4 %	42,7 %	54,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,1 %	16,8 %	13,3 %	16,7 %	11,3 %	13,3 %	18,2 %	16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	89	103	71	43	107	117	78	65
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	48,3 %	33,0 %	46,5 %	44,2 %	36,4 %	31,6 %	37,2 %	52,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,7 %	29,1 %	19,7 %	9,3 %	15,9 %	13,7 %	10,3 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,9 %	68,9 %	76,1 %	69,8 %	65,4 %	66,7 %	61,5 %	70,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,2 %	25,2 %	29,6 %	30,2 %	29,0 %	23,1 %	26,9 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	4,9 %	2,8 %	2,3 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	7,8 %	9,9 %	9,3 %	10,3 %	4,3 %	7,7 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,4 %	61,2 %	66,2 %	51,2 %	50,5 %	45,3 %	46,2 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,0 %	15,5 %	7,0 %	14,0 %	12,1 %	13,7 %	20,5 %	13,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	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	138	207	95	66	152	202	106	95
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	55,8 %	29,0 %	34,7 %	37,9 %	39,5 %	27,2 %	34,9 %	47,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,4 %	20,3 %	20,0 %	19,7 %	13,2 %	18,3 %	10,4 %	7,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,8 %	86,5 %	85,3 %	78,8 %	78,3 %	77,2 %	81,1 %	72,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,6 %	50,7 %	48,4 %	47,0 %	44,1 %	48,5 %	37,7 %	50,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,5 %	10,6 %	5,3 %	4,5 %	0,0 %	2,0 %	1,9 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	9,7 %	12,6 %	7,6 %	12,5 %	10,9 %	10,4 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,5 %	48,8 %	52,6 %	51,5 %	50,0 %	43,1 %	45,3 %	54,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,8 %	6,8 %	5,3 %	10,6 %	7,9 %	7,4 %	9,4 %	10,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	103	152	76	50	120	140	71	61
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	61,2 %	32,9 %	40,8 %	46,0 %	46,7 %	35,0 %	49,3 %	57,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,6 %	25,7 %	23,7 %	24,0 %	15,8 %	21,4 %	15,5 %	9,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,3 %	88,8 %	86,8 %	78,0 %	81,7 %	80,0 %	84,5 %	75,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	45,6 %	52,6 %	51,3 %	46,0 %	45,0 %	50,7 %	45,1 %	52,5 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,8 %	13,8 %	6,6 %	6,0 %	0,0 %	2,9 %	2,8 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	11,8 %	11,8 %	8,0 %	13,3 %	8,6 %	8,5 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,8 %	57,9 %	61,8 %	62,0 %	59,2 %	52,9 %	64,8 %	67,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,0 %	4,6 %	2,6 %	10,0 %	4,2 %	2,9 %	5,6 %	8,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	63	81	48	28	75	84	50	45
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	66,7 %	40,7 %	60,4 %	53,6 %	45,3 %	41,7 %	58,0 %	64,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,7 %	34,6 %	18,8 %	17,9 %	21,3 %	20,2 %	16,0 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,5 %	88,9 %	85,4 %	82,1 %	81,3 %	79,8 %	84,0 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,2 %	50,6 %	52,1 %	46,4 %	41,3 %	52,4 %	46,0 %	55,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	11,1 %	6,3 %	7,1 %	0,0 %	3,6 %	2,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	14,8 %	8,3 %	7,1 %	16,0 %	6,0 %	10,0 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	79,4 %	70,4 %	75,0 %	60,7 %	61,3 %	59,5 %	72,0 %	75,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	6,2 %	0,0 %	10,7 %	4,0 %	3,6 %	6,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

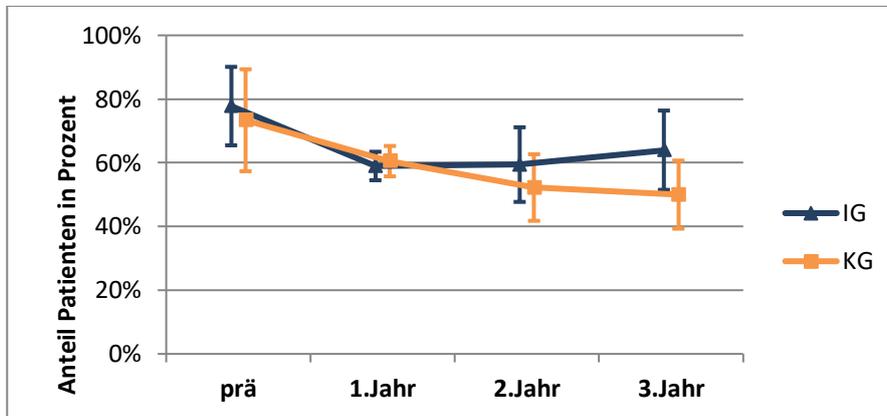
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

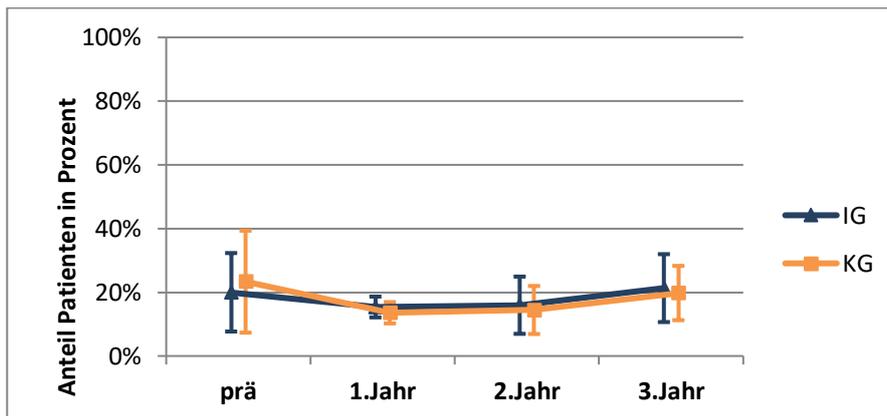
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



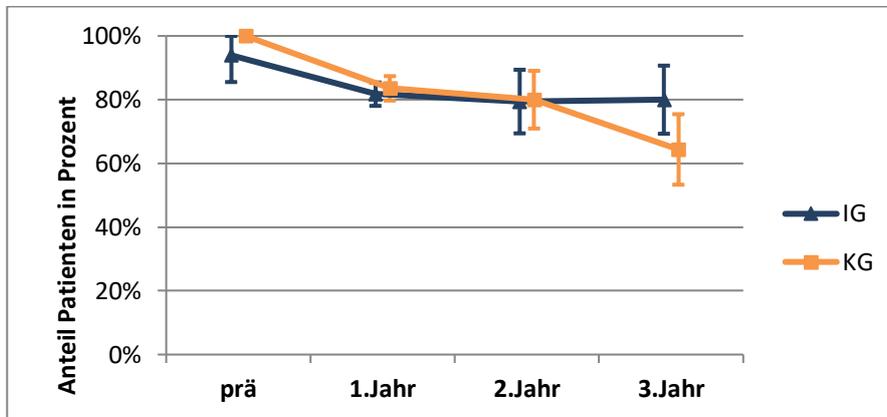
- Alle (psychiatrischer Sektor)



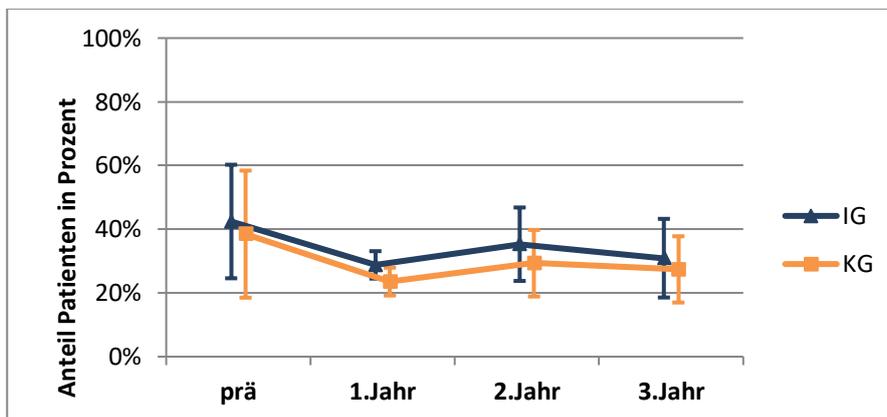
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



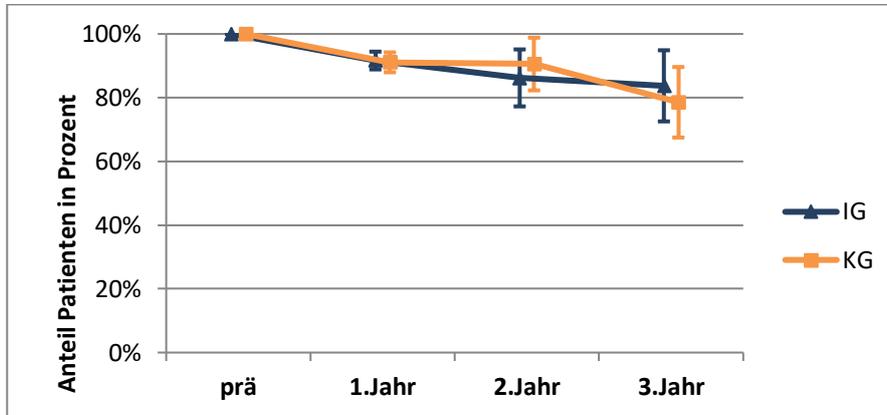
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



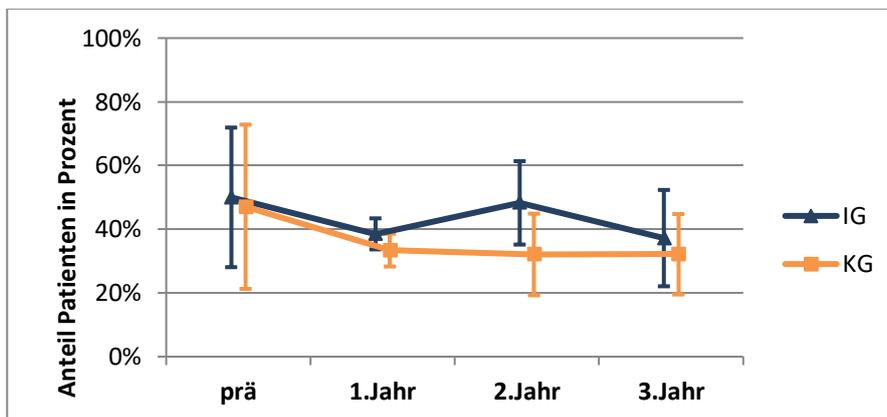
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



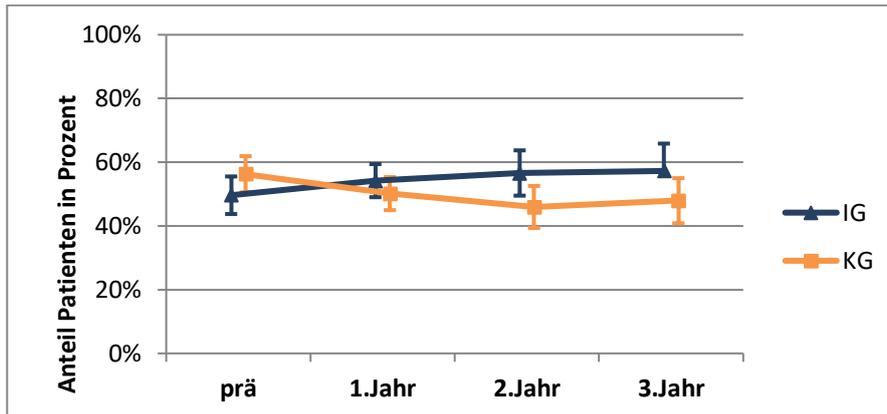
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

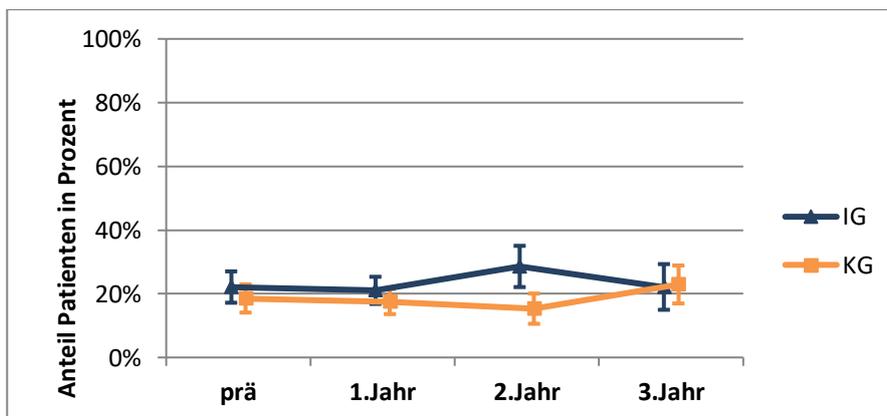
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



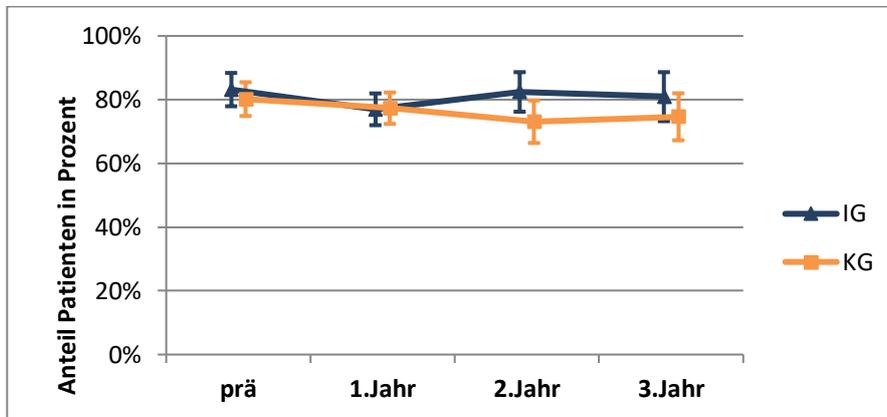
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



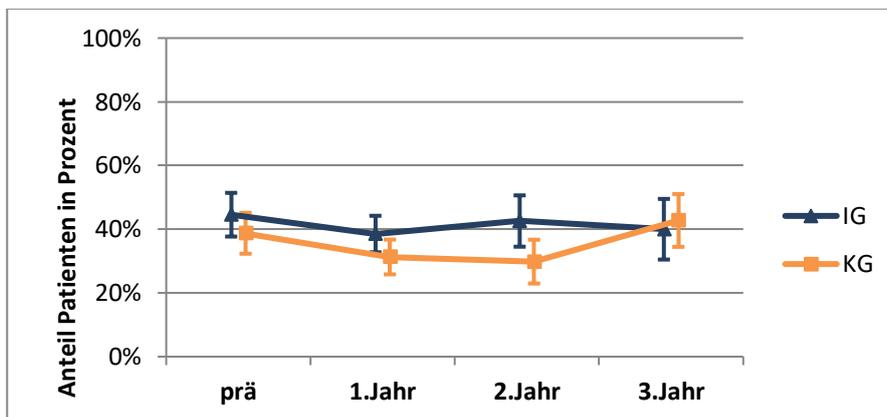
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



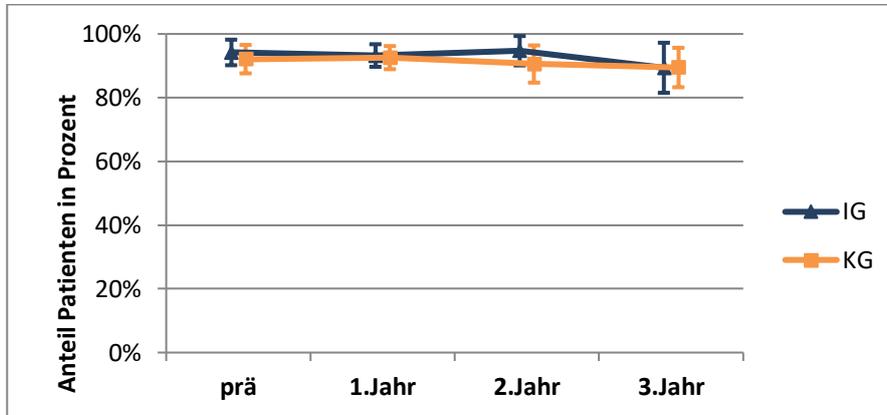
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



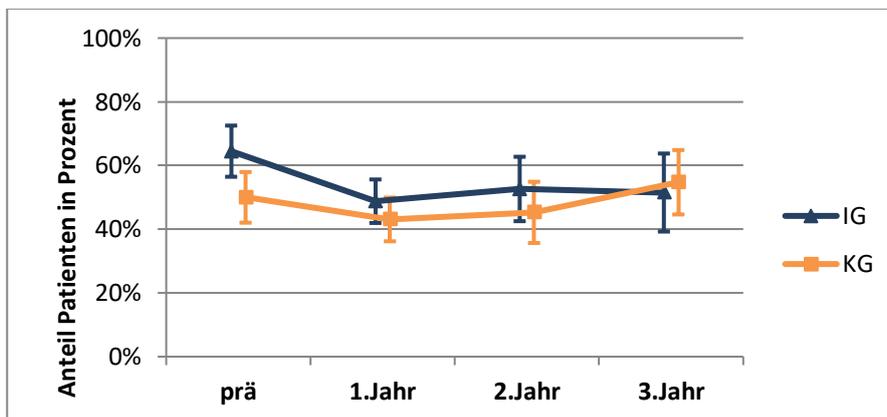
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle stationären Behandlungsfälle aller Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=468, KG=405; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=356, KG=359). 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.

Sowohl für Klinikneue als auch für Klinikbekannte Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung - abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streubereichs. Dabei war zudem jeweils auch kein deutlicher Unterschied zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) festzustellen.

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	31	417	37	352
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,7 %	12,0 %	8,1 %	7,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,5 %	3,6 %	2,7 %	4,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	54,8 %	47,2 %	45,9 %	48,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	22,6 %	13,7 %	10,8 %	8,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,2 %	3,6 %	0,0 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	2,2 %	0,0 %	0,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,4 %	18,2 %	10,8 %	15,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,3 %	36,7 %	48,6 %	40,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	22	187	27	162
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,6 %	13,4 %	3,7 %	7,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,1 %	5,9 %	3,7 %	6,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	49,2 %	40,7 %	49,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	22,7 %	16,6 %	7,4 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	5,3 %	0,0 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	1,6 %	0,0 %	0,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,3 %	23,0 %	7,4 %	19,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,8 %	29,9 %	55,6 %	34,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	65	<10	60
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	10,8 %	25,0 %	5,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	10,8 %	25,0 %	5,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	25,0 %	50,8 %	25,0 %	45,0 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	15,4 %	0,0 %	10,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	6,2 %	0,0 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	26,2 %	50,0 %	13,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	23,1 %	50,0 %	43,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	29	379	32	333
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,2 %	25,1 %	21,9 %	11,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,2 %	9,0 %	3,1 %	12,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,0 %	65,2 %	62,5 %	70,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,5 %	30,6 %	18,8 %	24,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,8 %	6,9 %	6,3 %	7,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	4,2 %	0,0 %	1,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,4 %	36,4 %	28,1 %	29,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,2 %	19,3 %	34,4 %	18,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	21	166	22	152
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,8 %	29,5 %	13,6 %	10,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,8 %	14,5 %	0,0 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	68,1 %	45,5 %	74,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	38,1 %	37,3 %	9,1 %	30,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,0 %	9,0 %	4,5 %	13,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	3,6 %	0,0 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,1 %	45,2 %	18,2 %	35,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	14,5 %	50,0 %	12,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	57	<10	56
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	22,8 %	66,7 %	7,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	26,3 %	0,0 %	19,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	25,0 %	70,2 %	33,3 %	76,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	42,1 %	33,3 %	35,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	8,8 %	0,0 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,5 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	49,1 %	66,7 %	33,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	10,5 %	33,3 %	7,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	18	334	20	293
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,8 %	31,1 %	50,0 %	15,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	13,8 %	10,0 %	19,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,8 %	81,1 %	75,0 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	49,4 %	45,0 %	47,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,7 %	11,7 %	5,0 %	10,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	7,8 %	5,0 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,6 %	45,2 %	55,0 %	38,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	11,1 %	9,3 %	15,0 %	8,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	15	139	12	133
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	36,7 %	33,3 %	16,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,0 %	20,1 %	8,3 %	25,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	80,0 %	83,5 %	58,3 %	85,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	56,8 %	41,7 %	47,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,7 %	5,8 %	25,0 %	5,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	51	<10	51
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	29,4 %	100,0 %	13,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	31,4 %	0,0 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	90,2 %	50,0 %	90,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	66,7 %	50,0 %	56,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	13,7 %	0,0 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	9,8 %	0,0 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	56,9 %	100,0 %	49,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	25,0 %	2,0 %	0,0 %	2,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

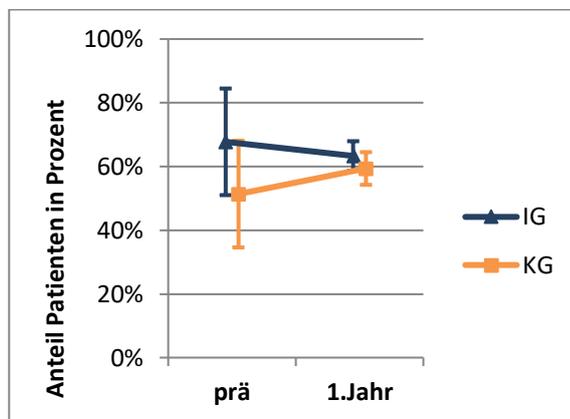
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

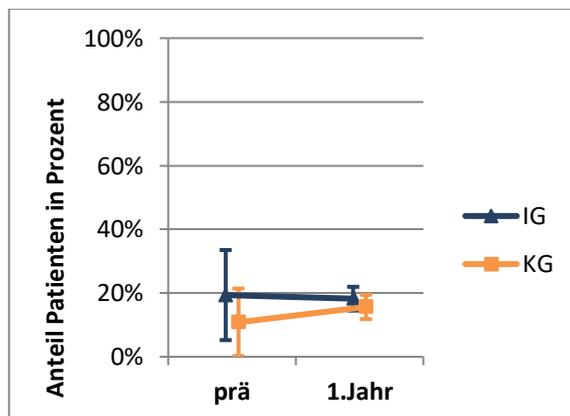
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

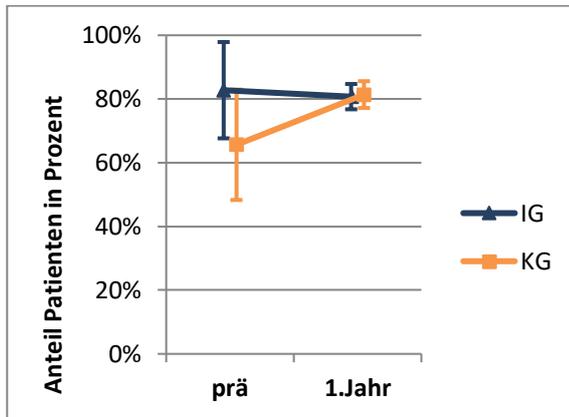


- Alle (psychiatrischer Sektor)

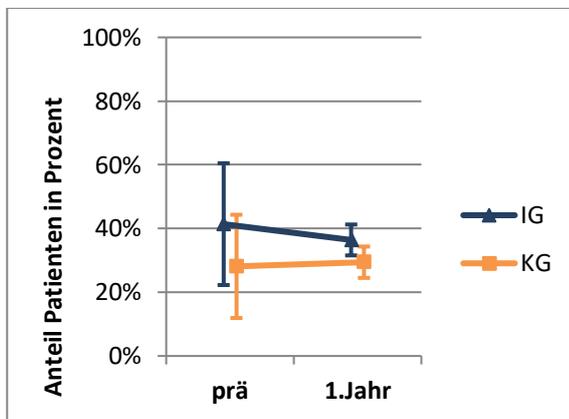


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

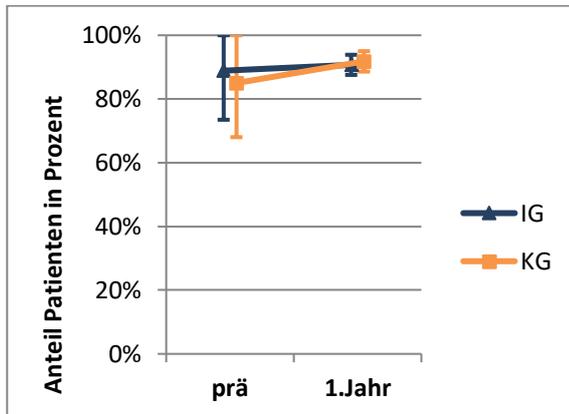
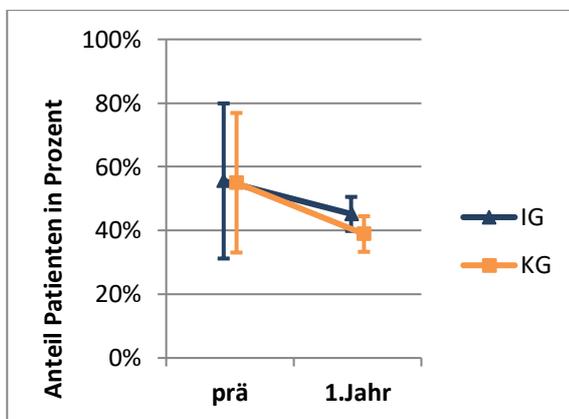
- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

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 249ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine meist leichte Abnahme der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor über die Zeit in der IG, d.h. der Anteil der Patienten, der

innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen nach stationärem Aufenthalt einen ambulanten Kontakt aufwies, nahm ab. In der Kontrollgruppe nahm jedoch die Kontinuität über die Zeit meist leicht zu. Die geschätzten DiD-Parameter waren jedoch nicht 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 klinikbekannten 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 („Ambo-fall_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)	409	409	409	409	410	410	410	410
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	399	398	376	365	394	393	374	360
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,5%	1,5%	0,2%	0,5%	0,7%	2,0%	0,5%	0,7%
• Vier (B)	0,0%	0,5%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,2%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	372	372	372	372	376	376	376	376
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	364	365	339	327	366	366	360	350
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	2,2%	1,9%	1,1%	0,8%	1,6%	2,1%	2,1%	1,6%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,8%	0,5%	0,5%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,5%	0,3%

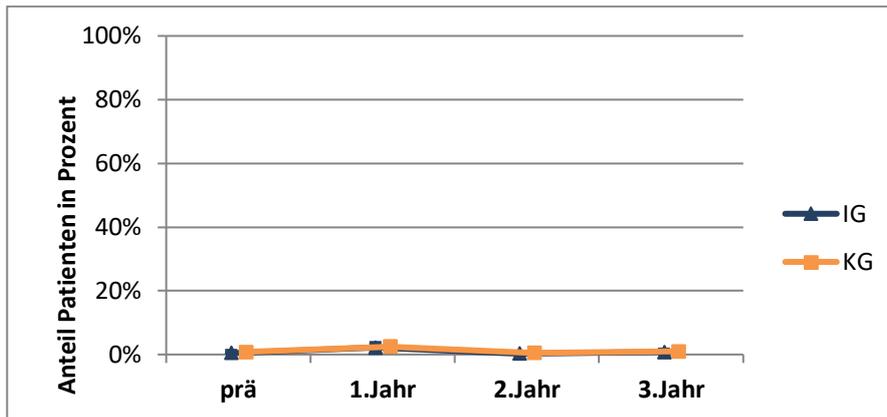
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

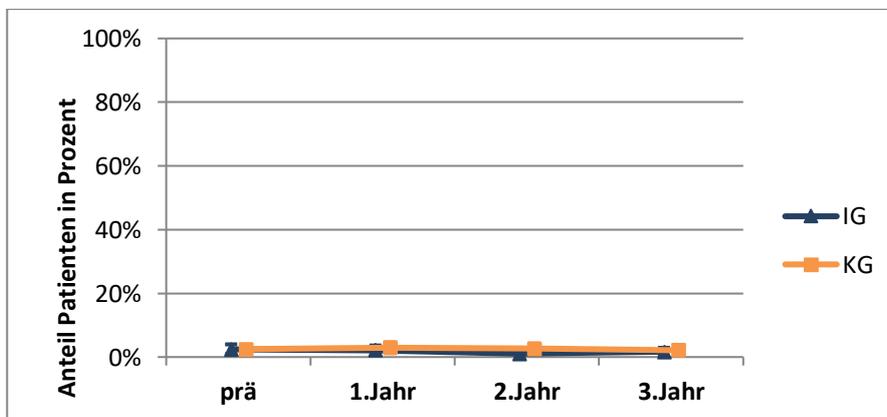
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaus hopping ($n_{\text{klinikneu}}$: IG=409, KG=410; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG=372, KG=376) 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)	379	379	379	379
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	373	373	368	373
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,3%	1,3%	0,8%	1,6%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%

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

Abbildung 10: 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 249ff.).

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)	225	225	223	222	238	238	237	236
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	107	210	79	43	107	191	71	57
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,4	1,4	1,5	1,3	1,5	1,6	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	22,2	91,0	25,3	12,6	27,5	74,5	23,2	14,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	26,2%	15,1%	5,8%	2,7%	23,1%	10,1%	6,8%	2,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,9	1,6	1,0	1,0	1,4	1,0	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,9	1,5	0,3	0,1	0,4	0,0	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,4%	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)	172	172	170	167	198	198	197	197
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	97	99	58	46	105	111	74	74
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,1	2,5	2,7	2,4	2,1	2,6	2,6	2,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	47,8	39,6	18,0	13,6	44,8	40,4	15,5	17,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,1%	5,2%	4,1%	2,4%	11,1%	2,5%	2,0%	2,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	11	<10	<10	<10	10	<10	17	13
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	2,0	1,6	1,3	1,7	1,3	1,6	1,5	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	3,0	1,0	0,8	0,7	1,1	1,0	1,5	1,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%

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

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

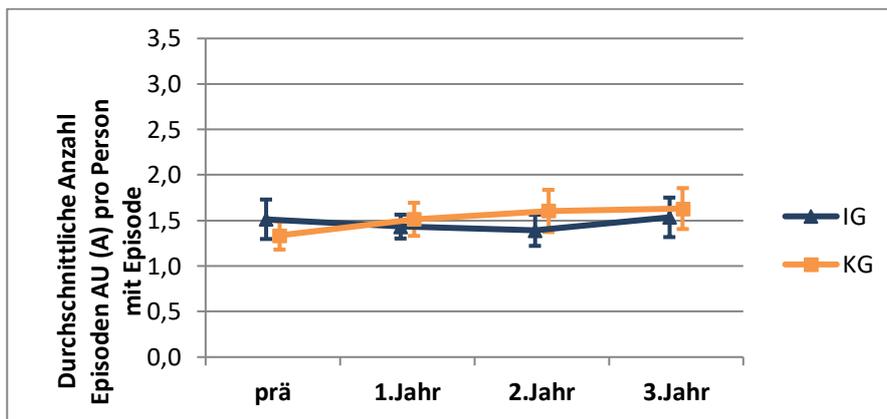
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

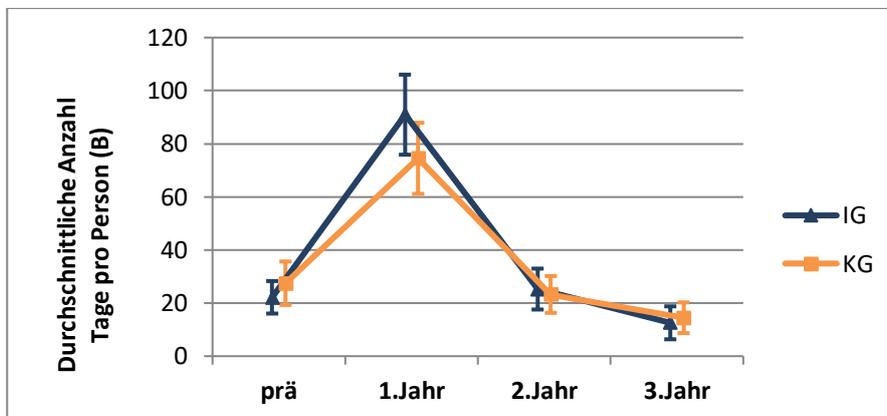
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

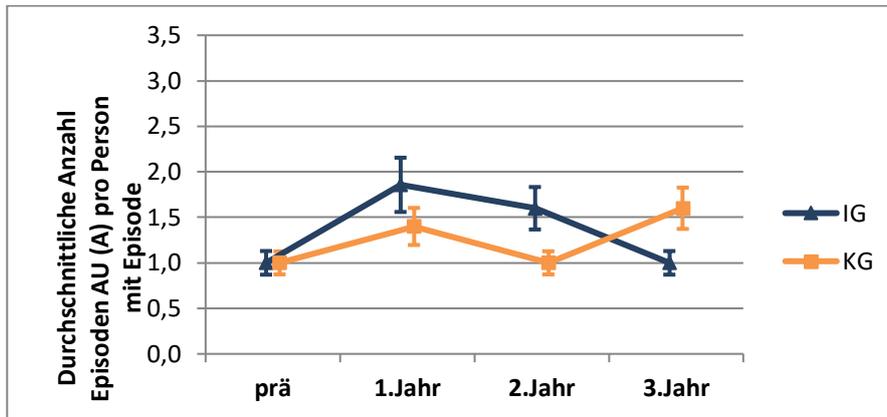


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

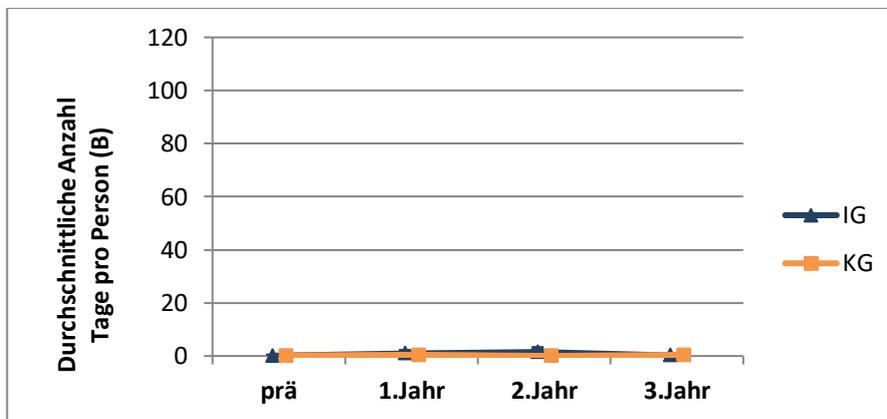


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



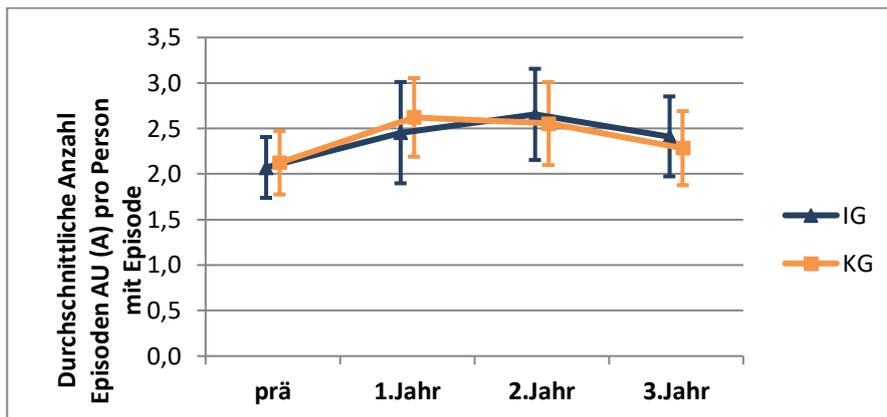
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

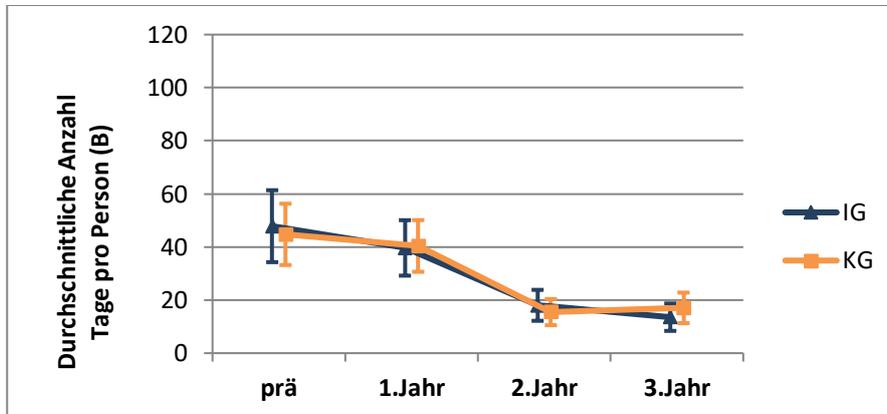
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

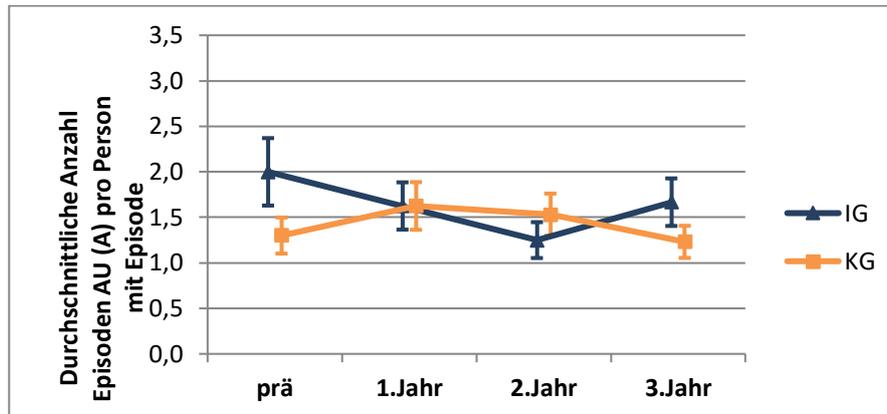
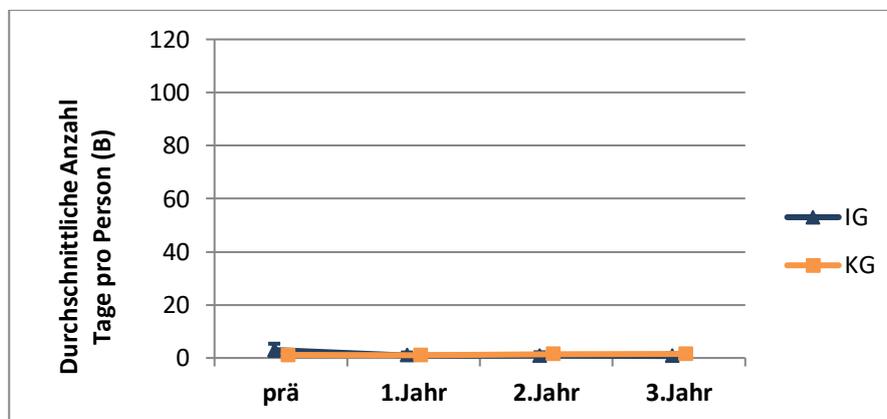
- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle erwerbsfähigen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=225, KG=238; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=172, KG=198). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl an Episoden der Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,3-1,6). 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. 16 AU-Tage größer im Vergleich zur KG (IG: 91,0 AU-Tage, KG: 74,5 AU-Tage).

Bei den klimbekanntem Patienten waren die Verläufe vergleichbar. Zwischen den Gruppen gab es keine relevanten Unterschiede außerhalb des Streuungsbereichs.

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)	228	228	232	232
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	96	194	102	182
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,3	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	28,4	75,2	22,1	71,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,0%	11,4%	21,6%	14,2%
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	1,1	1,0	1,0	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,9	1,0	0,7	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%

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

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

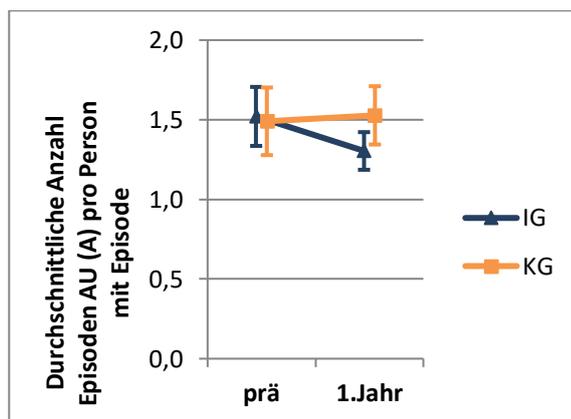
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

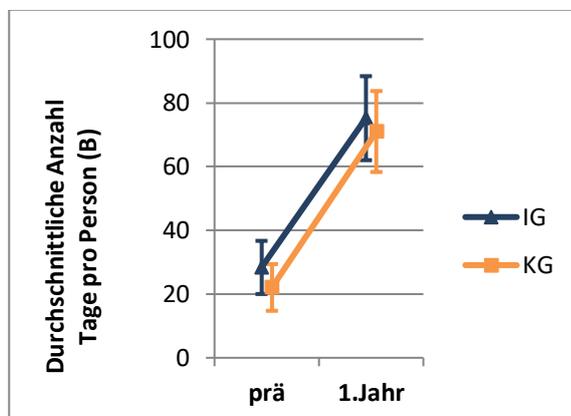
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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 Abbildung 12 die Interaktionsdiagramme für Arbeitsunfähigkeit 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 249ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 294ff.).

Für die erwerbsfähigen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=228 und 232) nahm in der IG die durchschnittliche *Anzahl an Episoden der Arbeitsunfähigkeit (AU)* pro Person mit Episode über die Zeit etwas ab (von 1,5 zu 1,3 AU-Episoden), blieb aber in der KG mit 1,5 AU-Episoden konstant. Der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (+46,9 AU Tage) statistisch signifikant weniger stark an als in der KG (+48,9 AU Tage).

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden mit Indexdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Anstieg war in den ersten beiden Modelljahren in der IG signifikant größer und im 3. Modelljahr signifikant geringer als in der KG.

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

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 294 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)	258	221
<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) 	29,5% 107,1	30,8% 98,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	102	105
<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) 	15,1% 105,6	15,8% 100,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	35	43
<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) 	4,7% 118,2	7,2% 125,4

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

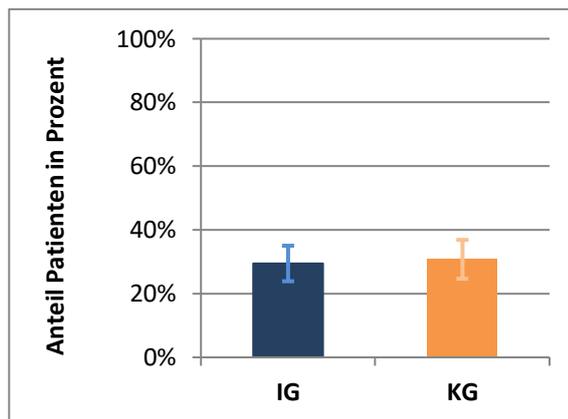
(ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt)

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)

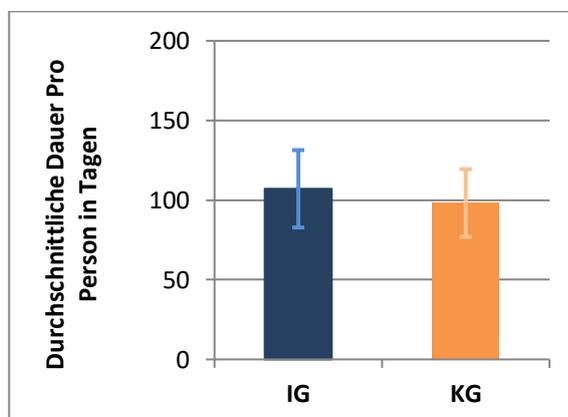


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Interaktionsdiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall 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 249ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=258 und 221) war der Anteil an Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 29,5%; KG: 30,8%). 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: 107,1 Tage; KG: 98,2 Tage).

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)	409	409	392	380	410	410	397	385
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,9	3,6	3,1	3,2	2,7	3,4	3,0	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	372	372	353	340	376	376	367	357
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	3,5	3,5	3,4	3,2	3,3	3,4	3,3

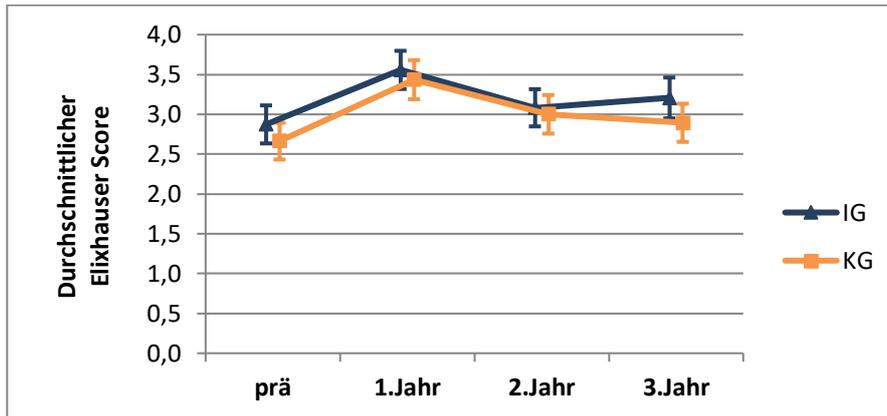
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

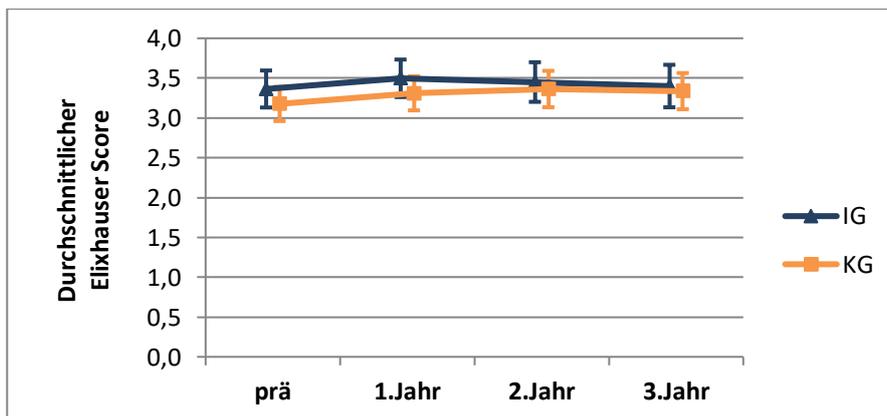


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=409, KG=410; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=372, KG=376) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten vergleichbar, wobei die Patienten der IG stets einen etwas höheren Score als Patienten der KG aufwiesen (+0,1 bis +0,3). Die klinikneuen Patienten wiesen im ersten patientenindividuellen Jahr (IG: 3,6; KG: 3,4) im Vergleich zur Prä-Zeit (IG: 2,9; KG: 2,7) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei circa 3,0 lag. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,2-3,5), jedoch kaum relevante Veränderungen über die Zeit.

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	379	379
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,7 3 2 - 5	3,5 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,5 2 1 - 4	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) 	1,2 1 0 - 2	1,2 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.

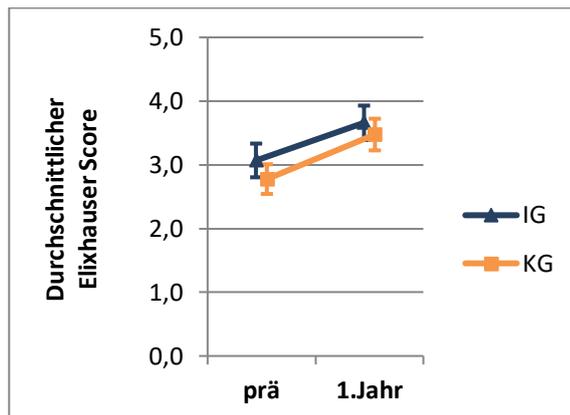
Mittlerer Elixhauser Score

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 249ff.).

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

8.2.9 Mortalität

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	409	409	409	410	410	410
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	4,2 %	7,1 %	9,8 %	3,2 %	6,1 %	9,3 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	372	372	372	376	376	376
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	4,8 %	8,6 %	11,6 %	2,4 %	5,1 %	6,6 %

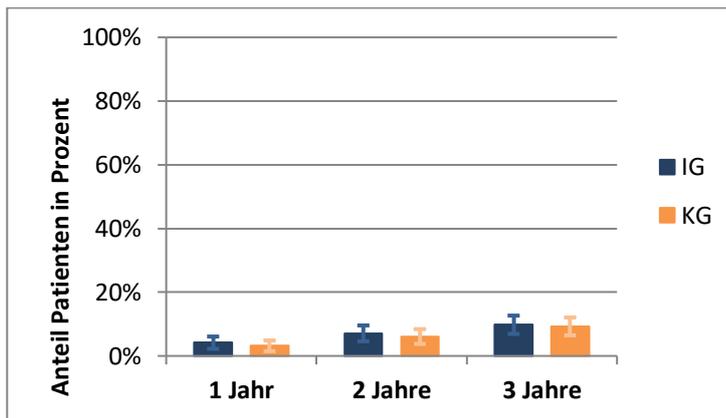
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

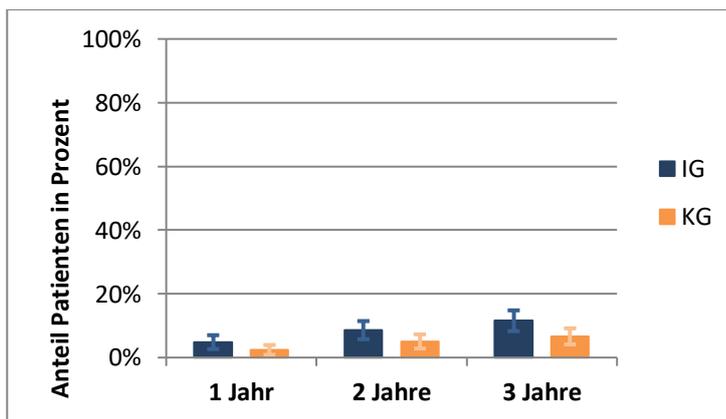


Klinikbekannte Patienten

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=409, KG=410; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=372, KG=376) zeigten sich bei kl_{in}kneu_en Patienten leicht höhere Anteile an Verstorbenen in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) (+0,5 bis +1,0%-Punkte). Bei den kl_{in}kbe_kannt_en Patienten zeigte sich auch ein leicht höherer Anteil an Verstorbenen in der IG im Vergleich zur KG (+2,4 bis +4,9%-Punkte). Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering.

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	379	379
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	5,3 %	6,3 %

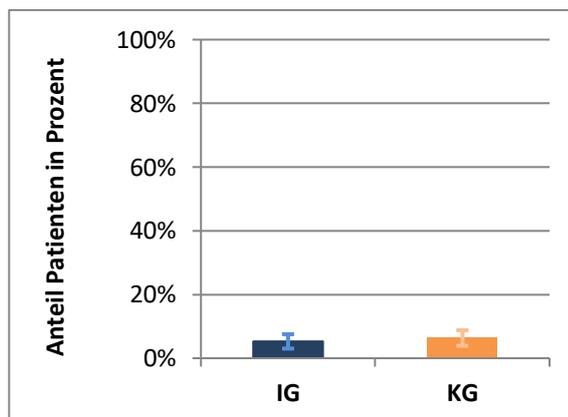
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode



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

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannt-ten 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-ten Patienten finden sich im Anhang (Seite 237ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 249ff.).

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	392	380	369	397	385	372
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	117	124	135	86	92	98
• Jegliche depr. Episode ³	149	156	157	197	193	188
• ohne Suchterkrankung ⁵	243	234	227	260	250	241
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	8,5 %	9,7 %	11,1 %	11,6 %	16,3 %	18,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	10,1 %	12,8 %	14,6 %	4,1 %	5,2 %	6,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	22,2 %	27,4 %	29,5 %	20,8 %	26,4 %	29,9 %

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	354	340	329	367	357	351
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	52	57	58	51	54	54
• Jegliche depr. Episode ³	84	86	83	118	117	115
• ohne Suchterkrankung ⁵	170	164	161	164	159	157
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	5,8 %	5,3 %	8,6 %	7,8 %	13,0 %	14,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,4 %	2,3 %	8,4 %	2,5 %	2,6 %	4,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	8,8 %	15,9 %	19,3 %	5,5 %	9,4 %	14,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Klinikneue Patienten

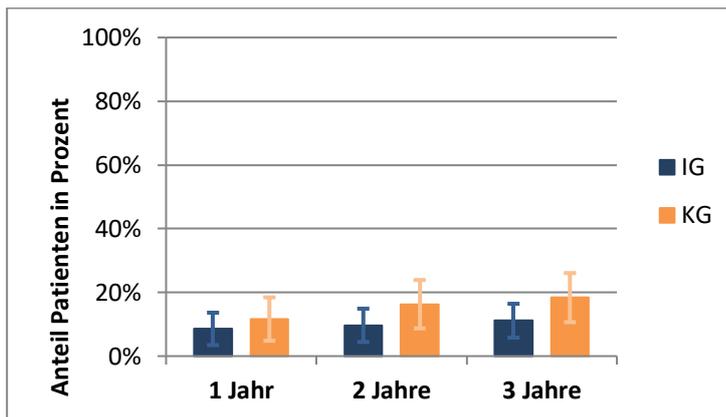
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

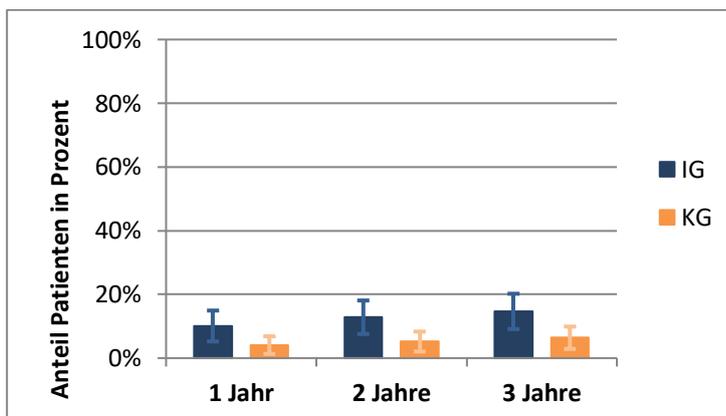
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

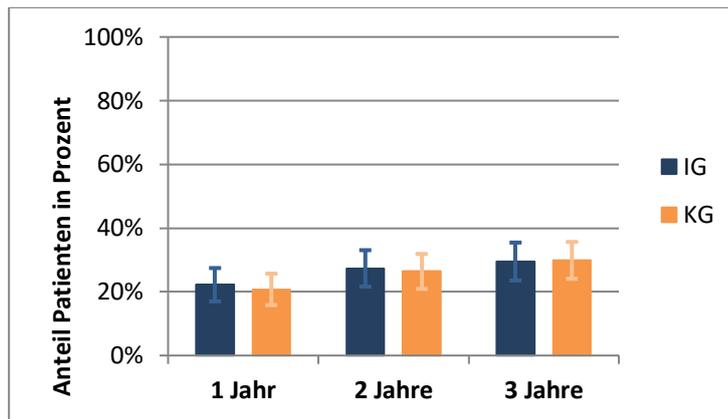
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

Klinikbekannte Patienten

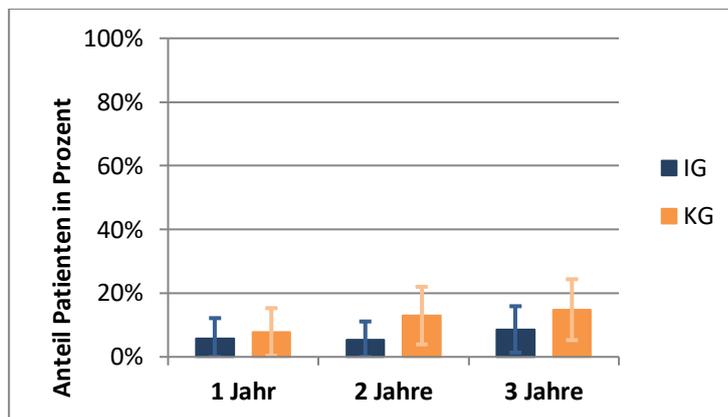
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

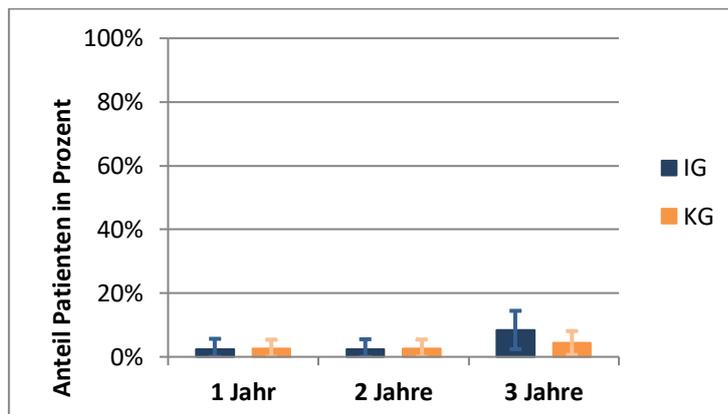
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

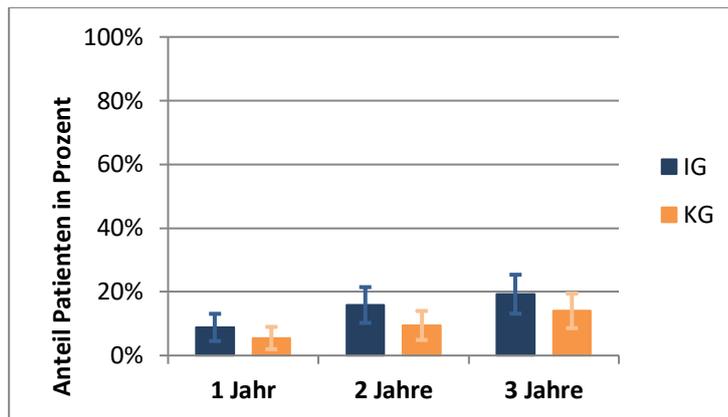
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)


Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=392, KG=397; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=354, KG=367) zeigten sich in fast allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung eine Steigerung der Progression über die Zeit, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten.

In der IG entwickelten klinikneue und klinikbekannte Patienten zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) (klinikneu: von -3,1 bis -7,3 %-Punkte; klinikbekannt: von -2,1 bis -7,7 %-Punkte), jedoch bei den klinikneuen Patienten der IG zu größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) in jedem Jahresintervall im Vergleich zur KG (von +6,0 bis +8,3 %-Punkte). Der Anteil an Patienten, die eine Suchterkrankung entwickelten, war unter den klinikneuen Patienten vergleichbar und unter den klinikbekannten in der IG leicht höher als in der KG (von +3,3 bis +6,4 %-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	359	355
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	142	106
• Jegliche depr. Episode ³	174	192
• ohne Suchterkrankung ⁵	234	223

Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	9,2 %	18,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	8,0 %	4,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	24,4 %	18,8 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

**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)

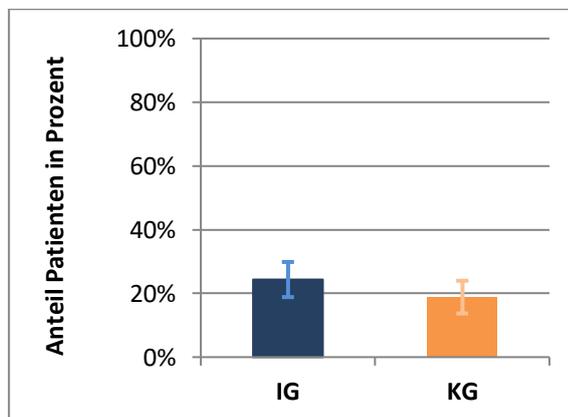


Abbildung 19 zeigt den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten 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 249ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) in der IG geringer als in der KG (IG: 9,2%; KG: 18,9%). Jedoch war die Fallzahl nicht ausreichend, um inferenzstatistische Tests zu rechnen. Die Entwicklung von jeglicher depressiver Episode zu einer rezidivierenden depressiven Störung (*Progression B*) war in der IG größer als in der KG (IG: 8,0%; KG: 4,7%). Jedoch waren auch hier die Fallzahlen zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen. In der IG wies ein größerer Anteil an Patienten eine Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) auf im Vergleich zur KG (IG: 24,4%; KG: 18,8%). Die geschätzten DiD-Parameter von Progression C zeigten jedoch keine statistische Signifikanz.

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 	25	55
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	8,0 %	1,8 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	40	49
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	0,0 %	0,0 %

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Bei diesem Parameter war die Anzahl der Personen, die untersucht wurden, zu gering, um Aussagen zur Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit ableiten zu können.

Demenz

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

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

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

Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	40 0,0 %	33 3,0 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<10 66,7 %	<10 60,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	17 35,3 %	13 23,1 %

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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>104 36,5 %</p>	<p>126 44,4 %</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>134 11,2 %</p>	<p>131 13,7 %</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 in der Modellklinik (IG) geringer als in der KG (Kontrollgruppe) (IG: 36,5%; KG: 44,4%). Dieser Parameter war statistisch signifikant.

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 geringer als in der KG (IG: 11,2%; KG: 13,7%). Hier war die Fallzahl zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

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;">22</p> 90,9 %	<p style="text-align: center;">23</p> 78,3 %
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;">17</p> 88,2 %	<p style="text-align: center;">13</p> 84,6 %
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> 0,0 %

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

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

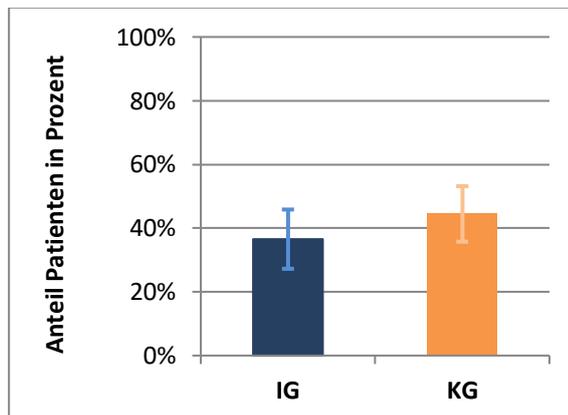
Demenz E

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 249ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

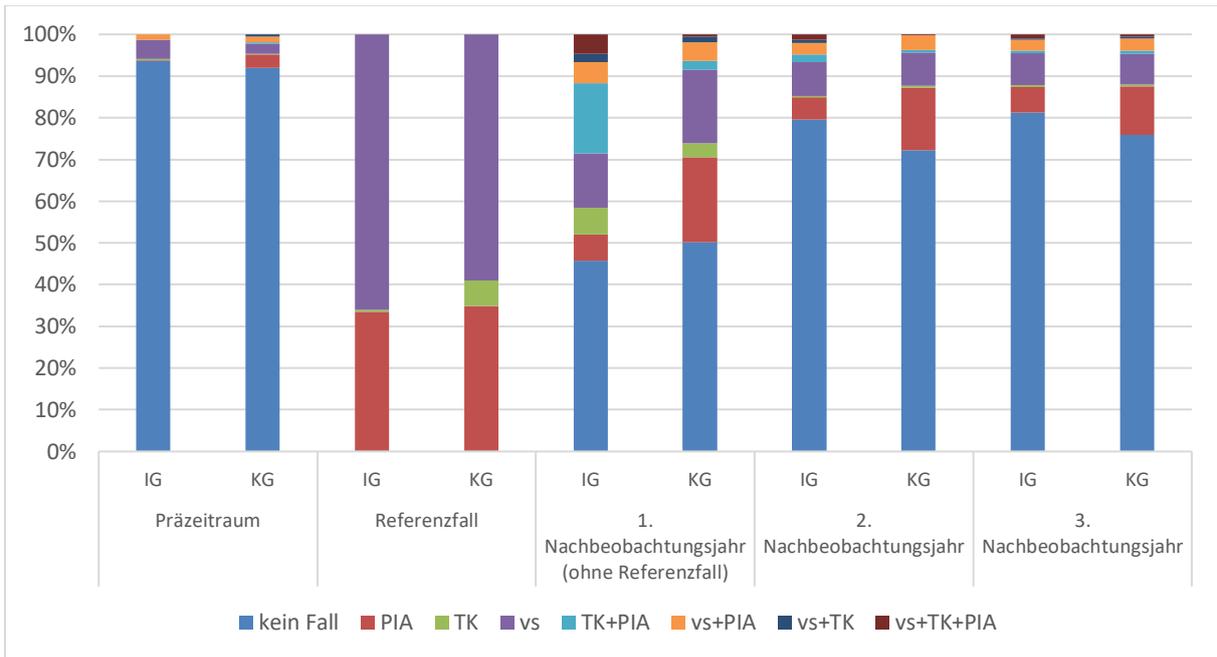
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten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

Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA							19	2	0,002	5	1	1,000	4	2	1,000
vs+TK		2	1,000				8	6	1,000	3		1,000	1	2	1,000
vs+PIA	5	6	1,000				21	18	1,000	11	14	1,000	10	11	1,000
TK+PIA		1	1,000				69	9	<0,001	7	2	1,000	2	3	1,000
vs	19	10	0,772	270	242	0,092	53	72	0,366	32	32	1,000	29	28	1,000
TK	1	1	1,000	2	25	<0,001	26	14	0,366	1	2	1,000	2	2	1,000
PIA	1	13	0,025	137	143	0,731	26	83	<0,001	21	59	<0,001	23	45	0,081
kein Fall	383	377	1,000				187	206	0,661	312	287	0,145	309	292	0,633
Gesamtergebnis	409	410	0,088	409	410	<0,001	409	410	<0,001	392	397	0,002	380	385	1,000

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

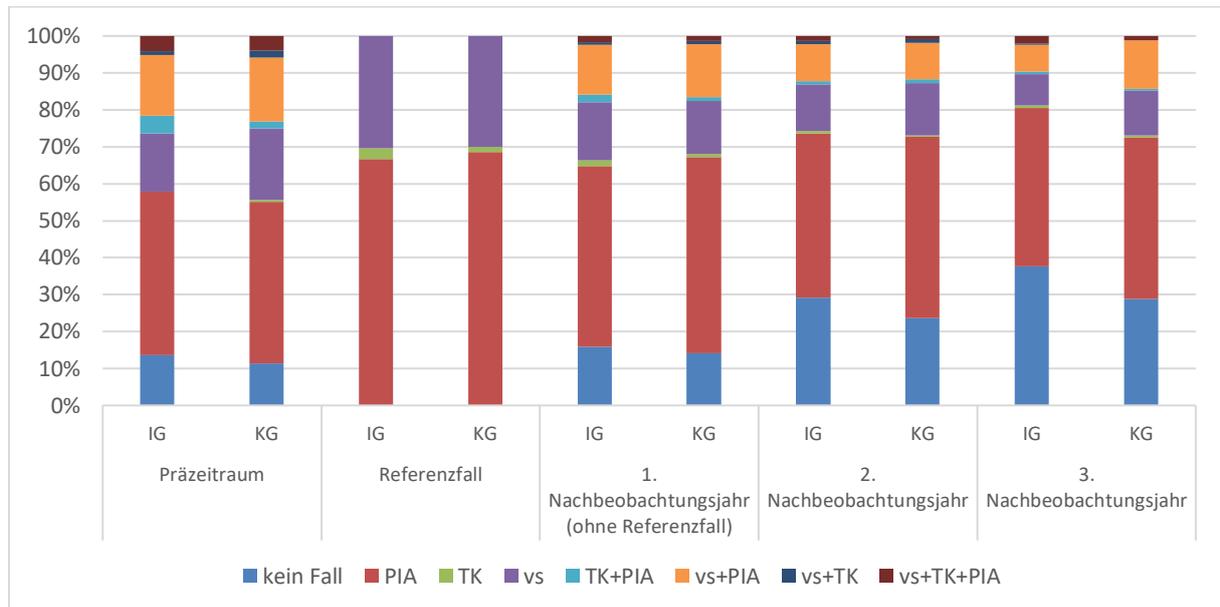


Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungs-jahr			3. Nachbeobachtungs-jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	15	15	1,000				6	5	1,000	5	3	1,000	7	4	1,000
vs+TK	4	7	1,000				3	3	1,000	3	4	1,000	1		1,000
vs+PIA	61	65	1,000				50	54	1,000	35	36	1,000	25	47	0,149
TK+PIA	18	7	0,353				8	4	1,000	3	4	1,000	2	2	1,000
vs	59	73	1,000	113	113	1,000	58	54	1,000	45	52	1,000	29	43	0,969
TK		2	1,000	11	5	0,795	6	3	1,000	2	1	1,000	2	2	1,000
PIA	164	164	1,000	248	258	1,000	182	200	1,000	157	180	1,000	146	156	1,000
kein Fall	51	43	1,000				59	53	1,000	103	87	1,000	128	103	0,149
Gesamtergebnis	372	376	1,000	372	376	0,892	372	376	1,000	353	367	1,000	340	357	0,372

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 hatte die IG im Prä-Zeitraum signifikant weniger PIA-Fälle als die KG ($p = 0,025$; vgl. Tabelle 4 und Abbildung 1). Ebenso hatten in der IG signifikant weniger Individuen ihren Referenzfall in der Tagesklinik ($p < 0,001$). Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr unterschieden sich IG und KG im Hinblick auf das Behandlungssetting noch deutlicher. Im dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich kein signifikanter Unterscheid zwischen IG und KG.

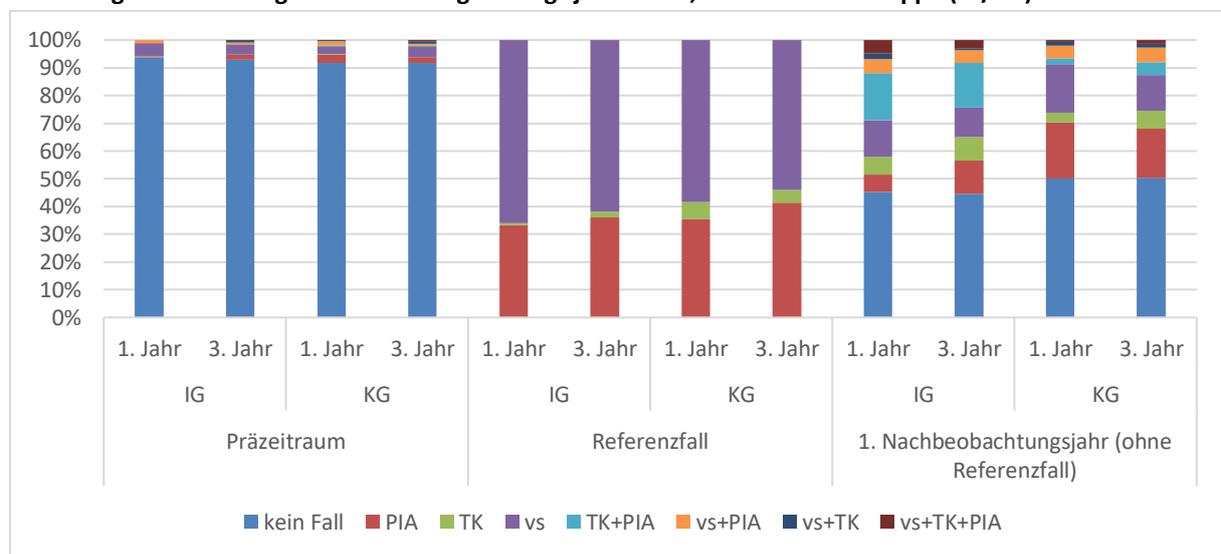
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich des Prä-Zeitraums, Referenzfall, erstes, zweites und drittes Modelljahr (vgl. Tabelle 5 und Abbildung 2).

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	Präzeitraum				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				2					20	11	3	5
vs+TK		3	2	3					9	3	6	5
vs+PIA	5	3	7	3					21	17	19	20
TK+PIA			1	1					72	61	9	18
vs	20	14	11	14	278	234	246	205	55	40	73	49
TK	1		1		3	8	26	17	27	33	15	24
PIA	1	7	13	8	140	137	149	157	26	45	85	67
kein Fall	394	352	386	348					191	169	211	191
Gesamtergeb- nis	421	379	421	379	421	379	421	379	421	379	421	379

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)

Im Prä-Zeitraum hatte die IG der Kohorte 1 deutlich weniger PIA-Aufenthalte als die KG im (vgl. Tabelle 5 und Abbildung 2). Ebenso hatte die IG der Kohorte 1 im 1. Nachbeobachtungsjahr deutlich weniger PIA-Aufenthalte als die KG. In der Kohorte 3 hatte die IG immer noch weniger PIA-Aufenthalte im 1. Nachbeobachtungsjahr, jedoch war die Differenz hier geringer als in der Kohorte 1. Die Anzahl der Individuen ohne Fall im Prä-Zeitraum war in IG und KG der Kohorten 1 und 3 in etwa gleich groß.

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 93 und Abbildung 29).

9.2 Leistungserbringung

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

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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

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

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. 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	409	410	409	410	409	410	409	410	409	410	409	410	392	397	392	397
N mit mind. einem Fall	24	18	1	4	270	242	2	25	101	98	122	31	51	47	16	5
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,1	-	0,1	1,2	0,9	-	0,7	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7	0,3	0,1	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	1,2	-	0,4	2,3	3,0	-	0,8	2,6	2,9	0,9	1,5	1,4	1,1	0,0	0,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,1	-	-	0,3	0,3	-	-	0,2	0,1	-	-	0,1	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	0,1	-	-	0,8	1,1	-	-	1,3	0,7	-	-	1,0	0,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,9	0,0	0,0	-	0,6	0,0	3,4	0,1	0,1	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0	-	-	0,7	0,1	0,0	-	0,6	0,0	5,9	0,1	0,1	-	0,3	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,2	-	-	0,1	-	-	-	0,3	0,6	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2	-	-	0,1	-	-	-	0,1	0,2	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	-
Gesamt	4,6	1,8	-	0,4	6,3	5,4	0,1	1,5	6,8	5,3	12,8	2,5	3,6	1,6	0,4	0,2

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. 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	409	410	409	410	409	410	409	410	409	410	409	410	392	397	392	397
N mit mind. einem Fall	24	18	1	4	270	242	2	25	101	98	122	31	51	47	16	5
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7	3	-	9	2	2	-	11	4	4	3	11	5	2	2	8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	15	27	-	37	3	5	-	13	11	12	3	19	11	9	0	11
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	3	1	-	-	0	0	-	-	1	0	-	-	1	0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	45	1	-	-	1	2	-	-	5	3	-	-	7	1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0	0	-	-	1	0	8	-	2	0	12	1	1	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0	0	-	-	1	0	9	-	2	0	20	1	1	-	7	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	5	4	-	-	0	-	-	-	1	2	3	1	1	0	1	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	4	4	-	-	0	-	-	-	1	1	3	0	0	0	0	-
Gesamt	79	40	-	46	10	9	17	25	28	22	43	33	27	14	9	18

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	409	410	409	410	409	410	392	397	380	385
N mit mind. einem Fall	6	18	137	143	135	112	44	76	39	61
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,3	0,7	1,0	2,3	0,7	1,4	0,6	1,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,4	0,1	0,3	0,1	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Gesamt	0,0	0,1	0,4	0,7	1,7	2,7	1,1	1,8	0,8	1,4

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	409	410	409	410	409	410	392	397	380	385
N mit mind. einem Fall	6	18	137	143	135	112	44	76	39	61
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,2	2,6	0,9	1,9	3,0	8,3	6,4	7,2	6,3	7,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	0,4	0,2	0,1	1,3	1,4	1,3	1,5	0,8	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,0	0,5	0,2	1,4	0,4	0,5	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,3	0,1	0,5	0,2	0,7	0,2
Gesamt	2,5	3,0	1,2	2,0	5,2	10,0	9,6	9,3	8,2	9,1

Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. 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	372	376	372	376	372	376	372	376	372	376	372	376	353	367	353	367
N mit mind. einem Fall	139	160	37	31	113	113	11	5	117	116	23	15	88	95	13	12
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,9	1,6	0,6	0,9	0,5	0,3	-	0,1	1,2	0,8	0,2	0,3	1,0	1,0	0,0	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,6	4,9	1,4	2,1	1,0	1,1	0,0	0,1	2,6	2,4	0,3	0,8	1,8	2,7	0,0	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	-	-	0,0	0,1	-	-	0,2	0,3	-	-	0,2	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,9	2,0	-	-	0,5	0,5	-	-	1,4	1,7	-	-	1,2	1,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,0	1,7	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	-	0,5	0,1	0,2	-	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	0,0	3,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,1	0,3	-	0,7	0,2	0,4	-	0,1	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	0,0	0,1	-	-	-	-	0,3	0,3	0,1	-	0,2	0,1	0,0	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2	0,1	0,0	-	-	-	-	0,2	0,3	0,1	-	0,2	0,0	0,0	-
Gesamt	11,9	9,3	6,8	3,1	2,3	2,1	1,0	0,3	6,4	5,8	1,9	1,4	5,1	5,8	0,2	0,9

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. 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	372	376	372	376	372	376	372	376	372	376	372	376	353	367	353	367
N mit mind. einem Fall	139	160	37	31	113	113	11	5	117	116	23	15	88	95	13	12
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,1	3,7	5,7	11,5	1,5	1,1	-	8,6	3,9	2,5	3,1	6,8	3,8	3,8	1,2	7,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	12,3	11,6	14,4	25,0	3,2	3,5	1,2	8,0	8,4	7,8	4,8	20,3	7,1	10,3	0,9	19,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,6	-	-	0,1	0,4	-	-	0,5	0,9	-	-	0,7	0,9	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	10,4	4,7	-	-	1,6	1,5	-	-	4,5	5,6	-	-	5,0	6,9	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,2	0,1	17,3	0,4	0,8	0,3	11,4	2,2	0,3	-	8,4	3,5	0,6	-	0,2	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	0,0	29,8	0,3	0,5	0,1	20,8	3,8	1,0	-	10,5	4,5	1,5	-	2,8	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,7	0,3	0,7	-	-	-	-	1,1	0,9	2,0	-	1,0	0,3	0,6	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	0,5	1,2	0,4	-	-	-	-	0,8	1,0	1,1	-	0,6	0,2	0,5	-
Gesamt	32,0	21,9	68,7	38,2	7,7	7,0	33,4	22,6	20,5	18,7	30,0	35,1	20,4	22,4	6,2	26,8

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)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	372	376	372	376	372	376	353	367	340	357
N mit mind. einem Fall	256	251	248	258	246	263	200	223	180	209
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,3	4,0	1,9	1,4	6,4	4,6	7,1	4,5	7,3	3,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,4	1,4	0,6	0,5	1,9	2,3	1,5	2,9	1,4	3,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,2	0,4	0,0	0,2	0,0	0,5	0,1	0,6	0,1	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3
Gesamt	9,0	5,9	2,5	2,1	8,3	7,5	8,8	8,4	8,8	7,8

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	372	376	372	376	372	376	353	367	340	357
N mit mind. einem Fall	256	251	248	258	246	263	200	223	180	209
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	9,2	6,0	2,8	2,0	9,7	6,6	12,6	7,5	13,7	6,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,1	2,1	0,8	0,7	2,9	3,3	2,6	4,7	2,6	5,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,8	0,6	0,0	0,2	0,0	0,6	0,2	1,0	0,2	1,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,5	0,2	0,5
Gesamt	13,0	8,8	3,7	3,0	12,6	10,7	15,5	13,7	16,6	13,3

Im Prä-Zeitraum ergaben sich bei der voll- und teilstationären Leistungserbringung keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten für die klinikneuen Patienten zwischen IG und KG.

Im Rahmen der vollstationären Referenzbehandlung zeigten sich hinsichtlich der Gesamtzahl erbrachter Therapieeinheiten keine Unterschiede zwischen der IG und der KG, in der IG wurden jedoch signifikant mehr Therapieeinheiten im Rahmen der psychotherapeutischen Komplexbehandlung erbracht (vgl. Tabelle 7 und Tabelle 8). In der tagesklinischen ergaben sich im Referenzfall aufgrund der höheren Zahl von Tagesklinikpatienten in der KG mehr TE je Patient gesamt. In der Subgruppe der tatsächlich tagesklinisch behandelten Patienten war kein Unterschied in der Gesamtzahl der TEs feststellbar. Im Jahr nach dem Referenzfall war die Zahl der vollstationär behandelten Patienten in IG und KG gleich hoch (IG = 101; KG = 98) und die Zahl der Therapieeinheiten unterschied sich nicht zwischen beiden Gruppen, jedoch wurde die psychotherapeutische Komplexbehandlung in der IG häufiger durchgeführt. Im tagesklinischen Bereich wurden in der IG deutlich mehr Patienten behandelt (IG = 122, KG = 31), wodurch die Gesamtzahl der tagesklinischen TEs in der IG höher war. Bei Betrachtung der tatsächlich tagesklinisch behandelten Patienten zeigte sich jedoch, dass die Gesamtzahl der Therapieeinheiten in IG und KG gleich hoch waren, sich jedoch in der Art der Erbringung unterschieden: so fand in der KG häufiger die Regelbehandlung statt, während es in der IG die psychotherapeutische Komplexbehandlung war. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr waren weder für den vollstationären noch den teilstationären Bereich Unterschiede zwischen IG und KG feststellbar.

Im Referenzfall in der PIA zeigten sich signifikant mehr Kontakte in der KG (vgl. Tabelle 9 und Tabelle 10). Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden zwar in der KG weniger Patienten in der PIA behandelt,

diese hatten allerdings eine doppelt so hohe Kontakthäufigkeit als die Patienten der IG (IG = 5,2 Kontakte, KG = 10 Kontakte). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich jedoch keine Unterschiede zwischen IG und KG.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede in der Höhe der vollstationären TEs (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12). Die Patienten der Tagesklinik zeigten im Präzeitraum eine deutlich höhere Zahl an TEs, hier auch wieder vor allem im Rahmen der psychotherapeutischen Komplexbehandlung. Im Referenzfall zeigten sich in der voll- und teilstationären Versorgung keine Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich der insgesamt erbrachten TEs. Auch im ersten Nachbeobachtungsjahr war die Zahl der TEs sowohl vollstationär als auch tagesklinisch in beiden Gruppen gleich hoch. Allerdings wurden die teilstationären TEs in der IG vor allem im Rahmen der psychotherapeutischen Komplexbehandlung und in der KG vor allem durch die von Therapeuten oder Pflegekräften durchgeführte Regelbehandlung erbracht. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr konnten keine Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden.

In der PIA zeigten sich bereits im Präzeitraum Unterschiede zwischen der IG und KG (vgl. Tabelle 13 und Tabelle 14). Dabei fällt auf, dass in der IG vor allem mehr Arztkontakte und häufiger aufsuchende Behandlungen stattfanden. Auch im Referenzfall zeigten sich mehr Arztkontakte in der IG und häufigere aufsuchende Behandlungen.

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.

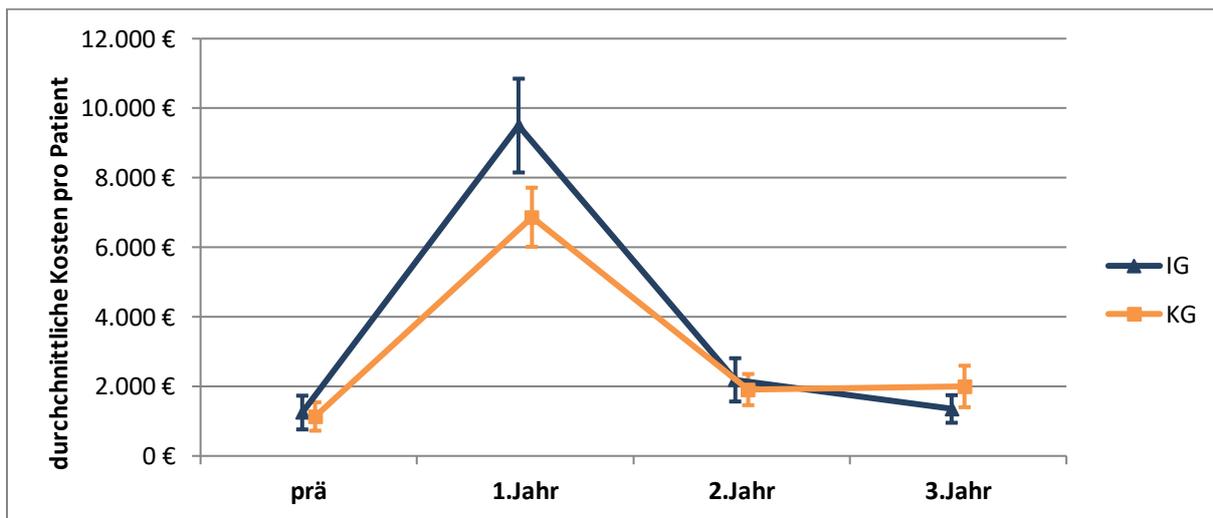
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	360	409	346	324	368	410	341	321
durchschnittliche Kosten	1.247,23 €	9.499,19 €	2.187,35 €	1.350,30 €	1.134,49 €	6.863,79 €	1.907,44 €	1.997,78 €
Standardabweichung	5.006,60 €	13.912,20 €	6.291,38 €	3.947,76 €	4.221,94 €	8.780,98 €	4.562,49 €	5.970,88 €
Minimum	0,00 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	175,78 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	26,76 €	1.351,61 €	35,91 €	21,97 €	37,25 €	1.052,74 €	44,72 €	24,68 €
Median	144,17 €	5.369,85 €	270,17 €	143,22 €	127,45 €	4.200,30 €	431,22 €	354,93 €
75%-Perzentil	569,17 €	12.665,05 €	1.473,45 €	962,90 €	509,14 €	8.696,68 €	1.505,02 €	1.187,51 €
Maximum	65.814,31 €	132.779,93 €	75.425,36 €	39.709,07 €	42.671,56 €	70.501,79 €	34.952,87 €	67.225,64 €

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



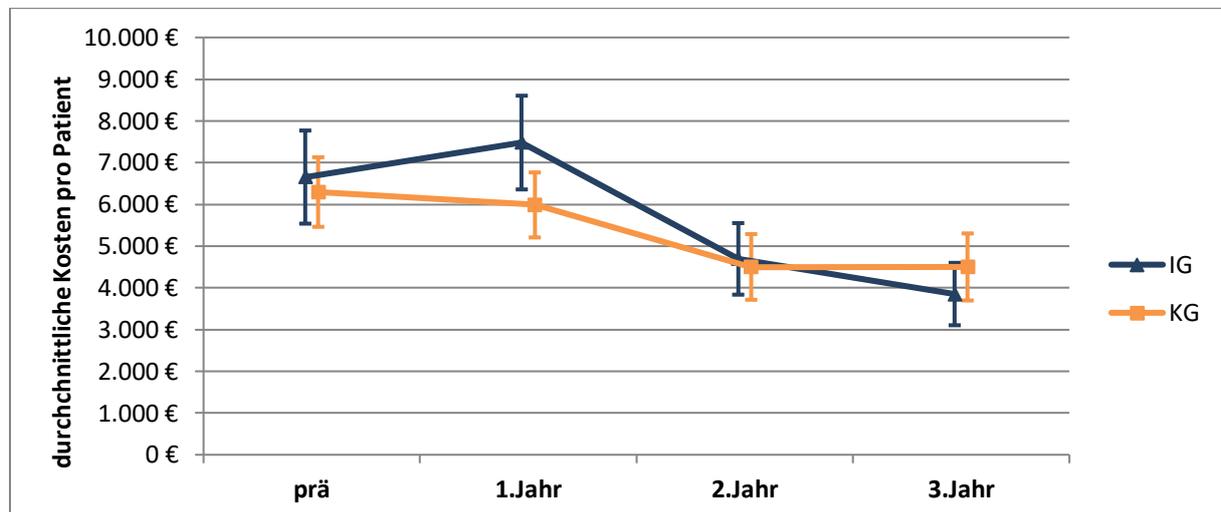
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 15)

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	372	372	345	321	373	376	358	346
durchschnittliche Kosten	6.654,13 €	7.481,42 €	4.694,14 €	3.851,04 €	6.295,34 €	5.986,81 €	4.501,64 €	4.500,47 €
Standardabweichung	10.980,00 €	11.053,69 €	8.217,01 €	7.033,07 €	8.248,30 €	7.709,38 €	7.691,95 €	7.746,49 €
Minimum	16,99 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	252,18 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.161,85 €	1.892,12 €	818,00 €	423,92 €	1.108,63 €	1.455,82 €	819,07 €	508,67 €
Median	2.387,79 €	3.187,73 €	2.142,88 €	1.650,17 €	2.612,87 €	2.857,02 €	1.991,38 €	1.714,31 €
75%-Perzentil	6.846,96 €	8.069,12 €	4.003,71 €	3.887,97 €	8.471,98 €	7.633,91 €	4.502,90 €	4.773,28 €
Maximum	77.691,05 €	91.049,85 €	70.509,27 €	54.927,99 €	45.224,10 €	51.646,00 €	52.396,93 €	50.249,36 €

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 16)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Kostenunterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 15). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG signifikant höhere Kosten als die KG aufwies. Anschließend fielen die Kosten in beiden Gruppen im zweiten und dritten Jahr wieder ab, in etwa auf das Niveau des Prä-Zeitraums.

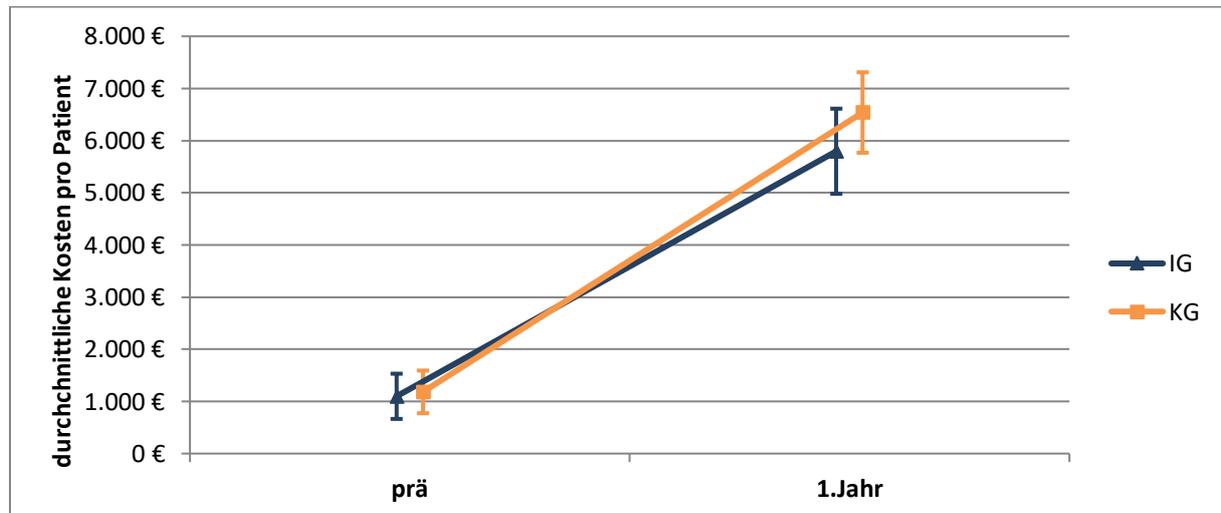
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 16). In der IG stiegen die Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Modelljahr leicht an, während sie in der KG leicht sanken. In beiden Gruppen verringerten sich die Kosten vom Prä-Zeitraum zum dritten Modelljahr.

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	379	379	379	379						
N mit Fall	334	379	341	379						
durchschnittliche Kosten	1.097,76 €	5.796,08 €	1.182,27 €	6.538,82 €	-84,51 €	0,781	-742,74 €	0,195	-658,23 €	0,263
Standardabweichung	4.306,82 €	8.105,79 €	4.066,64 €	7.662,01 €						
Minimum	0,00 €	95,00 €	0,00 €	132,54 €						
25%-Perzentil	36,50 €	1.011,66 €	38,20 €	1.054,29 €						
Median	146,84 €	3.314,84 €	153,46 €	4.647,30 €						
75%-Perzentil	567,65 €	7.993,47 €	557,10 €	8.441,52 €						
Maximum	55.213,67 €	77.458,01 €	55.594,80 €	46.548,79 €						

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 17). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an, wobei der Kostenunterschied im ersten Jahr nicht signifikant war. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant kostengünstiger von der KG ($p = 0,263$).

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	1.097,76 €	324,36	<0,001	365,91 €	727,55	0,615	613,85 €	311,59	0,049
Differenz KG-IG	84,51 €	458,71	0,854	-108,10 €	415,68	0,795	-58,92 €	413,77	0,887
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	4.698,32 €	458,71	<0,001	2.095,78 €	1050,55	0,046	2.853,41 €	502,90	<0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)	-658,23 €	648,72	0,310	-811,20 €	587,34	0,167	-782,14 €	584,81	0,181
Alter bis 29 J.				-655,92 €	524,26	0,211			
30 J. bis 47 J.				-1.019,73 €	467,58	0,029	-770,04 €	327,03	0,019
48 J. bis 64 J.				-128,05 €	452,81	0,777			
Weiblich				121,55 €	303,28	0,689			
Erwerbstätig				-30,85 €	476,37	0,948			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				332,44 €	979,30	0,734			
Referenzdiagnose F00				2.678,09 €	5991,54	0,655			
Referenzdiagnose F01				1.155,80 €	1355,06	0,394			
Referenzdiagnose F02				-574,00 €	5733,65	0,920			
Referenzdiagnose F03				1.317,39 €	1313,61	0,316			
Referenzdiagnose F07				36,26 €	1981,78	0,985			
Referenzdiagnose F10				1.158,62 €	755,72	0,125			
Referenzdiagnose F2x				10.387,06 €	1028,80	<0,001	9.360,90 €	819,61	<0,001
Referenzdiagnose F3x				5.071,08 €	748,33	<0,001	4.077,19 €	481,01	<0,001
Referenzdiagnose F4x				2.592,90 €	889,25	0,004	1.671,50 €	727,20	0,022
Referenzdiagnose F43				2.327,04 €	834,52	0,005	1.229,48 €	602,55	0,041
Referenzdiagnose F45				353,76 €	1371,50	0,796			
Referenzdiagnose F50				3.243,99 €	2076,83	0,119			
Referenzdiagnose F60.31				6.333,74 €	1925,61	0,001	5.062,79 €	1827,18	0,006
Referenzdiagnose F7x				1.919,79 €	2641,96	0,468			
Referenzdiagnose F84				-3.996,19 €	5742,04	0,487			
Referenzdiagnose F9x				653,55 €	2394,33	0,785			
vollstat. Fall in Prä				6.198,48 €	752,15	<0,001	6.348,51 €	743,43	<0,001
teilstat. Fall in Prä				14.562,74 €	2037,63	<0,001	14.852,36 €	2000,89	<0,001
PIA-Fall in Prä				1.848,54 €	1216,11	0,129			
vertragsärztl. Fall in Prä				454,84 €	632,74	0,472			
R ²			0,14			0,30			0,30

Im Grundmodell ergibt sich eine um 658,23 € geringere, nicht signifikante ($p = 0,310$) Kostensteigerung der IG gegenüber der KG (vgl. Tabelle 18).

Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell ähnliche Muster. Im Gesamt- und gesättigten Modell entwickelt sich die IG im Zeitverlauf günstiger als die KG, jedoch sind die Effekte nicht signifikant.

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.

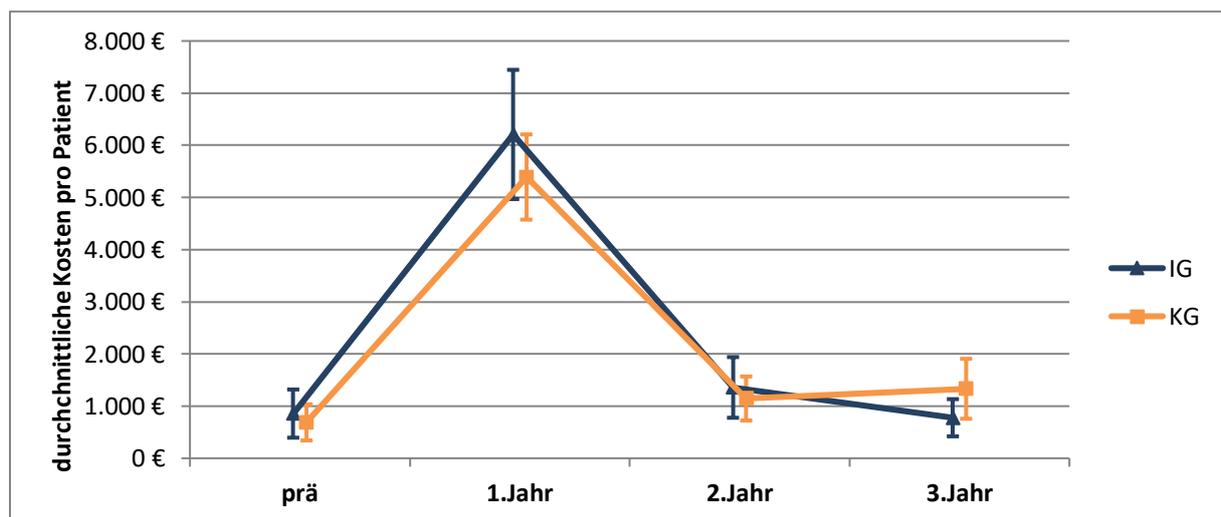
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	37	299	54	45	33	267	50	47
durchschnittliche Kosten	856,73 €	6.207,68 €	1.358,55 €	777,35 €	688,64 €	5.392,11 €	1.146,41 €	1.332,87 €
Standardabweichung	4.769,82 €	12.783,83 €	5.875,13 €	3.546,11 €	3.589,26 €	8.442,50 €	4.289,24 €	5.749,19 €
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 €	1.496,37 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.673,09 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.893,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.944,19 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	64.759,46 €	132.566,89 €	73.856,12 €	35.361,97 €	32.660,05 €	69.459,53 €	32.732,04 €	66.266,94 €

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



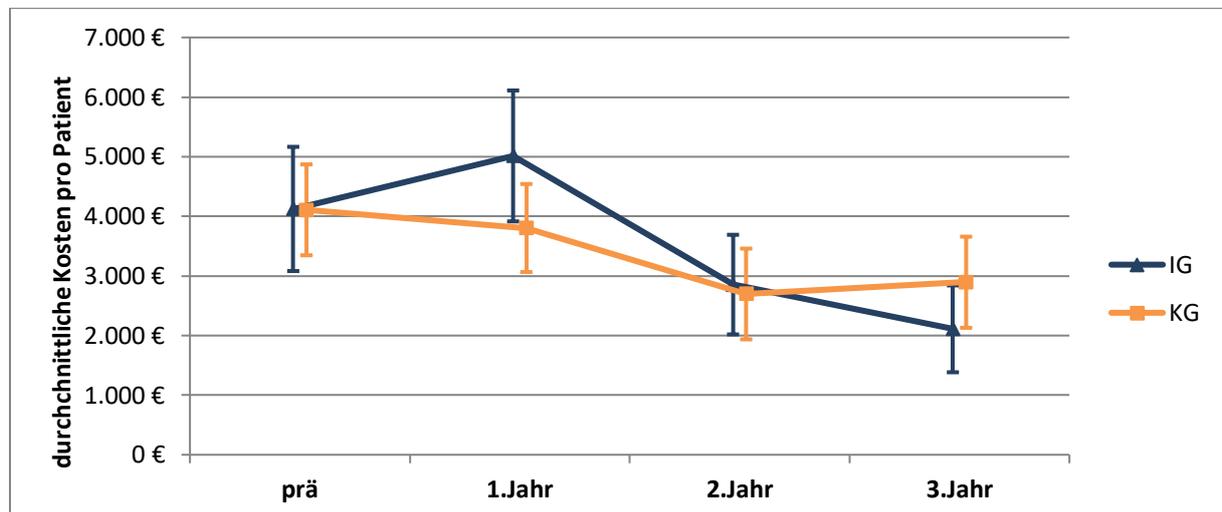
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 19)

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	140	156	88	63	163	157	98	96
durchschnittliche Kosten	4.123,46 €	5.012,44 €	2.854,29 €	2.112,32 €	4.108,75 €	3.803,61 €	2.696,94 €	2.894,41 €
Standardabweichung	10.252,27 €	10.811,19 €	8.011,26 €	6.851,30 €	7.543,96 €	7.304,43 €	7.443,40 €	7.370,08 €
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	2.995,76 €	5.177,47 €	0,00 €	0,00 €	5.368,70 €	5.419,92 €	709,43 €	1.316,50 €
Maximum	76.336,79 €	88.669,32 €	68.583,65 €	53.809,54 €	44.364,44 €	51.472,74 €	50.630,07 €	49.001,39 €

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 20)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 19). In beiden Gruppen stiegen im ersten Modelljahr die Kosten deutlich an, wobei sie im zweiten und dritten Modelljahr in beiden Gruppen in etwa auf das Niveau des Prä-Zeitraums zurückgingen.

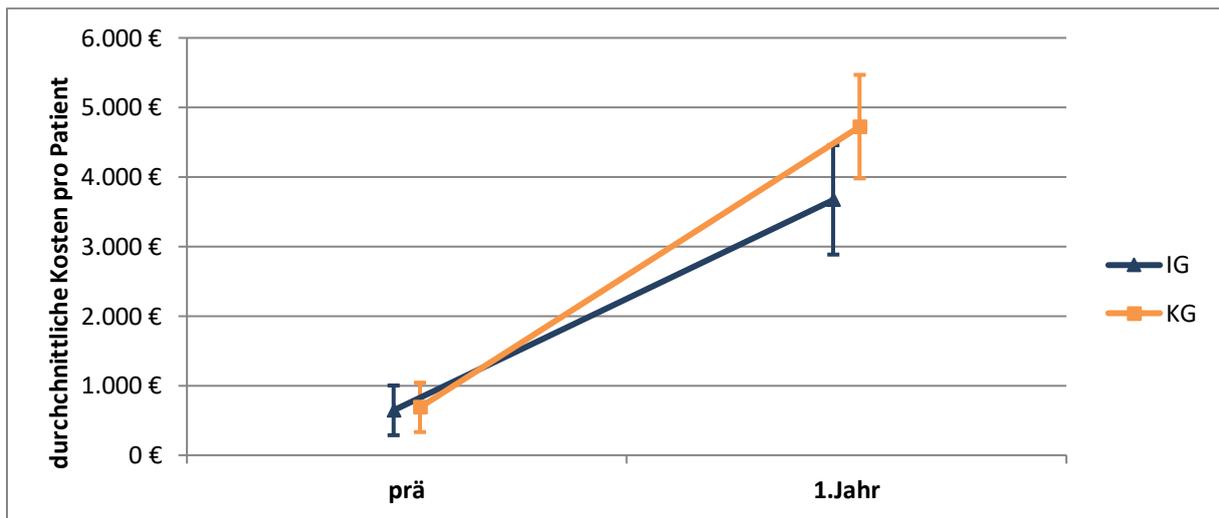
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 20). In der IG stiegen die Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Modelljahr leicht an. In beiden Gruppen verringerten sich die Kosten vom Prä-Zeitraum zum dritten Modelljahr.

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	379	379	379	379						
N mit Fall	34	252	37	231						
durchschnittliche Kosten	644,89 €	3.670,53 €	687,70 €	4.724,31 €	-42,81 €	0,868	-1.053,78 €	0,057	-1.010,97 €	0,077
Standardabweichung	3.552,56 €	7.803,72 €	3.525,62 €	7.393,54 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	867,98 €	0,00 €	1.080,78 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.896,96 €	0,00 €	6.461,89 €						
Maximum	34.404,62 €	75.811,64 €	50.884,45 €	44.697,98 €						

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



Die vollstationären psychiatrischen Kosten lagen in IG und KG im Prä-Zeitraum gleichauf (vgl. Tabelle 21). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei sie in der IG günstiger als in der KG waren. Insgesamt verzeichnete die IG einen um 1.010,97 € günstigeren Verlauf, wobei die Differenz nicht statistisch signifikant war ($p = 0,077$).

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.

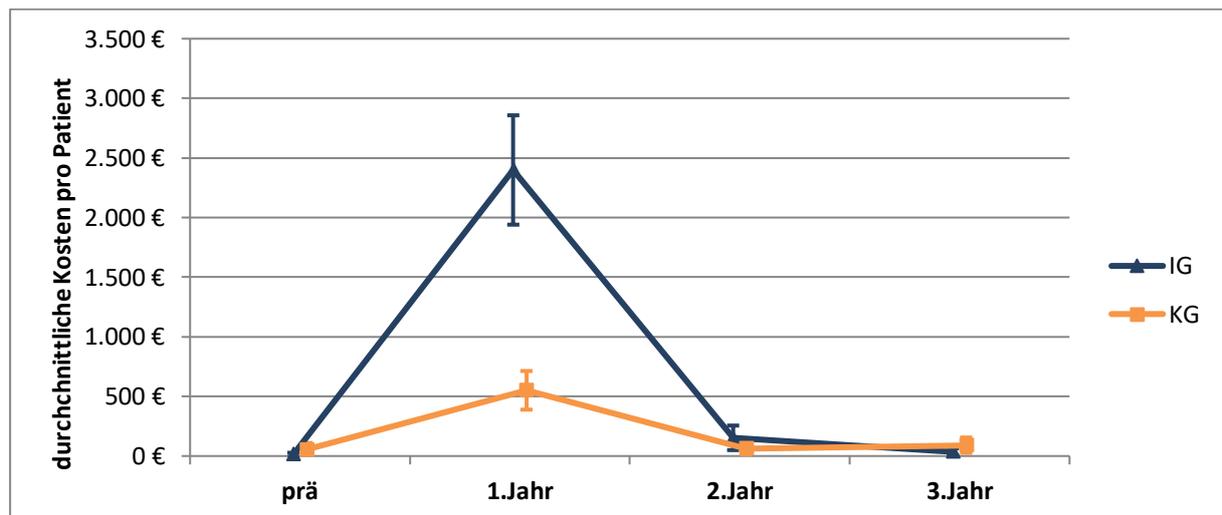
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	1	122	16	9	4	52	5	9
durchschnittliche Kosten	13,56 €	2.399,05 €	152,50 €	36,26 €	54,75 €	550,98 €	62,65 €	90,57 €
Standardabweichung	274,33 €	4.731,57 €	1.040,88 €	281,08 €	792,42 €	1.675,28 €	573,74 €	646,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.561,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.548,07 €	24.841,89 €	11.419,77 €	4.068,40 €	15.417,94 €	9.241,58 €	6.932,85 €	6.575,41 €

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



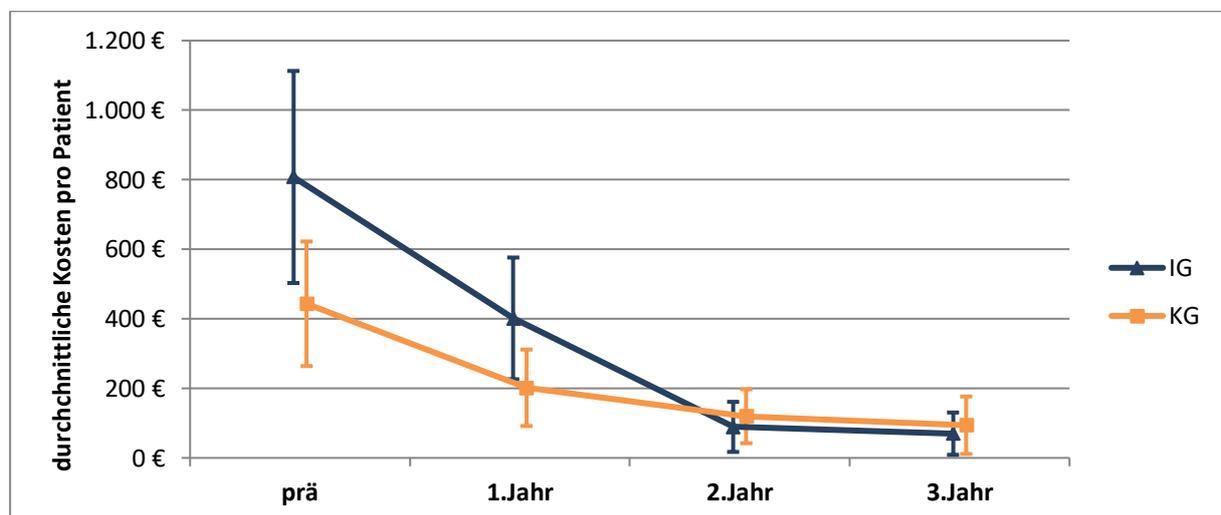
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 22)

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	37	32	13	12	31	19	12	8
durchschnittliche Kosten	807,85 €	401,19 €	89,23 €	69,68 €	443,23 €	201,66 €	119,73 €	93,91 €
Standardabweichung	3.000,48 €	1.722,59 €	690,14 €	572,67 €	1.772,47 €	1.087,54 €	758,43 €	796,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	21.813,00 €	13.361,98 €	7.867,70 €	8.834,78 €	13.185,43 €	11.735,37 €	7.460,23 €	9.529,96 €

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 23)

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigt sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Kostenunterschied der teilstationären psychiatrischen Leistungen zwischen IG und KG, was auf die sehr geringe Anzahl an Patienten mit entsprechendem Fall (IG: 1; KG: 4) zurückzuführen ist (vgl. Tabelle 22). Im ersten Modelljahr erhielten in der IG deutlich mehr Patienten eine teilstationäre psychiatrische Leistung als in der KG (IG: 122; KG: 52), wodurch die Durchschnittskosten in der IG deutlich höher ausfielen. In den darauffolgenden beiden Jahren ist die Anzahl der Fälle in beiden Gruppen erneut zu gering, um eine sinnvolle Aussage zu Unterschieden in den Durchschnittskosten zu treffen.

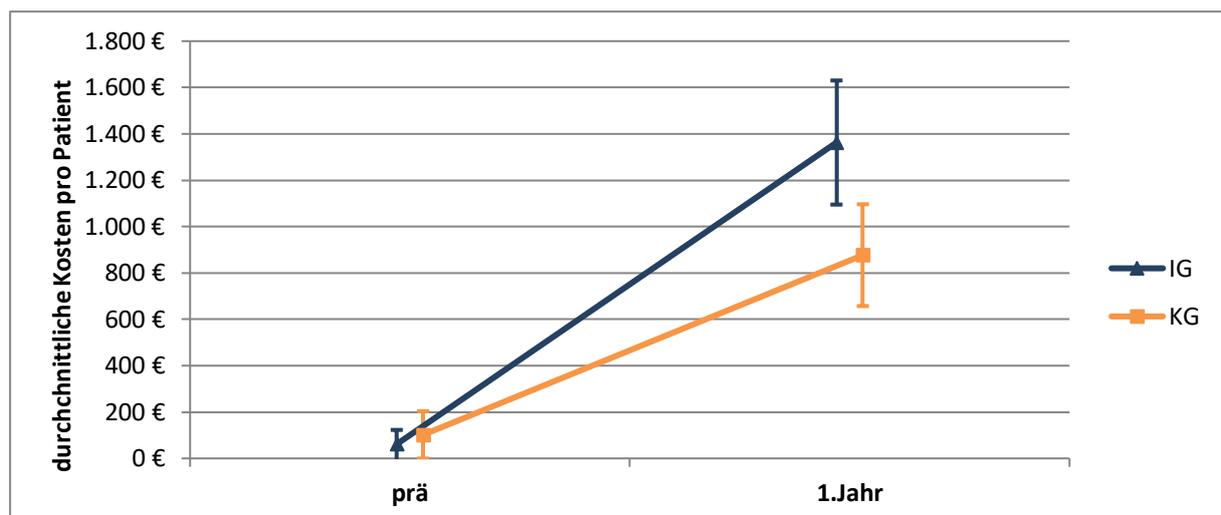
Bei den klinikneuen Patienten waren die durchschnittlichen Kosten in der IG signifikant höher als in der KG, bei entsprechend der höheren Anzahl an Fällen in der IG (IG: 37; KG: 31 vgl. Tabelle 23). Insgesamt im Zeitverlauf die Anzahl an Fällen auch hier zu gering, um eine sinnvolle Aussage bezüglich Kostenunterschiede zu treffen.

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	379	379	379	379						
N mit Fall	3	115	6	70						
durchschnittliche Kosten	61,45 €	1.362,54 €	101,79 €	876,76 €	-40,35 €	0,596	485,79 €	0,006	526,13 €	0,004
Standardabweichung	1.078,16 €	2.658,99 €	1.013,02 €	2.181,08 €						
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 €	1.341,45 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	20.923,23 €	14.173,68 €	16.609,64 €	13.661,91 €						

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



Im Prä-Zeitraum war in beiden Gruppen die Anzahl an Fällen sehr gering (IG: 3; KG: 6, vgl. Tabelle 24). Entsprechend gab es auch keinen signifikanten Kostenunterschied. Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die IG aufgrund der deutlich größeren Anzahl an Patienten mit Fällen (IG: 115; KG: 70) auch signifikant höhere Kosten aufwies ($p = 0,004$). Insgesamt entwickelte sich die IG im Vergleich um 526,13 € teurer ($p = 0,004$), wobei dies auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit entsprechendem Fall zurückzuführen ist.

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

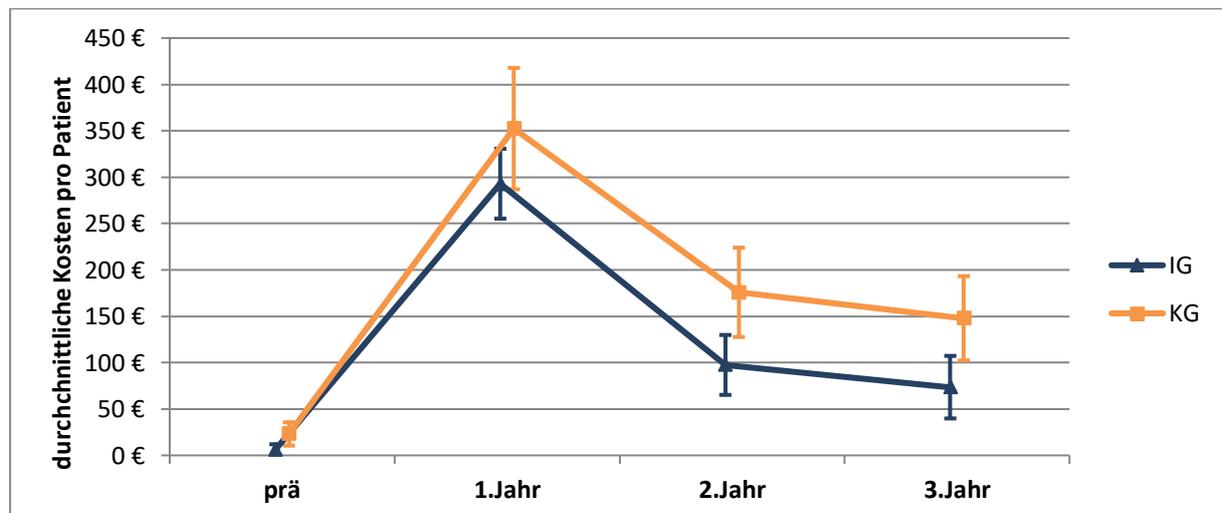
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	6	205	44	39	19	184	77	61
durchschnittliche Kosten	6,24 €	292,95 €	97,55 €	73,56 €	23,11 €	352,40 €	175,83 €	147,79 €
Standardabweichung	59,42 €	388,67 €	326,29 €	335,52 €	130,01 €	676,21 €	489,39 €	455,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	162,41 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	399,72 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	379,14 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	966,33 €	1.816,68 €	2.002,72 €	2.733,82 €	1.249,41 €	6.051,28 €	4.827,57 €	3.851,97 €

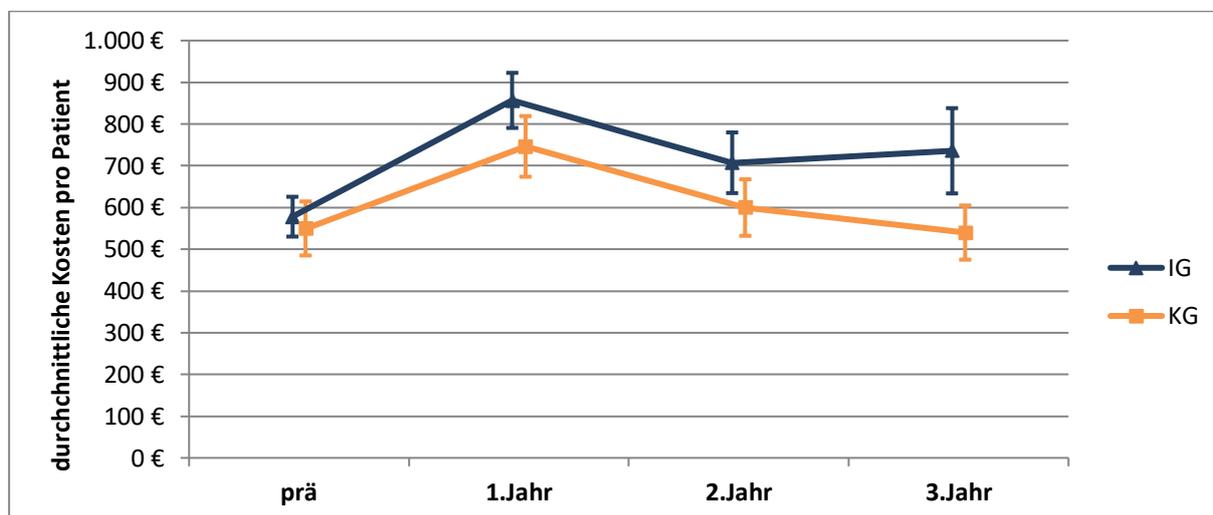
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 25)

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	256	289	200	182	251	291	225	213
durchschnittliche Kosten	578,04 €	856,74 €	707,24 €	735,95 €	549,85 €	746,43 €	599,86 €	539,94 €
Standardabweichung	469,53 €	649,74 €	696,52 €	961,63 €	640,18 €	718,65 €	661,38 €	625,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	175,78 €	0,00 €	0,00 €
Median	661,58 €	975,28 €	708,48 €	193,97 €	414,73 €	712,76 €	548,63 €	414,39 €
75%-Perzentil	948,27 €	1.380,76 €	1.426,12 €	1.284,68 €	810,92 €	1.013,99 €	941,37 €	867,72 €
Maximum	1.410,00 €	1.973,06 €	2.057,51 €	6.338,48 €	3.573,53 €	4.420,49 €	4.285,51 €	2.912,96 €

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 26)

Bei den klinikneuen Patienten waren die Durchschnittskosten der PIA-Versorgung im Prä-Zeitraum in der IG günstiger als in der KG, was auf die geringe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückzuführen ist (IG: 6; KG: 19, vgl. Tabelle 25). Im ersten Modelljahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen deutlich an, wobei auch hier die IG, trotz größerer Fallzahl, günstiger war als die KG. Im zweiten und dritten Jahr war die KG jeweils signifikant teurer, was hier wiederum auf die größere Fallzahl in der KG zurückzuführen war.

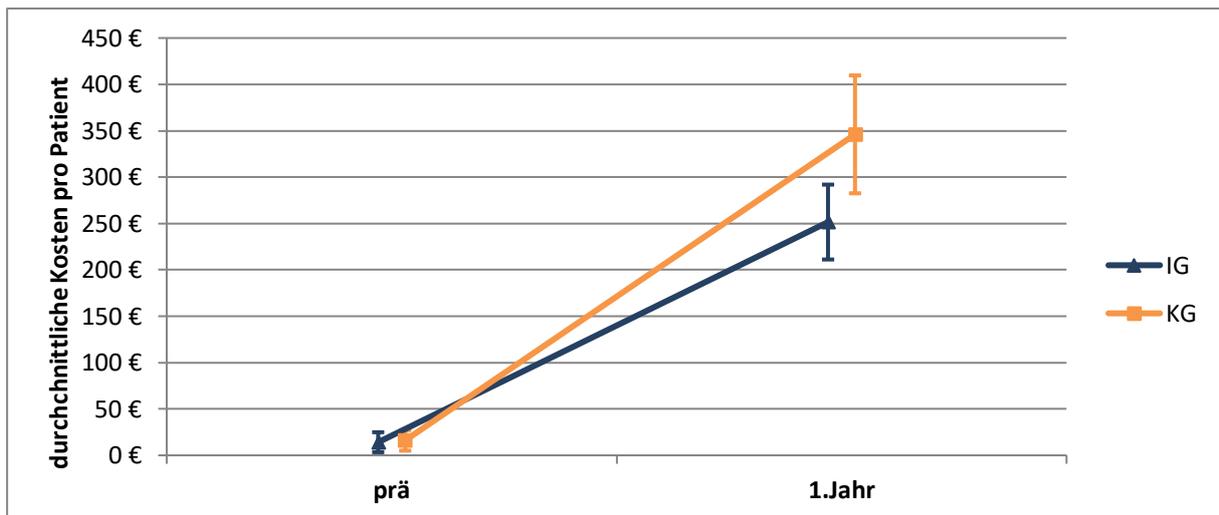
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG im Präzeitraum (vgl. Tabelle 26). Insgesamt waren die Durchschnittskosten in der IG in allen weiteren Modelljahren signifikant teurer als in der KG, trotz etwas geringerer Fallzahlen in der IG.

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	379	379	379	379						
N mit Fall	10	195	14	198						
durchschnittliche Kosten	14,11 €	251,55 €	16,09 €	346,13 €	-1,98 €	0,801	-94,57 €	0,014	-92,59 €	0,017
Standardabweichung	107,24 €	400,98 €	109,63 €	631,27 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	75,00 €	0,00 €	158,98 €						
75%-Perzentil	0,00 €	414,24 €	0,00 €	424,60 €						
Maximum	1.329,36 €	2.779,24 €	1.329,36 €	4.319,73 €						

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



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG, was auf die relativ geringe Anzahl an Patienten mit PIA-Behandlung zurückzuführen ist (IG: 10; KG: 14, vgl. Tabelle 27). Im ersten Modelljahr stiegen in beiden Gruppen die Durchschnittskosten an, wobei die IG signifikant günstiger war als die KG ($p = 0,014$). Insgesamt entwickelte sich die IG im Vergleich um 92,59 € signifikant günstiger als die KG ($p = 0,017$).

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

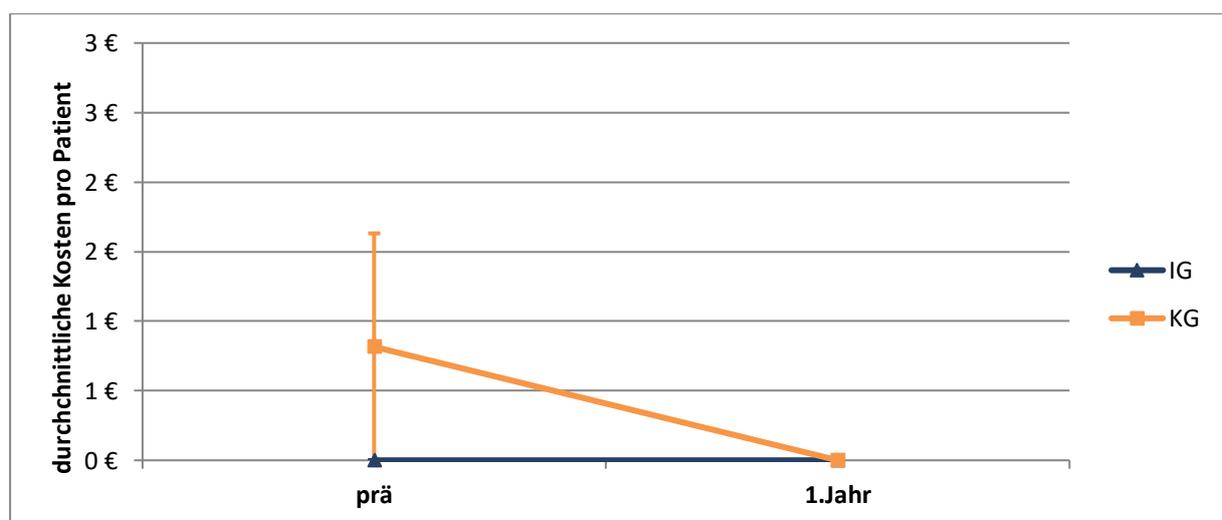
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	0	0	0	0	1	0	0	0
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	16,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	334,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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



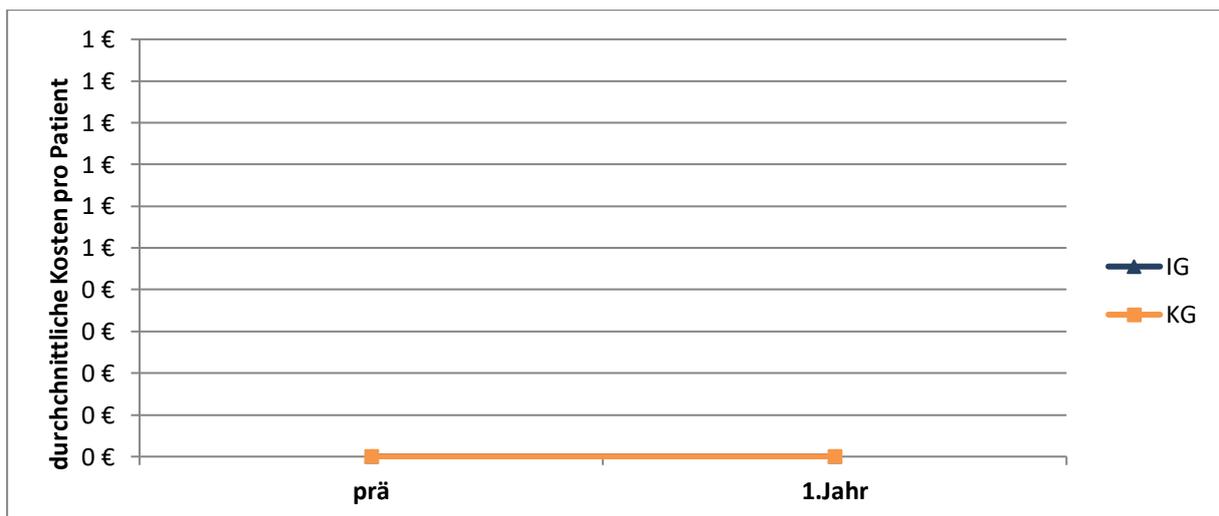
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 28)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	0	0	0	0	0	0	0	0
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 29)

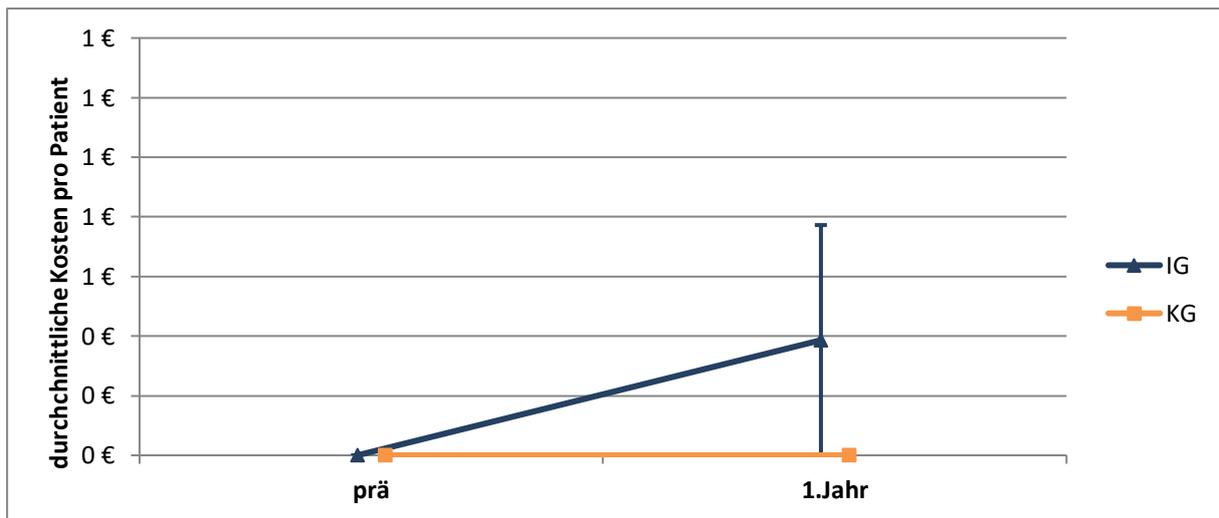
Bei den klinikneuen Patienten erhielt nur ein Patient der KG (IG: 0) sonstige psychiatrische Leistungen im Krankenhaus (vgl. Tabelle 28). Bei den klinikbekannten Patienten wurde diese Leistungsform gar nicht in Anspruch genommen (Tabelle 29). Es ergaben sich somit nur minimale bzw. keine Kostenunterschiede.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	379	379	379	379						
N mit Fall	0	1	0	0						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,39 €	0,318	0,39 €	0,318
Standardabweichung	0,00 €	7,52 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	146,40 €	0,00 €	0,00 €						

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



Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr erhielt nur ein Patient der IG (KG: 0, vgl. Tabelle 30) sonstige psychiatrische Leistungen im Krankenhaus. Insgesamt lassen sich aufgrund dessen keine belastbaren Aussagen zu unterschiedlichen Kostenanstiegen treffen.

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.

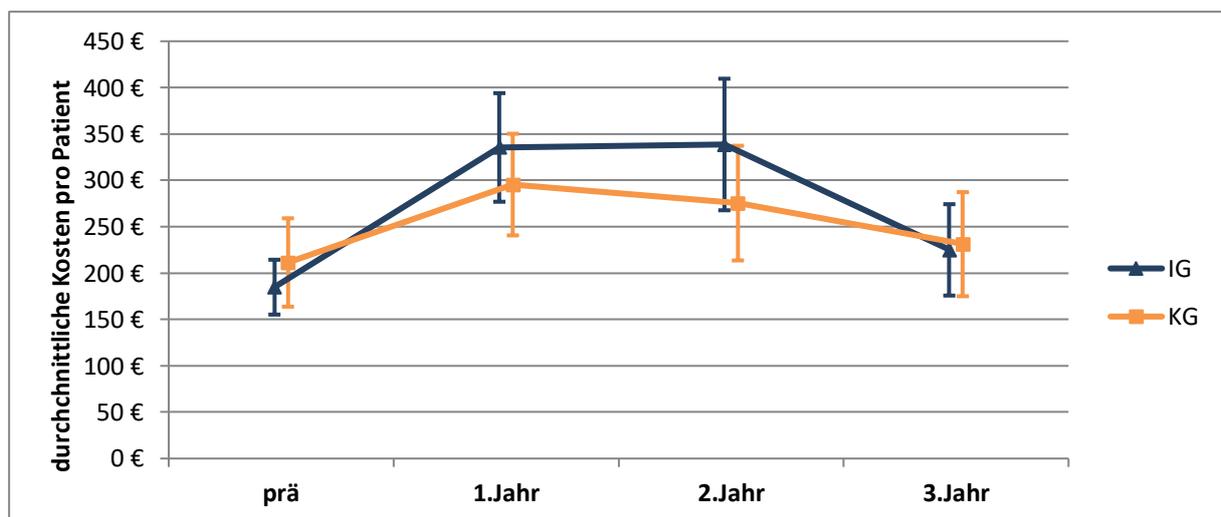
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	354	369	337	313	361	369	328	305
durchschnittliche Kosten	184,81 €	335,47 €	338,64 €	225,01 €	211,42 €	295,41 €	275,46 €	231,15 €
Standardabweichung	305,12 €	604,33 €	716,56 €	489,96 €	492,34 €	566,24 €	628,71 €	562,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,40 €	30,60 €	19,44 €	12,17 €	24,15 €	36,37 €	18,80 €	9,10 €
Median	67,06 €	90,16 €	72,13 €	44,79 €	71,10 €	113,10 €	72,93 €	52,99 €
75%-Perzentil	229,91 €	331,70 €	298,13 €	181,28 €	206,95 €	322,36 €	242,51 €	226,35 €
Maximum	2.382,43 €	3.479,62 €	4.763,87 €	3.541,65 €	6.806,24 €	4.715,69 €	4.614,82 €	5.604,00 €

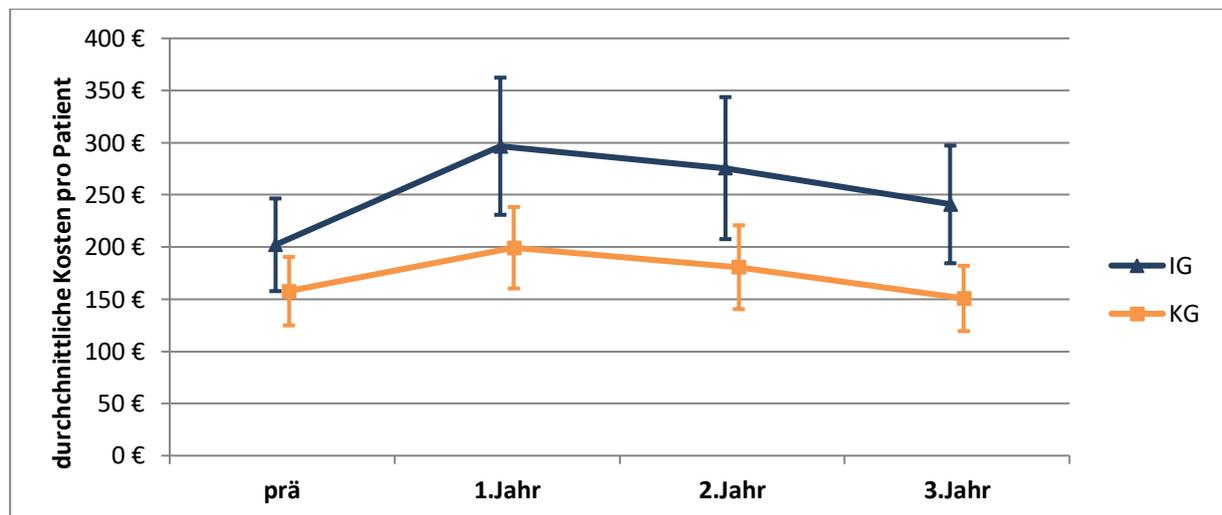
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 31)

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	355	351	334	303	345	349	329	323
durchschnittliche Kosten	202,11 €	296,61 €	275,64 €	240,86 €	157,74 €	199,31 €	180,65 €	150,72 €
Standardabweichung	437,02 €	646,98 €	652,64 €	530,84 €	325,01 €	386,16 €	392,55 €	301,54 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,22 €	34,68 €	32,46 €	28,65 €	25,26 €	43,23 €	31,47 €	29,76 €
Median	58,38 €	83,70 €	84,08 €	70,91 €	58,58 €	86,18 €	77,38 €	68,94 €
75%-Perzentil	196,76 €	244,40 €	221,88 €	196,84 €	149,92 €	193,51 €	150,31 €	138,30 €
Maximum	5.434,36 €	7.027,24 €	7.297,19 €	4.780,30 €	2.877,24 €	3.413,47 €	3.375,89 €	3.078,43 €

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


(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 32 und Tabelle 29)

Bei den klinikneuen Patienten zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 31). Im ersten und zweiten Modelljahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, im dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau etwas oberhalb des Prä-Zeitraums. Vom ersten bis zum dritten Modelljahr waren die Durchschnittskosten in der IG größer als in der KG.

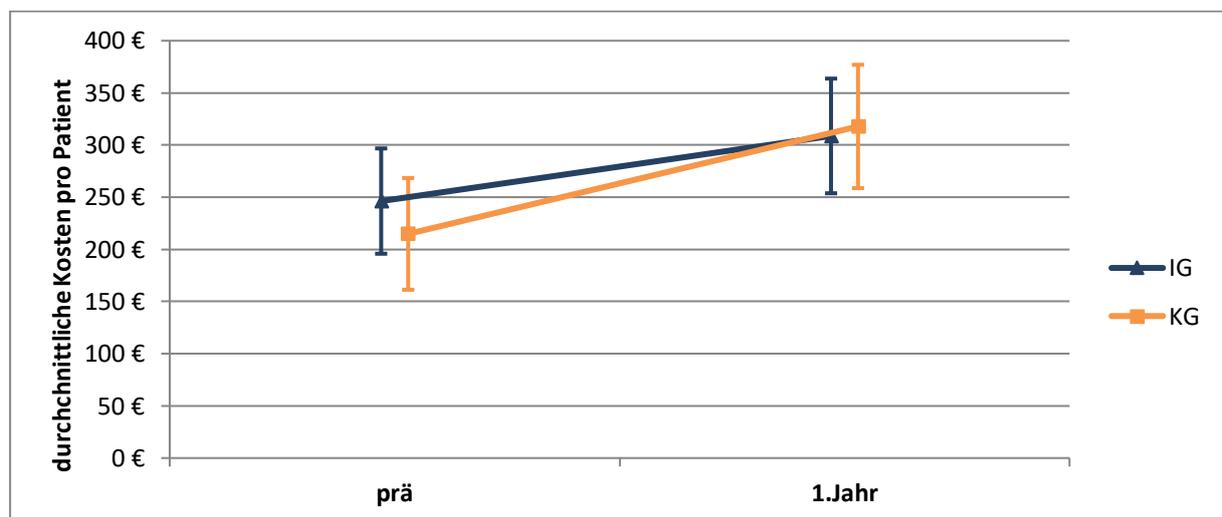
Bei den klimbekanntenen Patienten waren die Durchschnittskosten der IG in allen vier Beobachtungszeiträumen größer als in der KG (vgl. Tabelle 32). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Modelljahr leicht an, um dann bis zum dritten Modelljahr in etwa auf das Niveau des Prä-Zeitraums zurückzusinken.

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	379	379	379	379						
N mit Fall	330	337	334	351						
durchschnittliche Kosten	246,31 €	308,75 €	214,87 €	317,85 €	31,44 €	0,402	-9,10 €	0,825	-40,54 €	0,322
Standardabweichung	501,16 €	546,00 €	531,83 €	587,36 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	20,98 €	21,73 €	27,50 €	40,46 €						
Median	77,48 €	88,94 €	77,76 €	98,77 €						
75%-Perzentil	245,63 €	307,65 €	191,65 €	284,80 €						
Maximum	4.150,88 €	3.420,08 €	5.865,58 €	4.585,78 €						

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



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 33). Im ersten Untersuchungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG ergaben. Insgesamt entwickelten sich die Kosten der IG identisch zur KG ($p = 0,322$).

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.

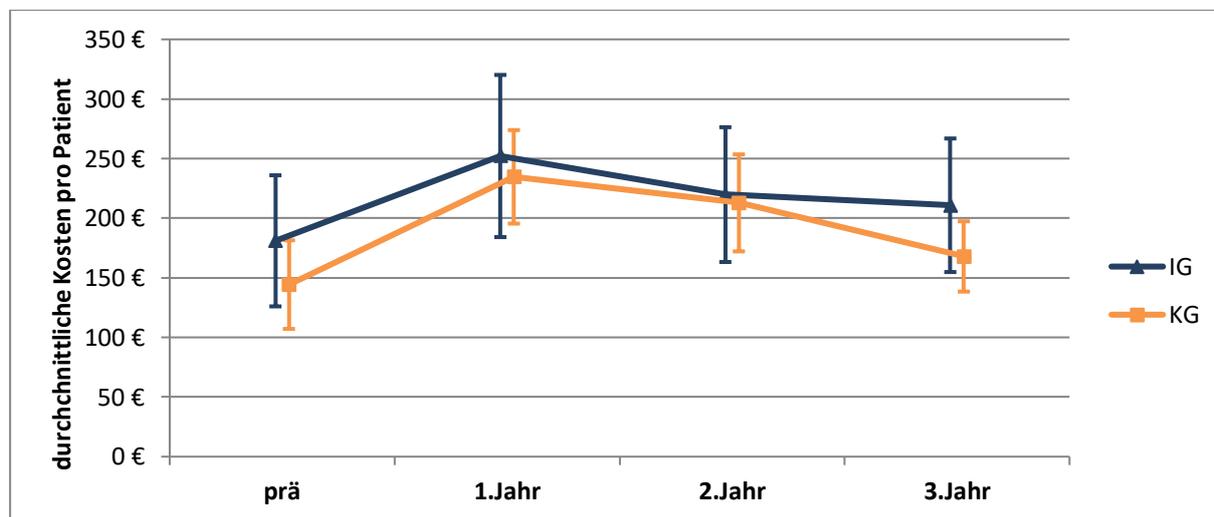
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	235	263	216	201	231	272	225	218
durchschnittliche Kosten	181,01 €	252,15 €	219,79 €	210,84 €	144,29 €	234,67 €	212,84 €	167,91 €
Standardabweichung	567,26 €	701,78 €	571,11 €	557,14 €	383,82 €	405,23 €	413,50 €	295,05 €
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	18,31 €	59,37 €	18,78 €	13,90 €	14,69 €	60,71 €	51,93 €	25,69 €
75%-Perzentil	128,16 €	213,00 €	209,27 €	179,97 €	104,34 €	279,87 €	230,43 €	193,84 €
Maximum	6.413,43 €	9.587,54 €	8.169,64 €	6.987,44 €	3.724,00 €	3.376,28 €	3.981,98 €	2.108,10 €

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



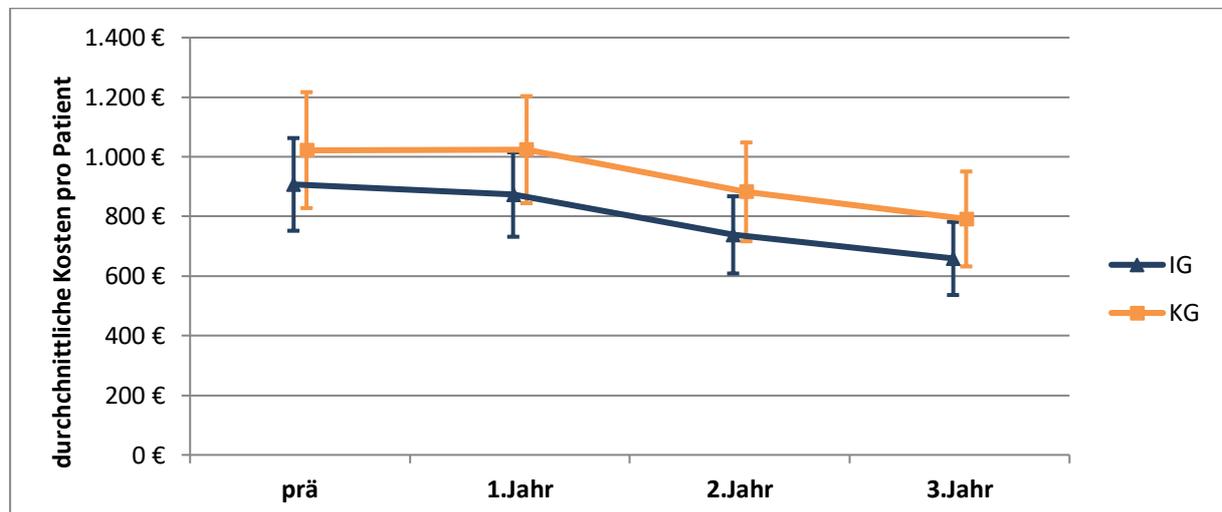
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 34)

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	312	317	285	263	305	312	293	282
durchschnittliche Kosten	907,42 €	873,30 €	738,04 €	659,13 €	1.022,51 €	1.024,00 €	882,42 €	791,49 €
Standardabweichung	1.530,42 €	1.393,37 €	1.241,49 €	1.154,28 €	1.923,85 €	1.777,04 €	1.620,20 €	1.535,68 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	71,76 €	91,16 €	38,58 €	23,32 €	32,08 €	68,55 €	33,96 €	27,45 €
Median	323,84 €	353,29 €	301,96 €	252,75 €	242,09 €	345,01 €	276,52 €	229,19 €
75%-Perzentil	1.093,54 €	987,36 €	835,14 €	770,76 €	1.018,34 €	1.035,10 €	976,47 €	834,97 €
Maximum	10.664,87 €	10.469,02 €	8.605,71 €	9.430,05 €	12.889,74 €	13.617,74 €	11.497,84 €	12.111,09 €

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



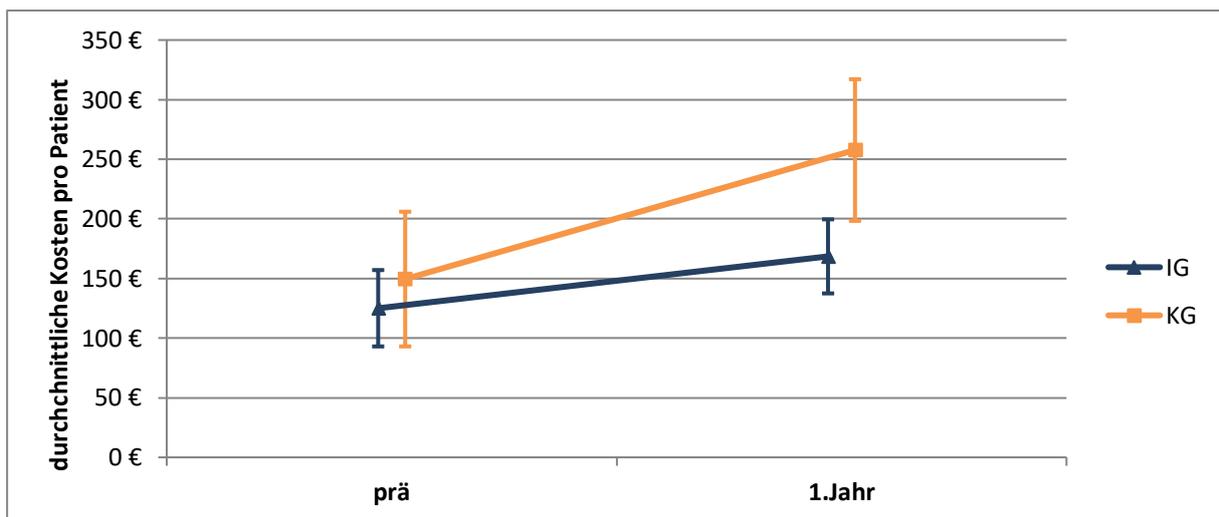
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 35)

Bei den klinikneuen Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede in den Durchschnittskosten der Psychopharmakaversorgung zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 34). Im ersten Modelljahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, im zweiten und dritten Modelljahr sanken die Kosten auf das Niveau oberhalb des jeweiligen Prä-Zeitraums zurück. Insgesamt ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich in keinem der vier Untersuchungszeiträume signifikante Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 35). Insgesamt sanken in beiden Gruppen die Durchschnittskosten im Zeitverlauf.

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	379	379	379	379						
N mit Fall	5	13	4	7						
durchschnittliche Kosten	125,04 €	168,54 €	149,50 €	257,75 €	-24,46 €	0,461	-89,21 €	0,009	-64,75 €	0,060
Standardabweichung	318,11 €	308,64 €	561,00 €	589,94 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	16,79 €	53,99 €	0,00 €	62,54 €						
75%-Perzentil	104,57 €	179,21 €	100,29 €	251,21 €						
Maximum	4.006,99 €	2.680,38 €	6.684,30 €	5.690,92 €						

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


Aufgrund der geringen Anzahl an Patienten mit Psychopharmakaverordnung im Prä-Zeitraum und ersten Modelljahr in IG und KG lassen sich keine belastbaren Aussagen zu Kostenentwicklungen treffen (vgl. Tabelle 36).

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.

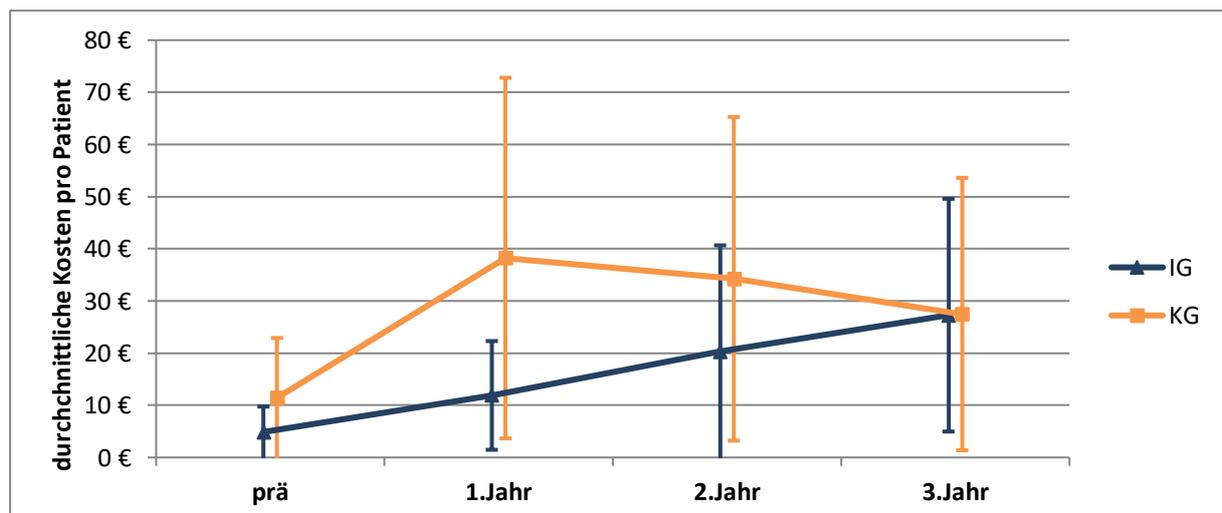
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	3	6	5	9	3	7	9	7
durchschnittliche Kosten	4,88 €	11,89 €	20,33 €	27,28 €	11,45 €	38,21 €	34,25 €	27,49 €
Standardabweichung	71,45 €	107,57 €	230,05 €	221,90 €	205,73 €	357,13 €	315,45 €	261,37 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.363,09 €	1.499,31 €	3.805,44 €	3.416,00 €	4.139,84 €	4.572,31 €	4.169,34 €	3.085,24 €

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



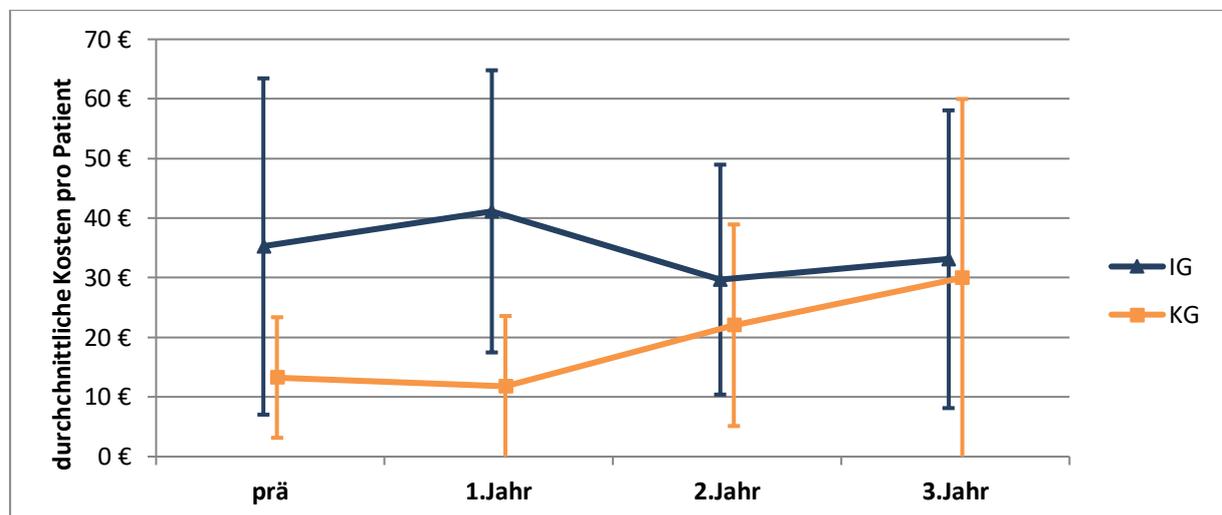
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 37)

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	11	15	12	8	9	6	9	5
durchschnittliche Kosten	35,25 €	41,14 €	29,69 €	33,11 €	13,27 €	11,80 €	22,04 €	29,99 €
Standardabweichung	277,56 €	232,90 €	184,85 €	234,95 €	100,04 €	122,80 €	165,27 €	312,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.443,40 €	2.138,41 €	2.162,20 €	2.755,88 €	1.180,64 €	1.846,40 €	2.191,68 €	4.445,84 €

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 38)

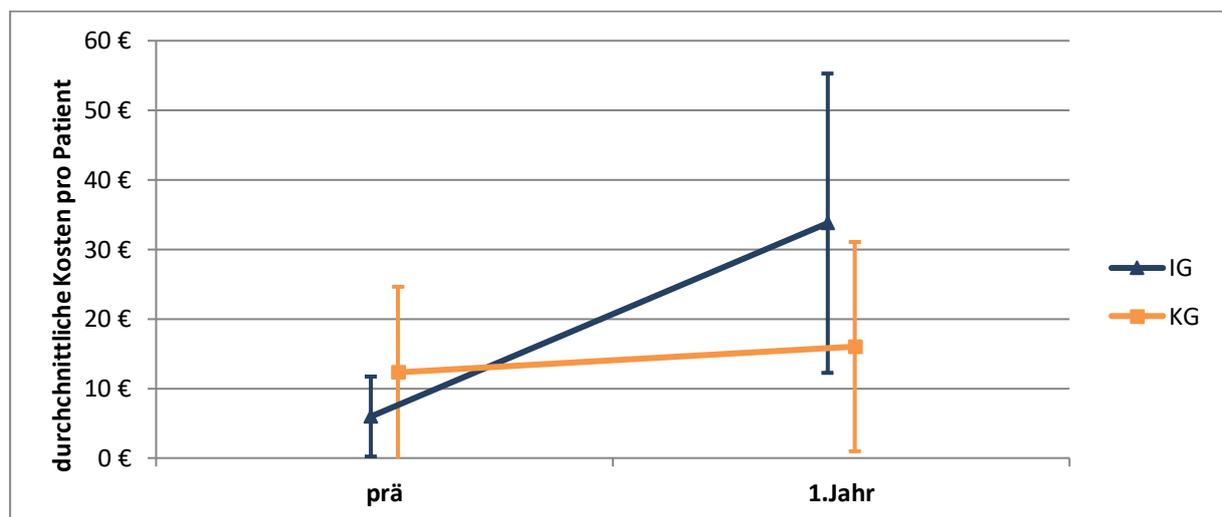
Aufgrund der geringen Fallzahl an Patienten mit psychiatrischer Heilmittelversorgung bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten lassen sich keine belastbaren Aussagen zu Kostenunterschieden zwischen IG und KG treffen (vgl. Tabelle 37 und Tabelle 38).

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	379	379	379	379						
N mit Fall	5	13	4	7						
durchschnittliche Kosten	5,96 €	33,77 €	12,32 €	16,02 €	-6,35 €	0,427	17,75 €	0,186	24,10 €	0,066
Standardabweichung	57,15 €	213,74 €	144,56 €	149,44 €						
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	777,43 €	1.914,17 €	2.040,54 €	1.905,56 €						

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



Aufgrund der geringen Fallzahl an Patienten mit psychiatrischer Heilmittelversorgung bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten lassen sich keine belastbaren Aussagen zu Kostenunterschieden zwischen IG und KG treffen (vgl. Tabelle 39).

11. Ergebnisse: Effizienz

12. Diskussion

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

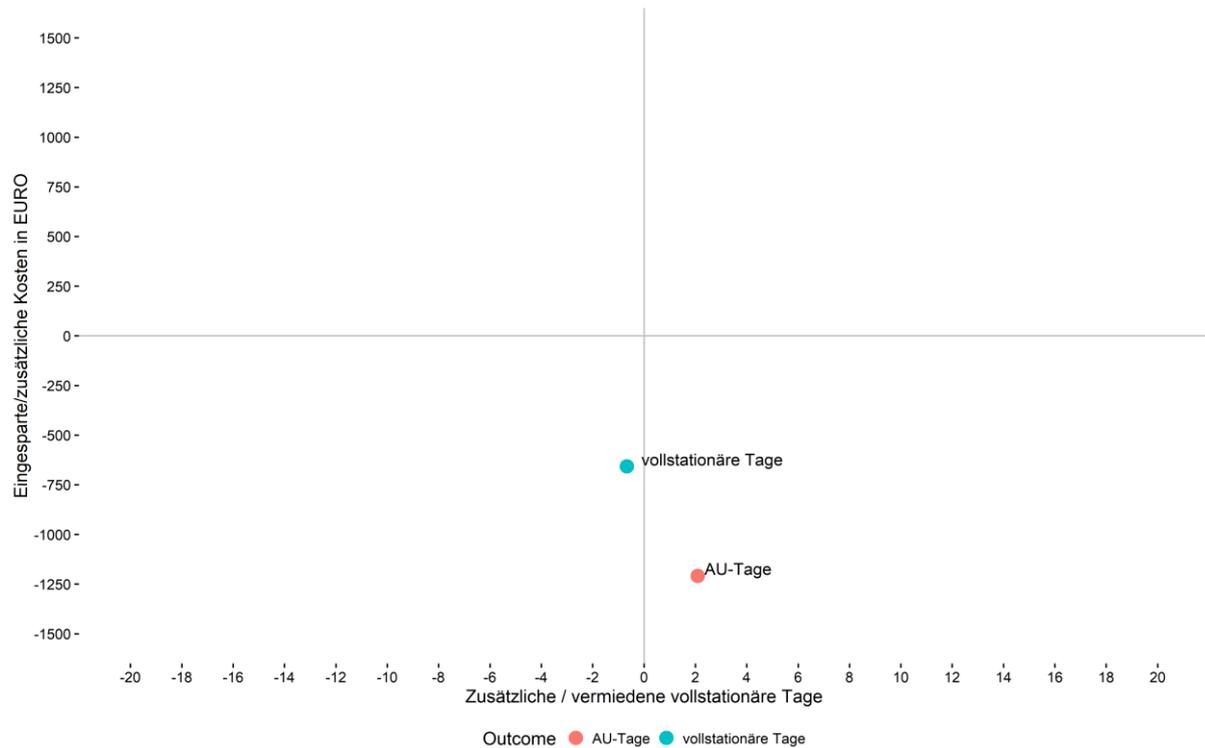
Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	379	1.097,76 €	379	5.796,08 €		4.698,32 €
	KG	379	1.182,27 €	379	6.538,82 €		5.356,55 €
	Differenz IG-KG		-84,51 €		-742,74 €		-658,23 €
	p-Wert		0,781		0,195		0,310
(vermiedene) KH-Tage	IG	379	2,3	379	18,9		16,6
	KG	379	2,4	379	18,3		15,9
	Differenz IG-KG		-0,1		0,5		0,7
	p-Wert		0,888		0,836		0,807
	ICER (Diff in Diff)						993,90 €

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	228	1.155,15 €	228	5.112,64 €		3.957,49 €
	KG	232	993,13 €	232	6.159,81 €		5.166,68 €
	Differenz IG-KG		162,02 €		-1.047,17 €		-1.209,19 €
	p-Wert		0,684		0,120		0,122
(vermiedene) AU-Tage	IG	228	28,4	228	75,2		46,9
	KG	232	22,1	232	71,0		48,9
	Differenz IG-KG		6,3		4,2		-2,1
	p-Wert		0,268		0,654		0,024
	ICER						-577,71 €

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

Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr verzeichnete die IG einen um 0,7 Tage stärkeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage ($p = 0,046$), sowie einen 2,1 Tage weniger starken Anstieg der AU-Tage ($p = 0,024$) im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 66 und Tabelle 67). In der IG war ein um 0,7 Tage stärkerer Anstieg vollstationärer Tage, sowie ein um 2,1 Tage geringerer Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen.

Die gesamten psychiatrischen Kosten stiegen in der IG um 658,23 € weniger stark an, wobei die Differenz nicht statistisch signifikant war. Die gesamten psychiatrischen Kosten stiegen, bezogen auf Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“, in der IG um 1.209,19 € weniger stark an als in der KG, wobei die Kostendifferenz nicht statistisch signifikant war.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei 993,90 € und bezogen auf die AU-Tage bei -577,71 €. Für jeden zusätzlichen vollstationären Tag wurden demnach 993,90 € eingespart. Jeder vermiedene AU-Tag war mit geringeren Kosten von 577,71 € je Patient verbunden.

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Klinikum Itzehoe 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 vier Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über drei Modelljahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

Effektivität

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

- 1) Unterschiede in der vollstationären und teilstationären Behandlungsdauer sowie den Anteilen der Patienten mit stationärem Aufenthalt zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
- 2) Es gibt mutmaßlich Modelleffekte durch vorher bestehende modellähnliche Vorverträge in Bezug auf stationäre Behandlung.
- 3) Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht.

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

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.

zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG um 4,1 vollstationäre Tage niedriger als in der KG war. 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 PIA des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Der Verlauf der teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer, jedoch war hier der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG um 5,5 teilstationäre Tage höher als in der KG. Es scheint sich also hier eine Umwandlung von vollstationärer in teilstationärer Behandlung vollzogen 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. Auch hier gab es einen höheren Peak in der IG im Vergleich zur KG (+21,8 %-Punkte). Dies bedeutet, dass klinikneue Patienten in der IG insgesamt häufiger stationär aufgenommen wurden, jedoch weniger Tage vollstationär und mehr Tage teilstationär insgesamt verblieben.

Bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich 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 klinikbekannten Patienten keinen deutlichen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Mutmaßlich weist jedoch das im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage (-3,3 vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zur KG) darauf hin, dass der Vor-Vertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere vollstationäre Behandlungsdauer wirkte. Dieser Unterschied ist jedoch im ersten und zweiten patientenindividuellen Jahr nicht ersichtlich (-0,9 und +0,3 vollstationäre Tage), wird aber im dritten patientenindividuellen Jahr erneut erkennbar (-3,2 vollstationäre Tage).

Sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau bei etwa 4-5 vollstationären Behandlungstagen bei den klinikneuen und 9-11 vollstationären Behandlungstagen bei den klinikbekannten Patienten erkennbar. Dies könnte darauf schließen lassen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt und legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine signifikant stärkere Zunahme der Tage in der IG im

Vergleich zur KG. Vergleicht man damit jedoch die Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe Anhang Kapitel 14.1 und 14.2), ist bei den klinikneuen Patienten eine signifikant weniger starke Zunahme an Tagen in vollstationärer Behandlung vom patientenindividuellen Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich. Dies könnte darauf hinweisen, dass strukturelle Veränderungen auch in der Regelversorgung wirksam sind, welche sich auch in der KG in einer Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit zeigen und die signifikant geringere Zunahme an vollstationären Tagen im ersten Modelljahr im dritten Modelljahr verschwinden lässt. Die stärkere Zunahme an teilstationären Tagen ist jedoch sowohl im ersten als auch im dritten Modelljahr ersichtlich. Ebenfalls nicht auszuschließen sind Effekte von Selektivverträgen auf die IG und KG, deren Auswirkungen mit den vorhandenen Sekundärdaten der Krankenkassen nicht abbildbar sind.

Bezüglich dem zweiten primären Outcome Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten war bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster dem der vollstationären und teilstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten zu verzeichnen, d.h. es gab einen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer bzw. teilstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG um ca. 16 AU-Tage größer im Vergleich zur KG. Dies lässt sich teilweise erklären, da auch die teilstationäre Behandlungsdauer in der IG größer als in der KG war. Vergleicht man den Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr zwischen voll- und teilstationär und IG und KG ergibt sich hier, dass in der IG insgesamt 1,4 stationäre Tage im Vergleich zur KG vorlagen (5,5 mehr teilstationäre Tage abzüglich 4,1 weniger vollstationäre Tage). Diese 1,4 Tage, die (teilstationär) mehr in der IG vorlagen, wirken teilweise auch auf die AU-Tage. Der weitere Unterschied bei den AU-Tagen lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht auflösen. Bei den klinikbekannten Patienten waren keine relevanten Unterschiede zwischen IG und KG im Verlauf festzustellen.

Ergänzend dazu muss der Unterschied der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr betrachtet werden. Hier wies die IG eine signifikant geringere Zunahme von AU-Zeiten im Vergleich zur KG auf. Das DiD (additiv) betrug -2,09 (siehe Kapitel 14.3). Vergleicht man dazu jedoch das DiD klinikneuer Patienten im ersten Modelljahr (DiD (additiv) = 23,12 (siehe Kapitel 14.3)) ist ersichtlich, dass sich vom 1. zum 3. Modelljahr Veränderungen in der Klinik bzw. dem Outcome AU ergeben haben. Das Modellvorhaben scheint sich also in den drei Jahren der Beobachtungszeit zu einem Modell mit weniger AU-Tagen entwickelt zu haben und somit in eine hypothesenkonforme Richtung. Dieser Trend war bei den vollstationären Tagen entgegengesetzter Richtung (DiD (additiv, 1. Modelljahr) = -4,62; DiD (additiv, 3. Modelljahr) = 0,66). Hier scheint sich eher ein Trend entgegen der aufgestellten Hypothese zu entwickeln. Das vierte Nachbeobachtungsjahr im Abschlussbericht wird weiteren Aufschluss hier bieten können.

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.

Es lässt sich feststellen, dass insgesamt kein relevanter Unterschied im Trend bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte, trotz Unterschiede in der stationären Behandlungsdauer, bei den klinikneuen Patienten festzustellen ist. Eine mögliche Erklärung könnte hier, wie bereits oben beschrieben, in den Unterschieden hinsichtlich der Dauer teilstationärer Klinikaufenthalte liegen. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in der PIA in jedem Jahr etwas mehr Kontakte in der PIA im Vergleich zur KG. Dies ist kongruent mit der aufgestellten Hypothese, dass die IG eine höhere Inanspruchnahme in der PIA aufweist. Vergleicht man jedoch nur die patientenindividuellen ersten Jahre für das 1. und das 3. Modelljahr (siehe Kapitel 14.3) ergeben sich für die PIA-Inanspruchnahme jeweils statistisch signifikant geringere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zu KG (DiD (additiv, 1. Modelljahr, klinikneu) = -0,87; DiD (additiv, 1. Modelljahr, klinikbekannt) = -1,50; DiD (additiv, 3. Modelljahr) = -0,88). Dies weist darauf hin, dass in dieser Modellklinik die Patienten, die weniger vollstationär verbringen, weniger über die PIA, sondern eher über den teilstationären Bereich (siehe oben) aufgefangen werden. Signifikant verschieden waren zudem die Inanspruchnahme bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, wobei diese im ersten Modelljahr höher in der IG und im 3. Modelljahr niedriger in der IG im Vergleich zu KG war (DiD (additiv, 1. Modelljahr, klinikneu) = 0,90; DiD (additiv, 1. Modelljahr, klinikbekannt) = 1,00; DiD (additiv, 3. Modelljahr) = -0,82). Ein eindeutiger Trend ist hier nicht zu erkennen.

Über die Gründe der geringeren Inanspruchnahme in der PIA 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. Ein anderes Szenario wäre, dass die Vernetzung mit niedergelassenen Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten sehr eng war und die niedrigere Behandlungsdauer mit höherer Inanspruchnahme im niedergelassenen Bereich kompensiert werden konnte. Dies wäre jedoch in den Daten im 3. Modelljahr nicht mehr ersichtlich. 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.

Obwohl der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme zwischen Patienten der IG und der KG vergleichbar war, war jeweils die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung in der IG statistisch signifikant höher als in der KG. Dies trifft sowohl für klinikneue und klinikbekannte Patienten im 1. Modelljahr als auch für Patienten im 3. Modelljahr im ersten patientenindividuellen Jahr zu (Relatives Risiko (RR) (additiv, 1. Modelljahr, klinikneu) = 0,95; RR (additiv, 1. Modelljahr, klinikbekannt) = 1,27; RR (additiv, 3. Modelljahr) = -1,10). Dies lässt die Aussage zu, dass das Modellvorhaben hier voraussichtlich zu einer längeren Zeit bis zu einer Wiederaufnahme in ein stationäres Setting geführt hat. Dies ist hypothesenkonform und wird im Abschlussbericht überprüft.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von

vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität, ersichtlich ist.

Einschränkend ist anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad, die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery waren mit den verfügbaren Daten nicht 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 den *linikneuen* Patienten der Kohorte 1 waren die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der IG im Vergleich zur KG im ersten Modelljahr um 2.635,40 € höher, während sich im Prä-Zeitraum und im zweiten und dritten Modelljahr keine signifikanten Kostenunterschiede ergaben. Die durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten, welche einen relativ großen Anteil an den gesamten psychiatrischen Versorgungskosten haben, können diesen Kostenunterschied nicht erklären, da hier im ersten Modelljahr kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG besteht. Vielmehr scheinen die Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung die Kostendifferenz erklären zu können. Hier war die IG im ersten Modelljahr um 1848,07 € signifikant teurer als die KG, was wiederum auf unterschiedlich hohe Fallzahlen zurückzuführen ist: Während in der IG 122 (von 409) Patienten teilstationäre psychiatrische Kosten auslösten, waren es in der KG nur 52 (von 410) Patienten.

Bei den *linikbekannten* Patienten der Kohorte 1 waren in der IG die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten im ersten Modelljahr um 1.494,61 € höher als in der KG, während sich im Prä-Zeitraum und im zweiten und dritten Modelljahr keine signifikanten Kostenunterschiede ergaben. Hier ist der Kostenunterschied im ersten Modelljahr auf die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung zurückzuführen: Die IG war um 1.208,83 € teurer als die KG. Hierbei ist festzuhalten, dass in etwa gleich viele Patienten einen vollstationären Aufenthalt aufwiesen (IG: 156; KG: 157) und auch die Kosten des 75 %-Perzentils (IG: 5.177,47 €; KG: 5.419,92 €) etwa gleich groß sind. Dies lässt vermuten, dass in der IG im Vergleich zur KG mehr Hochkostenfälle anfielen (Kostenmaximum: IG: 88.668,32 €; KG: 51.472,74 €).

Bei den Patienten mit *Referenzfall im dritten Modelljahr* verzeichnete die IG im Vergleich zur KG einen um 658,23 € günstigeren Anstieg der durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten, wobei diese Differenz nicht signifikant war. Nennenswert war hier der um 526,13 € signifikant größere Anstieg der IG im Vergleich zur KG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten. Diese höheren Kosten der IG sind auf die größere Anzahl an Patienten mit teilstationärem psychiatrischem Aufenthalt zurückzuführen (IG: 115; KG: 70).

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. Eine Umwandlung von voll –zu teilstationärer Behandlung ist ersichtlich.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Zahl verschiedener 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. 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 im Jahr 2014 um das 1,5-fache und im Jahr 2015 um das 1,2-fache über dem der Kontrollkliniken. Es ist also 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.

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 be-

trachteten 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)	421	421	421	421
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) 	8,8 %	56,5 %	7,4 %	34,2 %
	1,0 %	4,3 %	2,1 %	3,3 %
	17,1 %	15,7 %	13,8 %	14,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	3,7	18,5	2,2	21,7
	0,1	9,7	0,4	4,1
	3,7	28,2	2,7	25,9
	0,1	1,2	0,5	0,8
	0,1	0,6	0,5	0,8
	2,3	2,7	1,7	2,7

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

⁴ Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	385	385	385	385
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) 	39,5 %	35,8 %	43,6 %	31,9 %
	6,0 %	4,7 %	4,7 %	2,9 %
	21,3 %	20,8 %	20,3 %	16,9 %
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) 	13,7	14,9	17,4	15,4
	2,9	1,8	3,8	1,6
	16,6	16,8	21,2	17,0
	1,9	1,2	0,9	0,7
	1,1	1,2	0,9	0,6
	2,5	2,5	1,7	1,7

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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)	421	421	421	421
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	410	409	404	403
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,0	0,1	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,4	3,1	2,1	2,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,7	14,0	11,3	13,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,4	1,1	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,3	4,9	5,8	8,2

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)	385	385	385	385
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	377	377	374	374
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	8,5	9,7	5,6	8,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,9	2,7	2,1	1,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,6	14,4	14,7	16,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,2	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,2	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,8	0,9	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,6	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,7	7,4	12,2	6,6

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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	47	488	33	414
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,6 %	10,9 %	9,1 %	5,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,3 %	2,7 %	18,2 %	6,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,4 %	42,8 %	60,6 %	48,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	4,3 %	13,5 %	9,1 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	2,3 %	3,0 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,1 %	1,4 %	6,1 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,1 %	15,2 %	27,3 %	13,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	21,3 %	41,4 %	27,3 %	40,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	38	247	30	198
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,2 %	12,6 %	10,0 %	8,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,3 %	3,2 %	16,7 %	10,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,6 %	40,5 %	56,7 %	50,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	2,6 %	18,2 %	10,0 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,3 %	3,6 %	3,3 %	3,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	2,4 %	3,3 %	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,7 %	18,2 %	26,7 %	20,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	21,1 %	37,2 %	30,0 %	35,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	22	103	14	90
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,7 %	14,6 %	7,1 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,5 %	4,9 %	21,4 %	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,9 %	44,7 %	42,9 %	45,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	19,4 %	14,3 %	14,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	3,9 %	0,0 %	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,8 %	0,0 %	1,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,8 %	21,4 %	21,4 %	27,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	27,3 %	31,1 %	42,9 %	34,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
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	34	442	28	372
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,5 %	20,1 %	7,1 %	8,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,8 %	7,5 %	32,1 %	12,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,4 %	69,7 %	82,1 %	72,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,5 %	27,4 %	28,6 %	27,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,8 %	6,8 %	3,6 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	3,2 %	7,1 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,2 %	28,7 %	39,3 %	23,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,9 %	18,6 %	0,0 %	16,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	28	219	25	172
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,6 %	25,1 %	8,0 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,7 %	9,1 %	32,0 %	18,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,6 %	72,6 %	80,0 %	74,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	32,4 %	32,0 %	29,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,3 %	10,5 %	4,0 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	3,7 %	4,0 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	35,6 %	40,0 %	36,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,1 %	12,3 %	0,0 %	11,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	14	89	12	80
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	42,9 %	23,6 %	8,3 %	13,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,1 %	18,0 %	41,7 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,3 %	71,9 %	58,3 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,3 %	32,6 %	41,7 %	28,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,3 %	7,9 %	0,0 %	10,0 %

• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	6,7 %	0,0 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,3 %	38,2 %	41,7 %	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	10,1 %	0,0 %	8,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	21	396	19	331
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,0 %	25,0 %	15,8 %	10,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,0 %	11,9 %	21,1 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	95,2 %	84,3 %	84,2 %	82,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,6 %	49,7 %	63,2 %	47,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	23,8 %	12,6 %	21,1 %	7,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,5 %	6,3 %	10,5 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,6 %	38,6 %	47,4 %	33,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	8,1 %	0,0 %	9,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	17	190	16	148
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,5 %	33,2 %	12,5 %	18,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,5 %	14,7 %	18,8 %	30,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	94,1 %	88,9 %	81,3 %	88,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	41,2 %	60,0 %	75,0 %	50,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	29,4 %	21,1 %	25,0 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,8 %	8,4 %	6,3 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,8 %	51,6 %	50,0 %	48,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,1 %	0,0 %	2,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	77	10	66
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,5 %	33,8 %	10,0 %	19,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	26,0 %	30,0 %	34,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	89,6 %	70,0 %	87,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,5 %	61,0 %	70,0 %	43,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	13,0 %	20,0 %	15,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	6,5 %	10,0 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,0 %	58,4 %	50,0 %	57,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,6 %	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

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	282	362	305	362
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,8 %	14,4 %	15,4 %	12,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,8 %	5,0 %	3,6 %	5,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,5 %	38,1 %	41,3 %	37,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,5 %	10,8 %	8,9 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	2,2 %	0,0 %	0,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,1 %	2,5 %	4,6 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,0 %	21,0 %	19,0 %	17,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	46,1 %	43,6 %	49,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	203	254	235	239
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,2 %	16,1 %	19,1 %	15,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,0 %	6,7 %	4,7 %	7,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,0 %	39,0 %	46,0 %	41,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,9 %	13,0 %	10,2 %	10,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	2,8 %	0,0 %	1,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	3,5 %	5,5 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,1 %	24,8 %	23,8 %	23,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	47,8 %	42,1 %	35,3 %	41,4 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	122	154	153	140
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	24,6 %	21,4 %	18,3 %	18,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,5 %	9,1 %	5,9 %	6,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,7 %	35,7 %	42,5 %	44,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,7 %	13,0 %	9,8 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	1,9 %	0,0 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	4,5 %	5,9 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,5 %	31,8 %	24,2 %	25,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,0 %	42,9 %	38,6 %	39,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	208	283	230	281
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,0 %	22,6 %	32,2 %	21,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,8 %	14,1 %	9,6 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,3 %	64,3 %	61,7 %	60,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	26,9 %	24,8 %	22,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	5,3 %	0,0 %	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,2 %	5,7 %	9,1 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,2 %	38,2 %	40,4 %	31,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,3 %	23,0 %	19,6 %	22,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	155	195	175	188
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	43,2 %	25,6 %	40,6 %	27,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,5 %	20,0 %	12,0 %	13,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,0 %	68,2 %	68,6 %	66,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,1 %	30,3 %	25,7 %	25,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,8 %	7,2 %	0,0 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,8 %	6,2 %	9,1 %	6,9 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,3 %	47,7 %	50,9 %	40,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,5 %	16,9 %	10,9 %	13,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	92	106	112	117
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	48,9 %	33,0 %	39,3 %	31,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,5 %	28,3 %	15,2 %	13,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,7 %	67,9 %	66,1 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,4 %	25,5 %	27,7 %	23,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	4,7 %	0,0 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	7,5 %	9,8 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,7 %	60,4 %	52,7 %	45,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,7 %	15,1 %	11,6 %	13,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	143	212	159	204
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	56,6 %	28,8 %	41,5 %	27,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,8 %	19,8 %	12,6 %	18,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,6 %	85,4 %	78,6 %	77,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	41,3 %	50,9 %	44,7 %	48,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,3 %	10,4 %	0,6 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	9,9 %	11,9 %	10,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,0 %	48,1 %	51,6 %	42,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	6,6 %	8,2 %	7,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	108	157	126	140
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	62,0 %	32,5 %	49,2 %	35,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,0 %	24,8 %	15,1 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,0 %	87,3 %	82,5 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	46,3 %	52,9 %	46,0 %	50,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,5 %	13,4 %	0,8 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	12,1 %	12,7 %	8,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,1 %	56,7 %	61,1 %	52,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,9 %	4,5 %	4,0 %	2,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	65	84	79	84
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	67,7 %	40,5 %	48,1 %	41,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,3 %	33,3 %	20,3 %	20,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,2 %	86,9 %	82,3 %	79,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,2 %	51,2 %	41,8 %	52,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,6 %	10,7 %	1,3 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	14,3 %	15,2 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,0 %	69,0 %	63,3 %	59,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	6,0 %	3,8 %	3,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	387	387	392	392	387	387	392	392
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	57	272	45	215	57	272	45	215
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	25	109	17	85	25	109	17	85
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	11	38	<10	31	11	38	<10	31
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	30	121	24	91	30	121	24	91
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	15	54	10	33	15	54	10	33
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	20	<10	11	<10	20	<10	11

* 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) 								
	12,3 %	20,6 %	20,0 %	22,3 %	10,5 %	22,8 %	13,3 %	24,2 %
	6,7 %	19,0 %	20,8 %	18,7 %	6,7 %	18,2 %	8,3 %	20,9 %
	16,0 %	11,0 %	11,8 %	20,0 %	8,0 %	3,7 %	0,0 %	11,8 %
	13,3 %	3,7 %	10,0 %	21,2 %	6,7 %	1,9 %	0,0 %	12,1 %
	0,0 %	18,4 %	0,0 %	6,5 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	3,2 %
	0,0 %	15,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	355,9	927,4	290,3	853,3	405,3	958,1	369,5	867,2
	424,0	880,0	250,0	840,1	424,0	954,0	393,5	872,4

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	230,1	451,7	148,3	432,8	312,3	547,9	0,0	502,4
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	221,5	191,0	133,0	470,3	325,0	482,0	0,0	475,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	285,0	0,0	299,2	0,0	318,3	0,0	231,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	286,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	347	347	363	363	347	347	363	363
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	286	266	297	242	286	266	297	242
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	138	131	138	122	138	131	138	122
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	49	51	55	52	49	51	55	52
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	173	159	198	154	173	159	198	154
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	87	84	98	79	87	84	98	79
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	32	33	40	34	32	33	40	34

* 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) 								
	18,9 %	14,7 %	19,2 %	13,2 %	14,7 %	13,5 %	16,2 %	15,7 %
	17,3 %	11,3 %	21,2 %	11,7 %	12,1 %	8,2 %	16,2 %	12,3 %
	8,7 %	6,9 %	10,1 %	11,5 %	3,6 %	4,6 %	2,2 %	4,9 %
	5,7 %	4,8 %	8,2 %	11,4 %	3,4 %	2,4 %	3,1 %	3,8 %
	4,1 %	17,6 %	10,9 %	15,4 %	0,0 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %
	6,3 %	6,1 %	7,5 %	5,9 %	0,0 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %
	352,5	650,1	299,4	628,5	438,5	778,4	364,0	635,8
	309,6	564,7	315,8	544,0	409,7	773,8	398,6	578,6

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	213,3	291,9	179,0	299,4	279,3	322,1	280,8	425,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	250,4	281,0	186,2	253,2	323,2	297,0	280,8	397,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	200,3	269,3	185,6	215,9	0,0	331,9	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	200,3	314,3	204,9	190,1	0,0	314,3	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 EBM: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	421	421	421	421
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	410	409	404	403
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,5%	1,4%	0,7%	2,1%
• Vier (B)	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,5%

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)	385	385	385	385
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	377	377	374	374
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	2,1%	2,3%	1,6%	2,1%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,5%	0,5%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%

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

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)	232	232	245	245
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	113	217	109	196
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,3	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	22,5	93,9	27,2	75,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,2%	14,7%	22,9%	10,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,8	1,0	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	1,0	0,1	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	179	179	201	201
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	101	104	108	113
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,0	2,4	2,1	2,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	47,3	39,0	46,3	42,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,1%	5,0%	11,9%	2,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	11	<10	10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	2,0	1,6	1,3	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,9	1,0	1,1	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	353	297
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	32,6% 84,3	34,3% 85,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	167	134
<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) 	19,8% 89,7	18,5% 85,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	70	59
<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) 	9,9% 88,1	7,4% 100,3

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	184	179
<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) 	60,9% 105,0	58,7% 83,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	143	128
<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) 	46,2% 103,7	41,3% 79,9
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	81	82
<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) 	30,4% 110,7	27,9% 71,5

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

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

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	421	421
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,6 3 2 - 5	3,4 3 2 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,3 2 1 - 3	2,1 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) 	1,2 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	385	385
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,5 3 2 - 5	3,3 3 2 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,7 2 1 - 4	2,5 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	0,7 0 0 - 1	0,8 0 0 - 1

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	421	421
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	4,0 %	3,1 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	385	385
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	4,7 %	2,3 %

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	404	408
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	122 157 251	91 204 268
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	9,0 % 10,2 % 22,7 %	12,1 % 4,4 % 20,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	367	376
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	56 88 177	55 122 172
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) 	7,1 % 2,3 % 8,5 %	7,3 % 2,5 % 6,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p style="text-align: center;">54</p> <p style="text-align: center;">3,7 %</p>	<p style="text-align: center;">85</p> <p style="text-align: center;">1,2 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p style="text-align: center;">111</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;">96</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

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;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;">65</p> <p style="text-align: center;">9,2 %</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;"><10</p> <p style="text-align: center;">37,5 %</p>	<p style="text-align: center;">14</p> <p style="text-align: center;">50,0 %</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;">34</p> <p style="text-align: center;">23,5 %</p>	<p style="text-align: center;">34</p> <p style="text-align: center;">26,5 %</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 	153 56,9 %	219 52,1 %
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 	215 14,4 %	152 10,5 %

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

² ACT Code: N06A

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	153 92,8 %	149 92,6 %
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 	75 89,3 %	49 98,0 %
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 	16 31,3 %	<10 22,2 %

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:

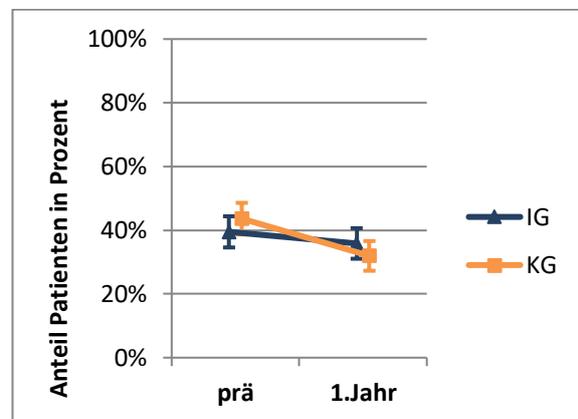
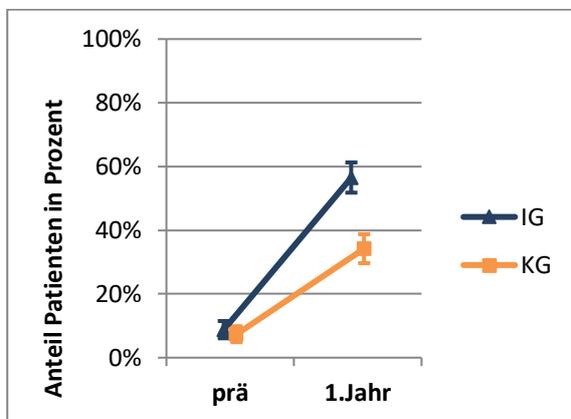
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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)

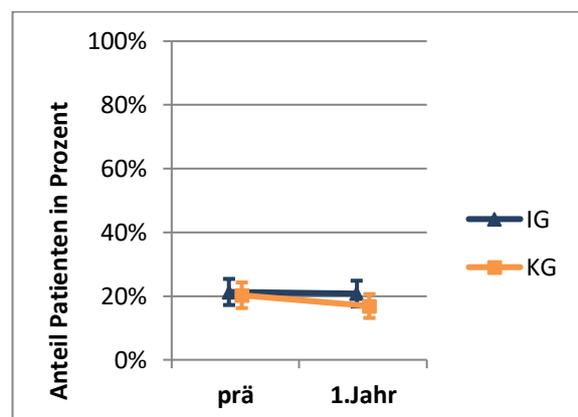
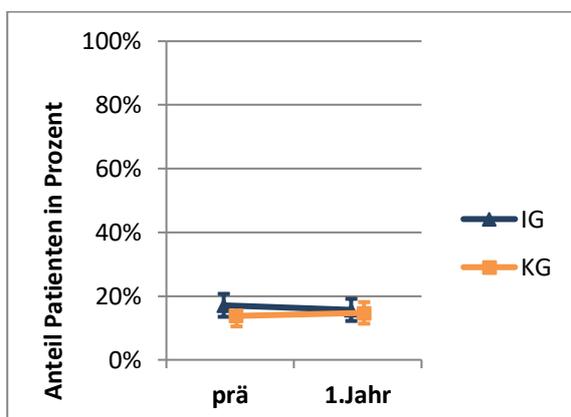


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

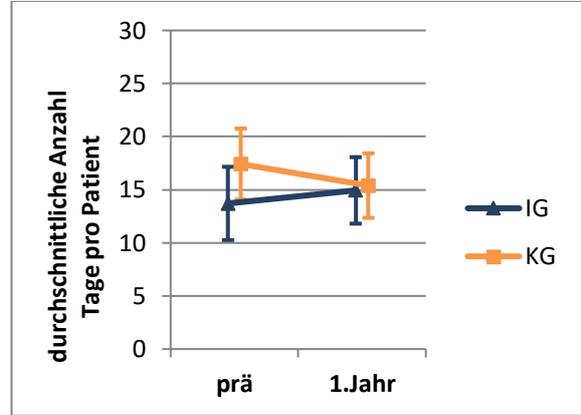
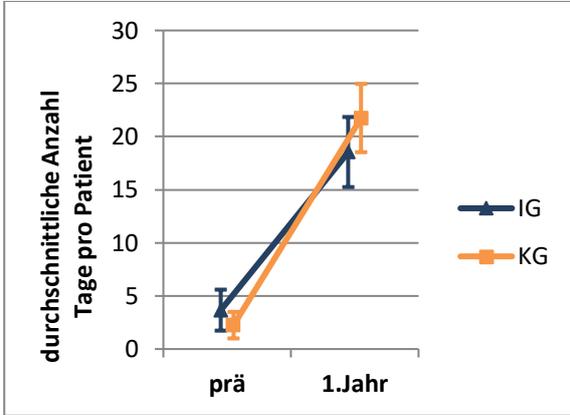


Klinikneue Patienten

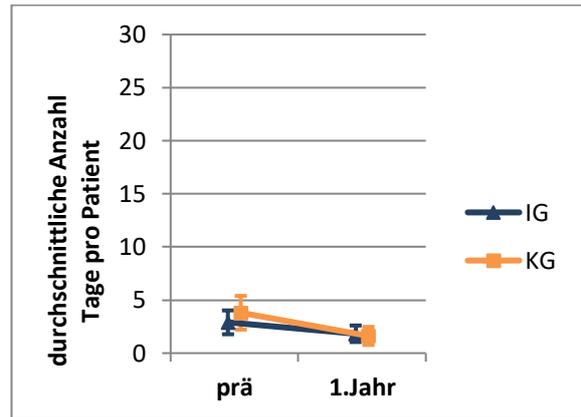
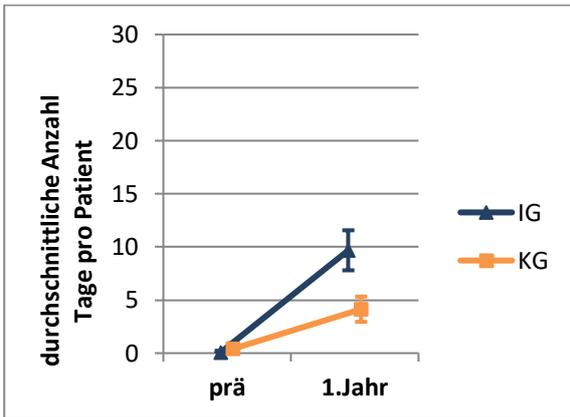
Klinikbekannte Patienten

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

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



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



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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

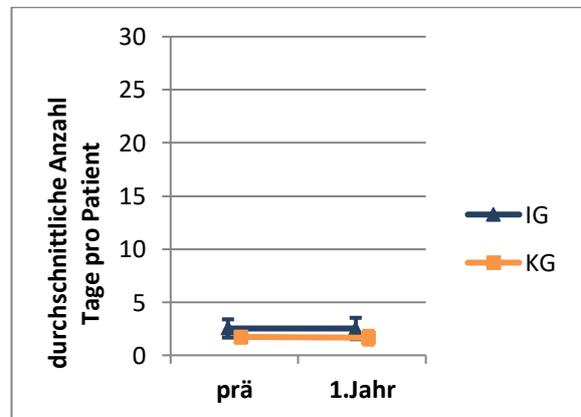
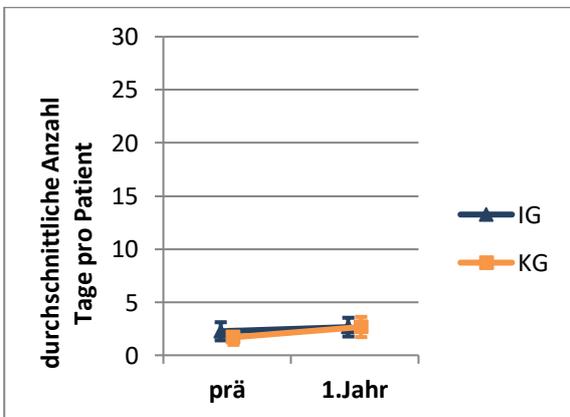


Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

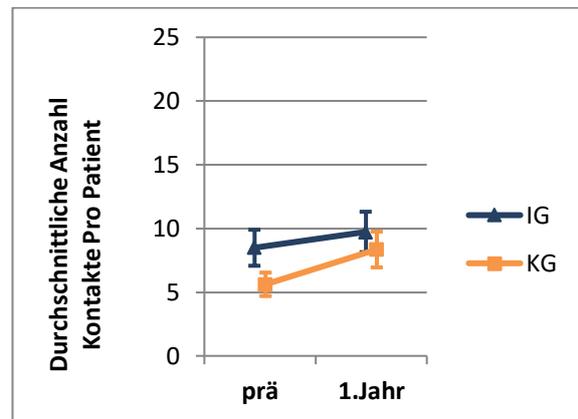
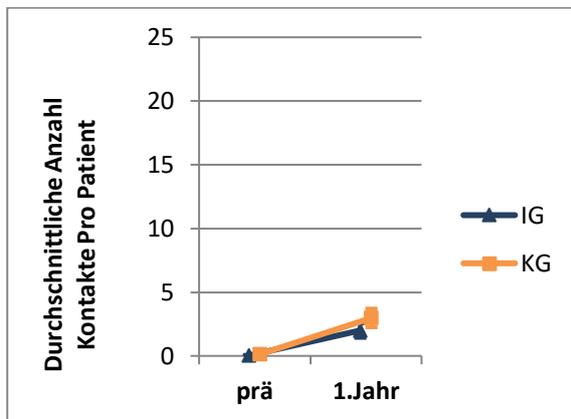
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

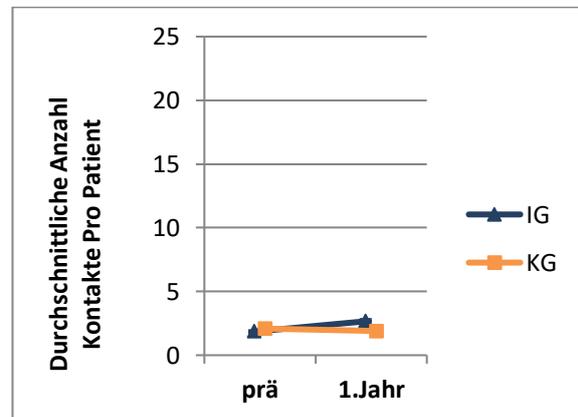
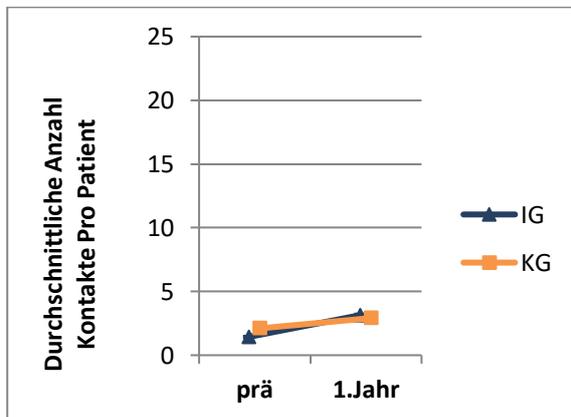
Klinikbekannte Patienten

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

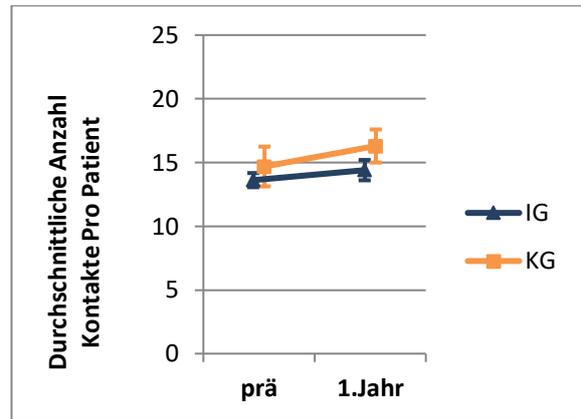
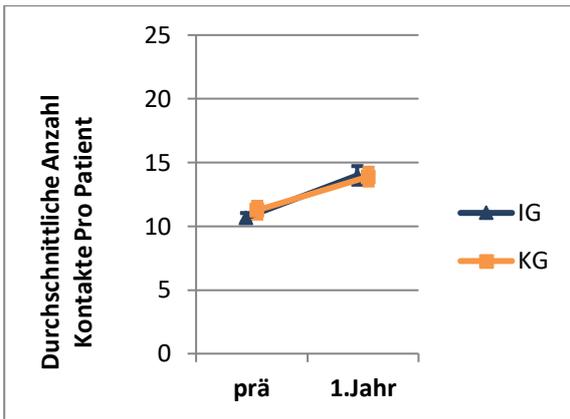
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

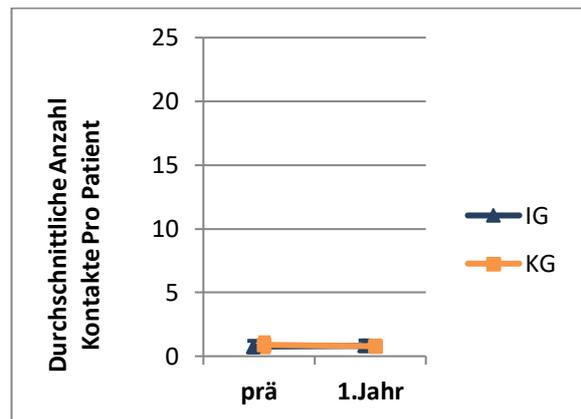
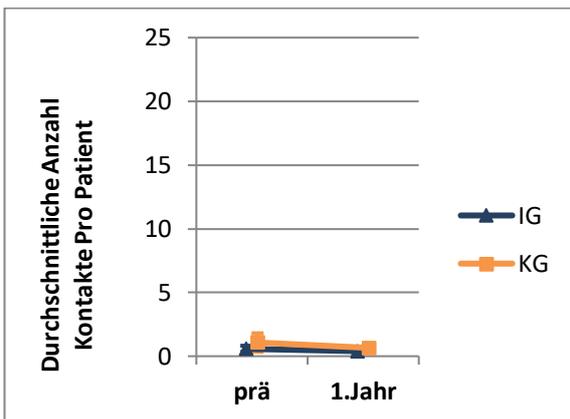
Fallzahl zu klein

- 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)**

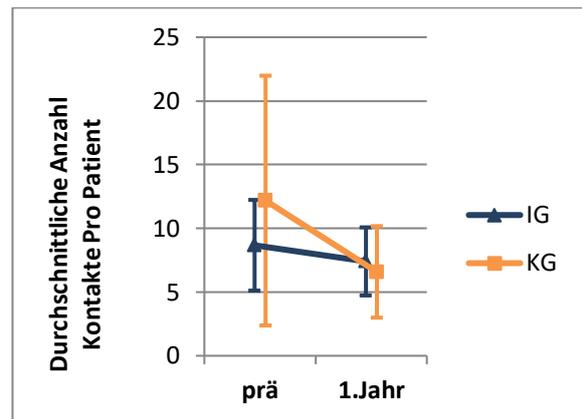
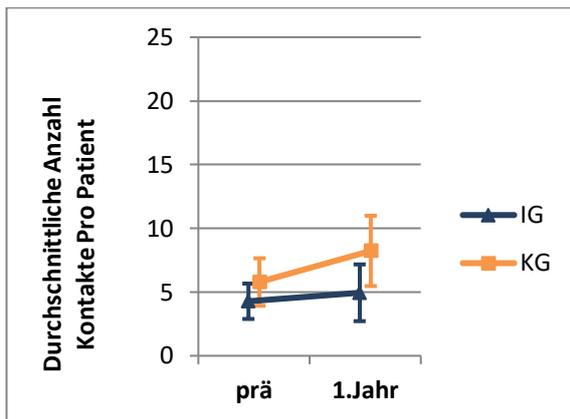


Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

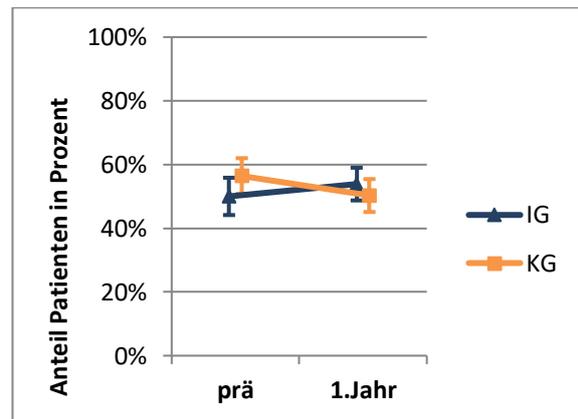
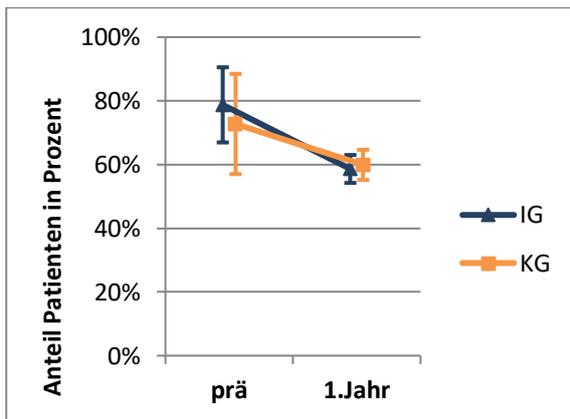
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

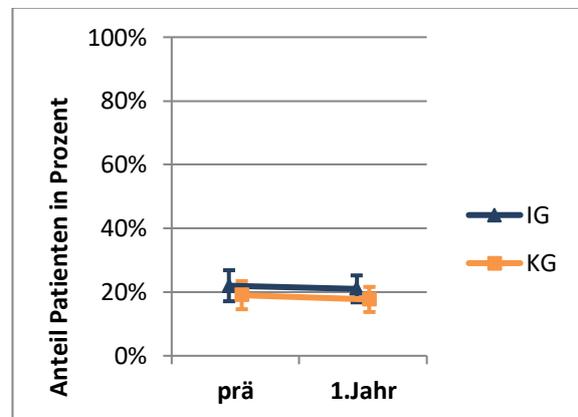
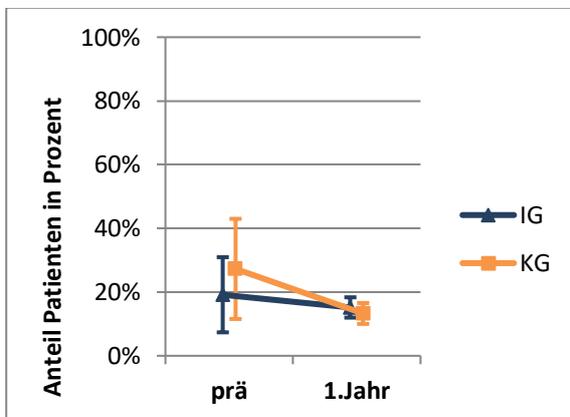
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

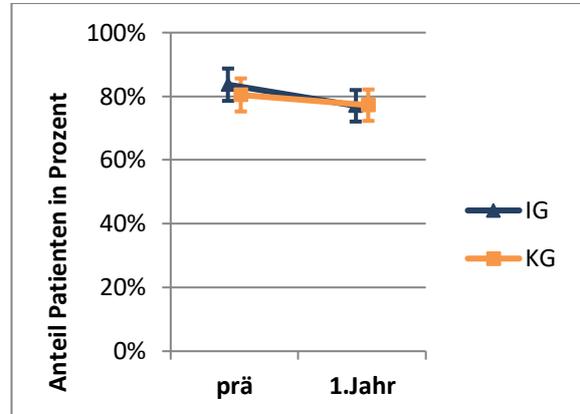
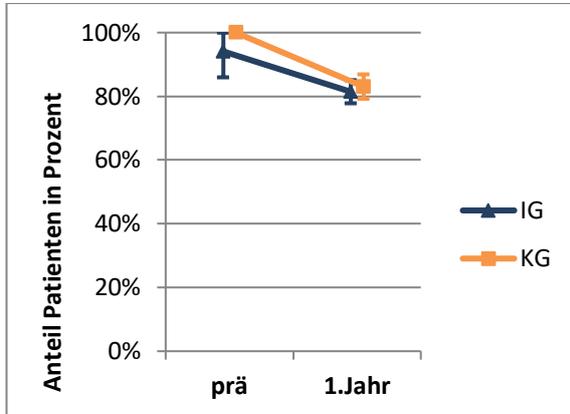


Klinikneue Patienten

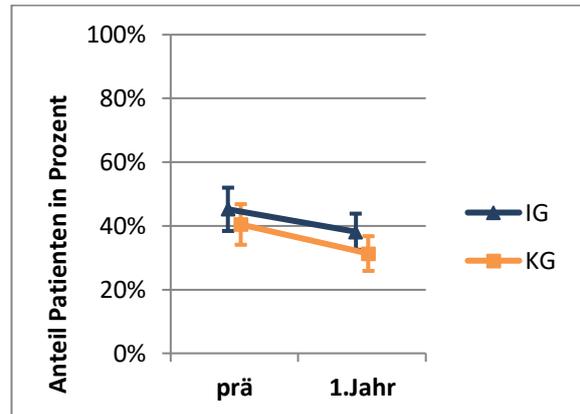
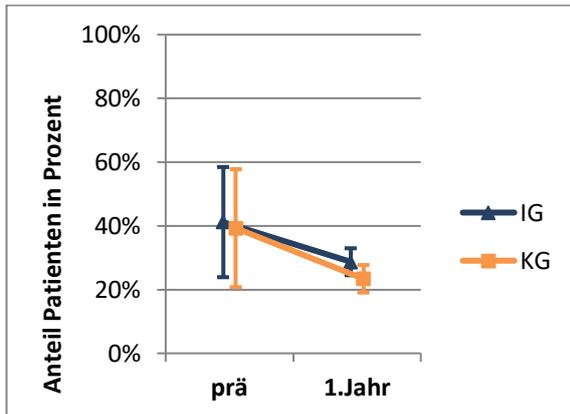
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

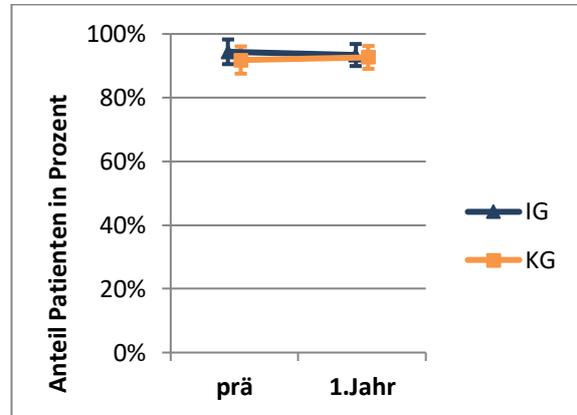
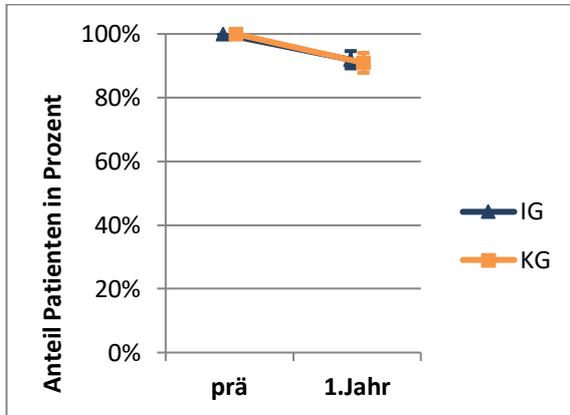


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

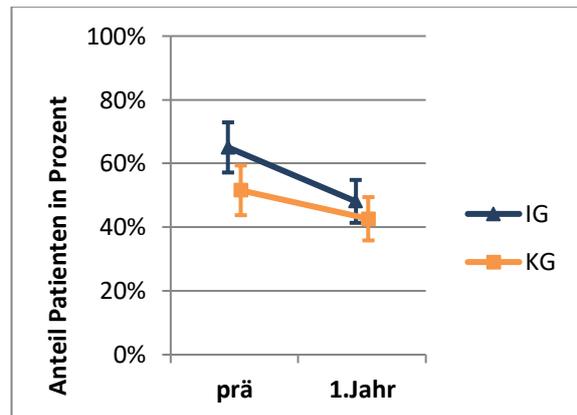
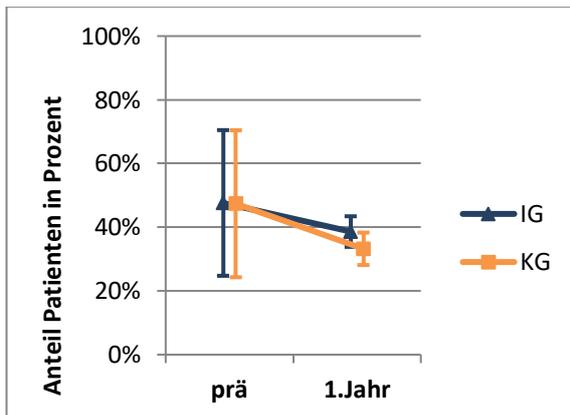


Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

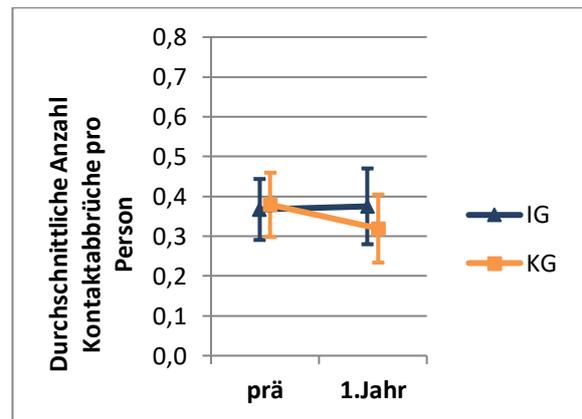
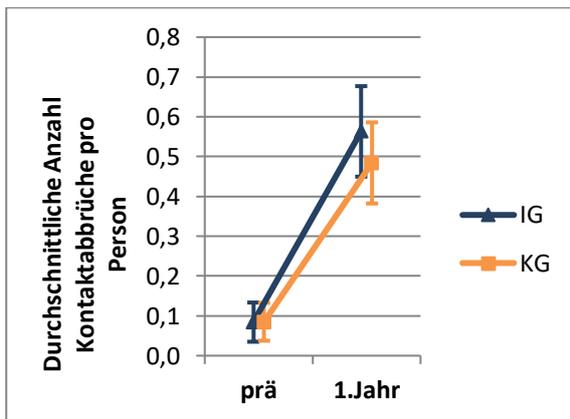
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

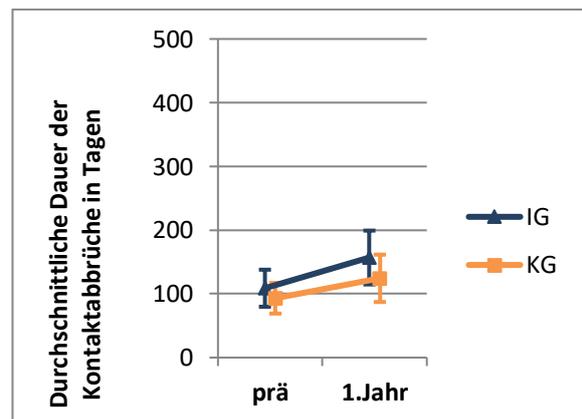
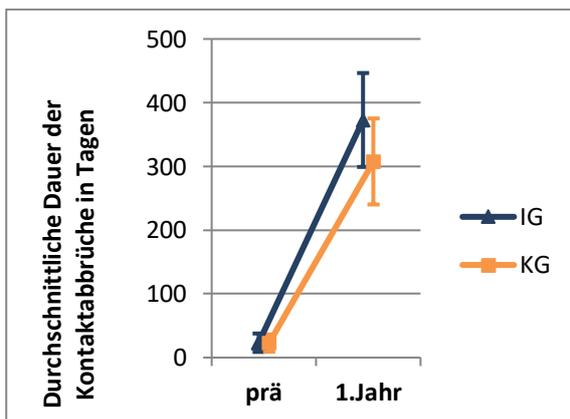


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

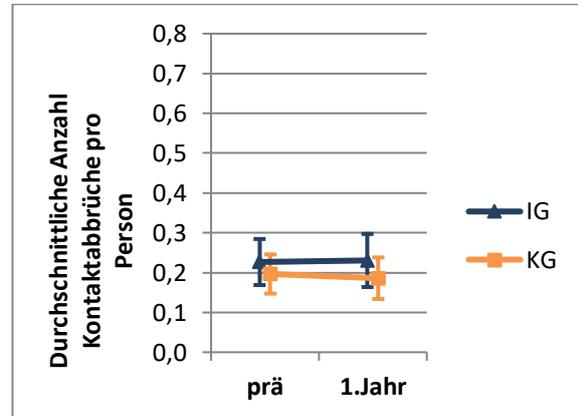
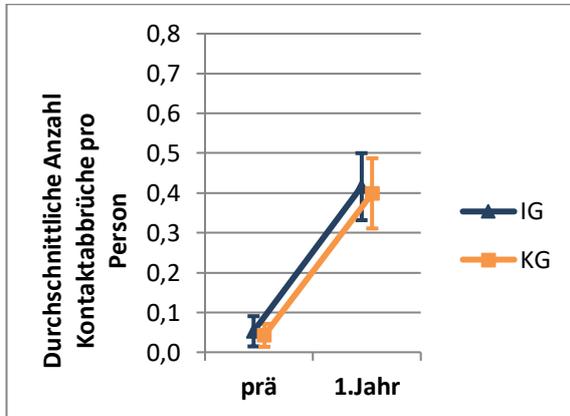


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

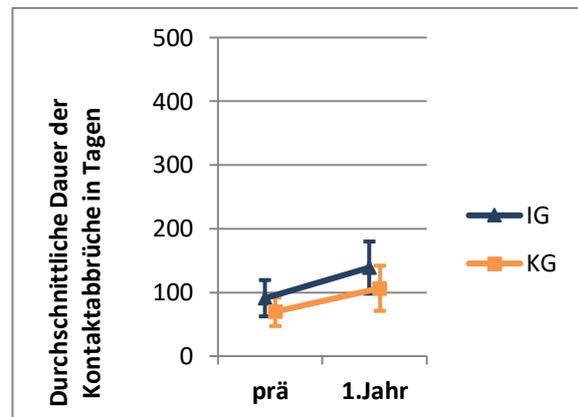
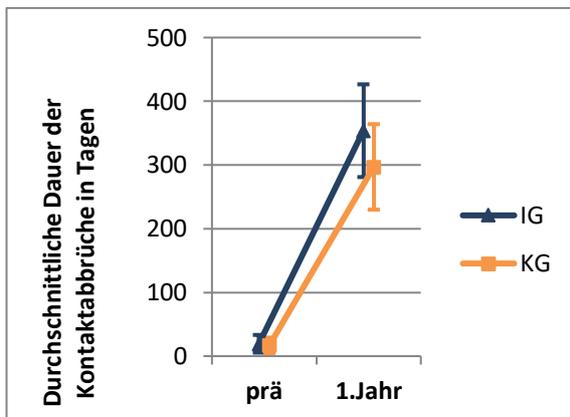


Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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:

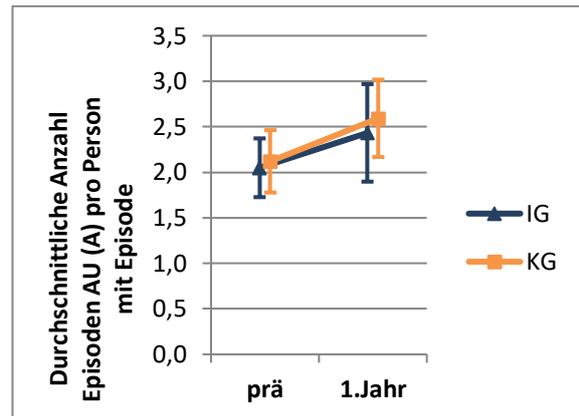
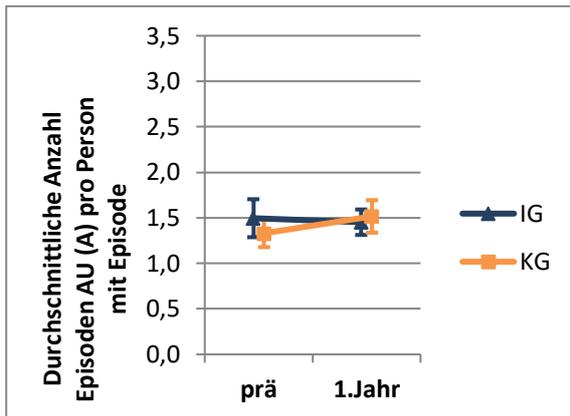
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

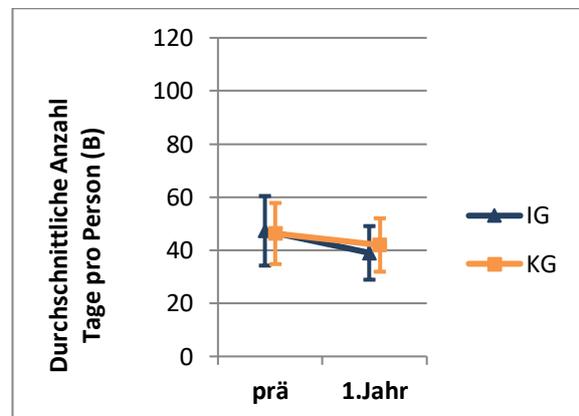
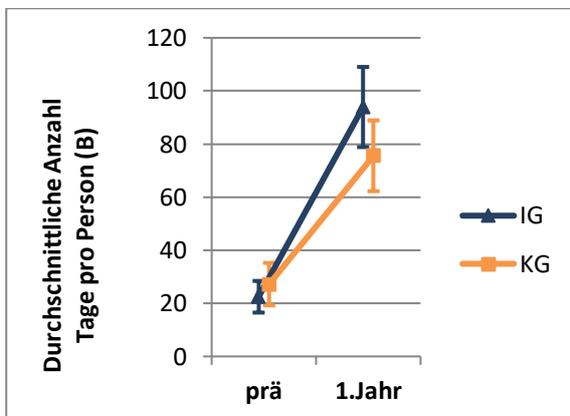
Klinikbekannte Patienten

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:

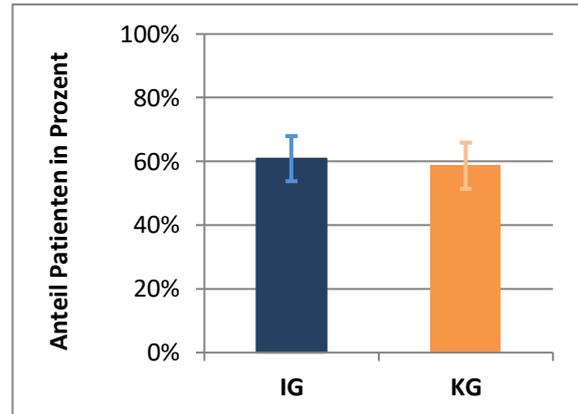
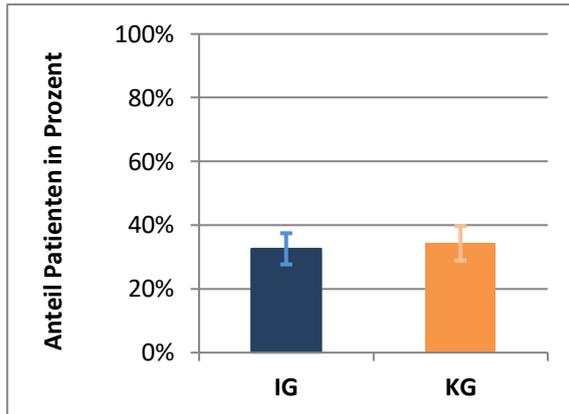
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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)

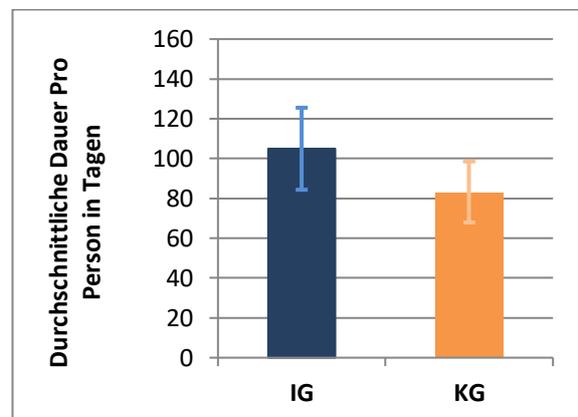
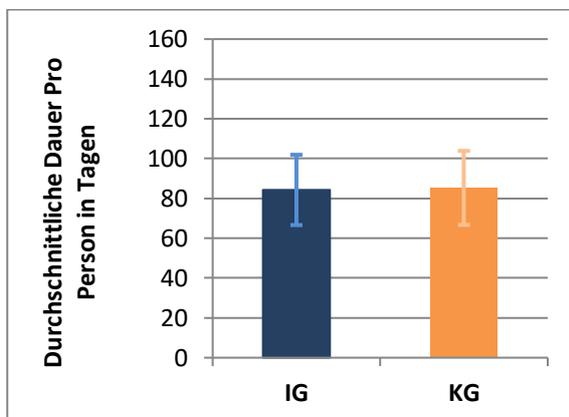


Abbildung 58: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

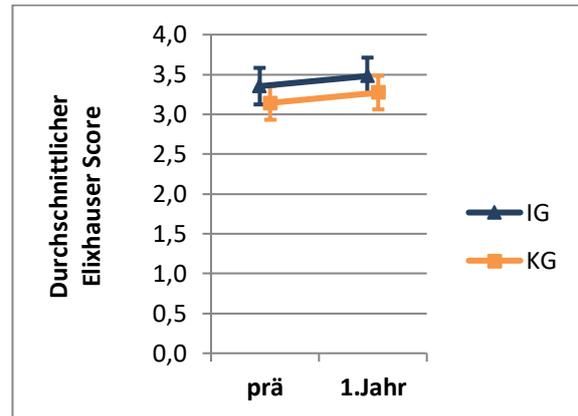
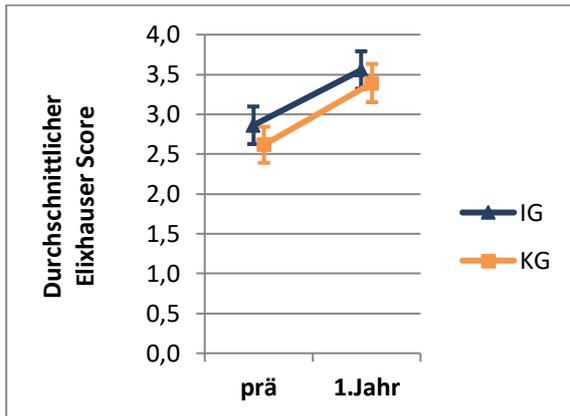


Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

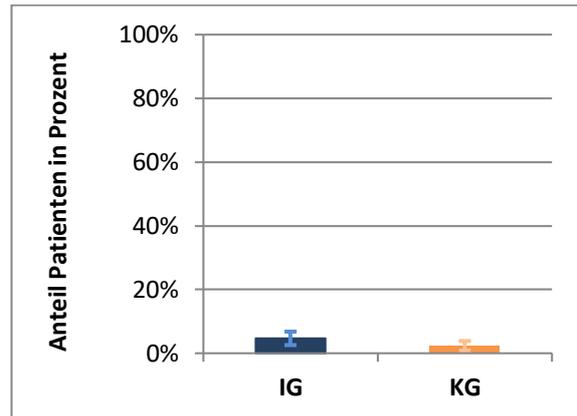
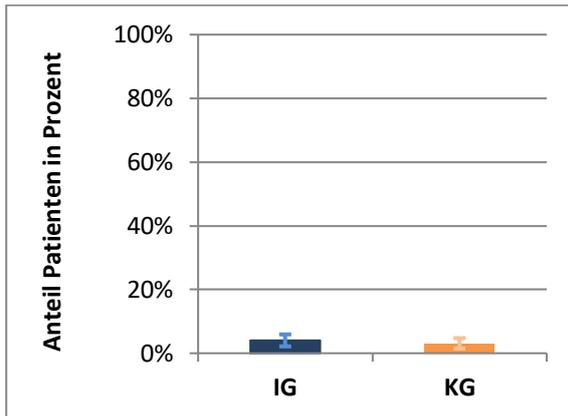


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

Fallzahl zu klein

Klinikbekannte Patienten

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

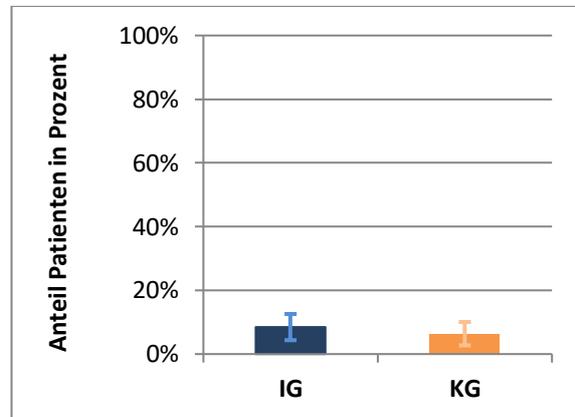


Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Fallzahl zu klein

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.

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 stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-4,62*** -5,26...-3,97	kf	-0,58*** -0,87...-0,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,52*** 0,48...0,57	kf	0,75*** 0,66...0,85
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,19* 1,18-4,04	kf	0,79 0,41-1,51	0,52*** 0,48-0,57	kf	0,78*** 0,69-0,89
Gruppe	1,36 0,80-2,30	kf	1,35 0,82-2,25	1,76*** 1,31-2,37	kf	1,13 0,59-2,13
Zeit	8,54*** 5,32-13,70	kf	1,09 0,68-1,73	9,64*** 9,02-10,31	kf	1,53*** 1,39-1,68
Indexgruppe 6 (F10)	1,23 0,84-1,79	kf	1,33 0,78-2,28	0,96 0,65-1,41	kf	0,77 0,31-1,87
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,72-1,40	kf	0,63 0,38-1,05	1,05 0,73-1,51	kf	0,32** 0,14-0,73
Indexgruppe 9 (F43)	0,54** 0,36-0,80	kf	0,94 0,53-1,69	0,58* 0,39-0,88	kf	0,76 0,30-1,91
Psy A ¹	2,81*** 1,99-3,98	kf	1,20 0,72-1,99	2,22*** 1,55-3,20	kf	1,16 0,52-2,62
Psy B ²	0,70 0,48-1,04	kf	1,01 0,56-1,82	1,09 0,71-1,68	kf	0,99 0,39-2,55
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,03*** 1,01-1,04	1,01 1,00-1,02	kf	1,06*** 1,03-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,77 0,58-1,03	kf	0,66 0,43-1,01	0,83 0,61-1,13	kf	0,48* 0,24-0,96
Komorbidität ³	1,02 0,96-1,08	kf	1,30*** 1,19-1,42	1,01 0,94-1,08	kf	1,49*** 1,29-1,72
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15 0,74-1,81	kf	2,25** 1,27-3,97	1,24 0,78-1,96	kf	6,46*** 2,46-16,95
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,29*** 1,70-3,07	kf	2,52*** 1,63-3,90	1,21 0,89-1,64	kf	3,72*** 1,86-7,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,79 0,57-1,08	kf	0,53* 0,32-0,88	0,04*** 0,03-0,06	kf	0,56 0,26-1,20

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 stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	3,26*** 2,47...4,04	kf	0,07 -0,22...0,36
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,23*** 1,17...1,30	kf	1,04 0,91...1,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,76* 1,04-2,96	kf	1,25 0,70-2,21	1,21*** 1,15-1,28	kf	1,04 0,90-1,19
Gruppe	0,82 0,56-1,20	kf	1,03 0,67-1,57	0,71 0,47-1,06	kf	1,07 0,62-1,85
Zeit	0,45*** 0,31-0,66	kf	0,76 0,50-1,15	0,89*** 0,86-0,93	kf	0,96 0,86-1,07
Indexgruppe 6 (F10)	2,24*** 1,43-3,52	kf	1,17 0,74-1,85	3,15*** 1,69-5,88	kf	1,03 0,46-2,28
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,78*** 1,77-4,37	kf	0,48** 0,29-0,79	8,05*** 4,29-15,09	kf	0,29** 0,13-0,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,35 0,86-2,11	kf	0,32*** 0,19-0,56	1,62 0,84-3,10	kf	0,18*** 0,07-0,44
Psy A ¹	1,44 0,92-2,27	kf	1,13 0,69-1,86	1,80 0,95-3,41	kf	1,22 0,52-2,88
Psy B ²	0,78 0,54-1,13	kf	1,24 0,79-1,93	0,70 0,41-1,19	kf	1,36 0,65-2,85
Alter	0,99 0,98-1,00	kf	1,02** 1,01-1,03	0,99 0,97-1,01	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,73-1,33	kf	0,90 0,64-1,27	1,63* 1,06-2,50	kf	0,78 0,44-1,39
Komorbidität ³	0,96 0,90-1,04	kf	1,29*** 1,19-1,40	1,00 0,90-1,10	kf	1,55*** 1,36-1,77
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,58-1,33	kf	1,29 0,84-1,97	0,98 0,54-1,75	kf	1,55 0,76-3,19
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	8,37*** 5,76-12,16	kf	2,01*** 1,39-2,90	16,84*** 10,64-26,66	kf	3,02*** 1,66-5,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,20*** 0,14-0,29	kf	0,74 0,50-1,08	0,04*** 0,02-0,06	kf	0,54 0,28-1,04

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniker und klinikbekannt)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer 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)	—	—	—	0,66* 0,01...1,31	kf	-1,00*** -1,29...-0,71
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,09 0,99...1,21	kf	0,59*** 0,51...0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,03* 1,07-3,86	kf	1,21 0,64-2,31	1,10 1,00-1,21	kf	0,61*** 0,53-0,71
Gruppe	1,14 0,65-1,99	kf	1,02 0,62-1,67	0,82 0,59-1,15	kf	1,77 0,95-3,29
Zeit	7,04*** 4,36-11,38	kf	1,08 0,68-1,71	7,55*** 7,05-8,09	kf	1,61*** 1,45-1,79
Indexgruppe 6 (F10)	1,06 0,71-1,59	kf	0,88 0,55-1,42	0,92 0,61-1,41	kf	0,87 0,38-1,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,45* 1,02-2,08	kf	0,61* 0,38-0,96	0,91 0,61-1,36	kf	0,44* 0,20-0,96
Indexgruppe 9 (F43)	0,89 0,56-1,40	kf	0,76 0,42-1,38	0,81 0,49-1,35	kf	0,70 0,26-1,87
Psy A ¹	1,85*** 1,31-2,63	kf	1,02 0,65-1,60	1,61* 1,08-2,41	kf	0,80 0,37-1,72
Psy B ²	0,79 0,51-1,23	kf	0,91 0,52-1,58	1,39 0,84-2,29	kf	0,85 0,33-2,20
Alter	0,99 0,98-1,00	kf	1,03*** 1,01-1,04	1,01 1,00-1,02	kf	1,04*** 1,02-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,65-1,18	kf	0,80 0,55-1,18	0,84 0,60-1,17	kf	0,79 0,41-1,51
Komorbidität ³	1,03 0,96-1,10	kf	1,28*** 1,17-1,39	1,00 0,93-1,08	kf	1,51*** 1,32-1,73
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,97 0,55-1,70	kf	2,03* 1,16-3,55	0,82 0,46-1,46	kf	3,37* 1,20-9,47
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,76*** 1,30-2,38	kf	2,30*** 1,57-3,38	1,33 0,95-1,85	kf	3,38*** 1,77-6,46
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,78 0,56-1,10	kf	0,54** 0,34-0,84	0,02*** 0,01-0,03	kf	0,35** 0,17-0,73

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-4,43*** -4,95...-3,90
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-1,65*** -2,17...-1,12
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-0,68* -1,21...-0,16
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,54*** 0,50...0,59
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,32*** 1,20...1,45
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,83*** 0,76...0,90
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,54*** 0,50-0,58
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,30*** 1,19-1,43
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,82*** 0,75-0,90

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,62*** 1,26-2,09
Zeit	9,83*** 9,26-10,42
Indexgruppe 6 (F10)	1,06 0,85-1,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,87-1,30
Indexgruppe 9 (F43)	0,66** 0,52-0,84
Psy A ¹	1,89*** 1,54-2,33
Psy B ²	1,17 0,91-1,50
Alter	1,01** 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,73-1,03
Komorbidität ³	0,99 0,96-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,21 0,91-1,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28** 1,08-1,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,03*** 0,02-0,04
2. vs. 1.Jahr	1,21 0,91-1,61
3. vs. 1.Jahr	0,98 0,73-1,32

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,87*** -1,09...-0,66	0,90*** 0,60...1,19	0,67 0,00...1,35	kf	kf	0,24** 0,08...0,39	kf	-1,78*** -2,24...-1,32
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,94** 1,60...5,41	1,58*** 1,39...1,79	1,06* 1,01...1,12	kf	kf	1,12 0,87...1,43	kf	0,81*** 0,75...0,88
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	3,06*** 1,66-5,66	1,57*** 1,38-1,79	1,06* 1,01-1,12	kf	kf	1,05 0,82-1,34	kf	0,81*** 0,75-0,88
Gruppe	0,30** 0,15-0,59	0,52** 0,35-0,79	0,99 0,87-1,13	kf	kf	0,55 0,28-1,08	kf	0,51 0,26-1,03
Zeit	21,69*** 16,66-28,24	1,38*** 1,27-1,51	1,23*** 1,19-1,28	kf	kf	0,61*** 0,52-0,70	kf	1,43*** 1,36-1,50
Indexgruppe 6 (F10)	0,32*** 0,19-0,53	0,17*** 0,09-0,31	0,72*** 0,60-0,86	kf	kf	0,95 0,37-2,44	kf	0,42 0,16-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,18 0,79-1,76	1,43 0,88-2,33	0,99 0,84-1,16	kf	kf	0,83 0,36-1,95	kf	1,06 0,44-2,56
Indexgruppe 9 (F43)	1,28 0,84-1,97	0,82 0,47-1,42	0,83* 0,69-0,99	kf	kf	0,84 0,33-2,10	kf	1,92 0,73-5,09
Psy A ¹	1,24 0,83-1,85	4,28*** 2,59-7,09	1,63*** 1,39-1,92	kf	kf	0,64 0,29-1,44	kf	1,05 0,44-2,50
Psy B ²	1,38 0,87-2,21	3,25*** 1,86-5,68	1,08 0,89-1,30	kf	kf	0,53 0,18-1,52	kf	0,52 0,18-1,50
Alter	0,99 0,98-1,00	0,99 0,98-1,01	1,01*** 1,01-1,02	kf	kf	0,97* 0,95-0,99	kf	1,04** 1,01-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,67-1,32	1,00 0,65-1,53	1,15* 1,00-1,32	kf	kf	1,02 0,50-2,07	kf	1,32 0,62-2,78
Komorbidität ³	1,00 0,92-1,09	0,94 0,85-1,04	1,15*** 1,12-1,19	kf	kf	1,22* 1,04-1,43	kf	1,23* 1,04-1,47
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,14*** 0,06-0,32	0,61 0,30-1,25	1,65*** 1,33-2,04	kf	kf	0,36 0,10-1,27	kf	1,96 0,58-6,69
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34 0,95-1,88	1,62* 1,07-2,47	1,36*** 1,19-1,56	kf	kf	1,20 0,60-2,38	kf	1,79 0,87-3,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	7,19*** 4,93-10,49	1,13 0,72-1,78	1,00 0,86-1,16	kf	kf	0,81 0,38-1,74	kf	0,86 0,39-1,91

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)	-1,50*** -2,06...-0,93	1,00*** 0,71...1,29	-0,82* -1,59...-0,06	kf	kf	0,17 -0,01...0,35	kf	4,33*** 3,74...4,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,77*** 0,72...0,83	1,58*** 1,37...1,81	0,95 0,90...1,00	kf	kf	1,24 0,99...1,55	kf	1,58*** 1,47...1,69
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,77*** 0,71-0,82	1,56*** 1,36-1,79	0,95 0,91-1,00	kf	kf	1,26* 1,01-1,57	kf	1,57*** 1,46-1,68
Gruppe	1,56** 1,20-2,01	1,52 0,91-2,51	1,12 0,99-1,28	kf	kf	0,71 0,37-1,33	kf	0,81 0,36-1,82
Zeit	1,49*** 1,41-1,57	0,92 0,83-1,01	1,11*** 1,07-1,15	kf	kf	0,83* 0,71-0,97	kf	0,54*** 0,51-0,57
Indexgruppe 6 (F10)	0,81 0,55-1,21	0,31** 0,15-0,66	0,98 0,81-1,18	kf	kf	0,20** 0,08-0,51	kf	0,09*** 0,03-0,34
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,39 0,95-2,04	0,39* 0,18-0,81	0,66*** 0,55-0,80	kf	kf	0,22** 0,09-0,54	kf	0,07*** 0,02-0,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,79 0,52-1,19	2,01 0,95-4,28	0,87 0,71-1,05	kf	kf	0,32* 0,12-0,83	kf	0,36 0,10-1,31
Psy A ¹	1,10 0,72-1,68	3,17** 1,43-7,00	1,30** 1,07-1,59	kf	kf	3,86** 1,47-10,16	kf	2,13 0,60-7,57
Psy B ²	1,12 0,80-1,58	1,18 0,62-2,26	1,34** 1,13-1,58	kf	kf	0,44* 0,20-0,96	kf	0,85 0,28-2,53
Alter	1,00 0,99-1,01	0,98* 0,96-1,00	1,01* 1,00-1,01	kf	kf	0,98 0,96-1,01	kf	1,03 1,00-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,79 0,60-1,03	0,86 0,51-1,46	1,22** 1,07-1,39	kf	kf	1,16 0,60-2,23	kf	1,30 0,55-3,05
Komorbidität ³	0,97 0,91-1,04	1,10 0,97-1,25	1,17*** 1,13-1,20	kf	kf	1,30** 1,12-1,52	kf	1,70*** 1,37-2,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,73 0,51-1,05	0,89 0,44-1,83	1,35** 1,14-1,61	kf	kf	1,15 0,48-2,73	kf	1,31 0,43-4,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,91 0,69-1,20	1,41 0,82-2,43	1,16* 1,01-1,33	kf	kf	0,36** 0,18-0,72	kf	1,43 0,59-3,46
Referenzfall (KH vs. PIA)	22,91*** 16,00-32,81	0,25*** 0,14-0,45	1,24** 1,06-1,45	kf	kf	0,34** 0,16-0,74	kf	1,21 0,43-3,37

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach 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)	-0,88*** -1,11...-0,64	-0,82*** -1,14...-0,49	-1,99*** -2,68...-1,30	kf	kf	-0,21* -0,37...-0,05	kf	4,44*** 3,82...5,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,81 0,53...1,26	0,76*** 0,67...0,86	0,84*** 0,80...0,89	kf	kf	0,75* 0,57...0,98	kf	1,59*** 1,49...1,70
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,81 0,52-1,26	0,75*** 0,66-0,86	0,84*** 0,80-0,89	kf	kf	0,66** 0,51-0,86	kf	1,55*** 1,45-1,66
Gruppe	1,21 0,73-2,00	1,00 0,64-1,55	1,18* 1,03-1,35	kf	kf	1,14 0,61-2,12	kf	0,74 0,35-1,57
Zeit	25,67*** 19,05-34,58	1,78*** 1,63-1,95	1,29*** 1,24-1,34	kf	kf	0,64*** 0,53-0,78	kf	0,81*** 0,77-0,84
Indexgruppe 6 (F10)	0,52** 0,33-0,80	0,45* 0,24-0,83	0,76** 0,64-0,92	kf	kf	0,59 0,25-1,41	kf	0,51 0,18-1,41
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,73-1,44	2,53** 1,48-4,31	1,17 0,99-1,37	kf	kf	0,52 0,24-1,14	kf	1,59 0,64-3,99
Indexgruppe 9 (F43)	0,83 0,55-1,26	1,05 0,54-2,06	0,94 0,77-1,16	kf	kf	0,67 0,26-1,72	kf	1,19 0,38-3,71
Psy A ¹	1,14 0,82-1,60	4,12*** 2,43-6,99	1,38*** 1,18-1,62	kf	kf	1,21 0,58-2,53	kf	1,13 0,46-2,77
Psy B ²	1,18 0,76-1,83	3,29*** 1,74-6,21	1,38** 1,13-1,69	kf	kf	0,94 0,36-2,47	kf	0,53 0,17-1,69
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00 0,98-1,01	1,01*** 1,01-1,02	kf	kf	0,97** 0,95-0,99	kf	1,05*** 1,02-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,72-1,28	1,39 0,88-2,18	1,23** 1,07-1,41	kf	kf	0,66 0,34-1,25	kf	2,80* 1,29-6,10
Komorbidität ³	0,96 0,89-1,03	0,89* 0,80-0,99	1,12*** 1,08-1,15	kf	kf	1,31*** 1,13-1,53	kf	1,30** 1,09-1,56
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,60-1,99	1,37 0,59-3,13	1,57*** 1,23-2,00	kf	kf	0,57 0,16-1,97	kf	1,09 0,26-4,64
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,76-1,34	1,21 0,78-1,88	1,38*** 1,21-1,58	kf	kf	1,53 0,81-2,88	kf	2,68* 1,25-5,73
Referenzfall (KH vs. PIA)	9,96*** 7,05-14,07	1,35 0,82-2,20	1,14 0,98-1,33	kf	kf	0,78 0,38-1,59	kf	1,62 0,68-3,89

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,06 -0,05...0,17	0,11 -0,01...0,24	0,14* 0,02...0,27
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,75 0,44...1,29	1,02 0,60...1,73	1,09 0,58...2,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76 0,44-1,32	0,93 0,55-1,59	0,92 0,48-1,76
Gruppe	1,26 0,75-2,13	1,03 0,62-1,73	1,07 0,57-2,01
Zeit	0,99 0,64-1,53	1,02 0,68-1,53	1,14 0,70-1,84
Indexgruppe 6 (F10)	0,87 0,70-1,09	0,96 0,78-1,17	0,97 0,79-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,95 0,77-1,17	0,91 0,75-1,09	0,99 0,82-1,19
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,84-1,34	1,06 0,86-1,31	1,02 0,82-1,27
Psy A ¹	1,16 0,94-1,43	1,17 0,97-1,42	1,14 0,94-1,39
Psy B ²	1,08 0,87-1,35	1,01 0,82-1,24	0,99 0,80-1,23
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,95-1,36	1,07 0,91-1,25	1,03 0,88-1,22
Komorbidität ³	1,01 0,98-1,05	1,03 1,00-1,06	1,01 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,63-1,08	0,87 0,68-1,10	1,05 0,83-1,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23* 1,02-1,47	1,15 0,98-1,35	1,11 0,94-1,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,70-1,10	0,97 0,79-1,19	0,98 0,79-1,20

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)	0,11 -0,02...0,25	0,03 -0,11...0,17	0,05 -0,08...0,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,31 0,97...1,77	1,07 0,81...1,41	1,13 0,83...1,54
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,09 0,81-1,47	0,91 0,69-1,21	0,99 0,73-1,34
Gruppe	0,96 0,76-1,20	1,05 0,86-1,30	1,03 0,81-1,30
Zeit	1,13 0,91-1,40	1,18 0,97-1,45	1,19 0,95-1,49
Indexgruppe 6 (F10)	1,29* 1,03-1,62	1,08 0,87-1,34	1,10 0,86-1,40
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,05 0,83-1,33	1,01 0,81-1,27	1,03 0,80-1,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,77-1,24	0,93 0,74-1,17	1,02 0,79-1,30
Psy A ¹	1,23 0,97-1,57	1,20 0,96-1,50	1,17 0,92-1,48
Psy B ²	1,17 0,96-1,41	1,06 0,89-1,27	1,01 0,83-1,23
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,86-1,19	1,01 0,87-1,18	1,01 0,86-1,20
Komorbidität ³	1,05** 1,01-1,09	1,03 1,00-1,07	1,02 0,98-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87 0,68-1,12	0,95 0,75-1,19	0,97 0,76-1,24
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34* 1,06-1,69	1,15 0,94-1,42	1,08 0,87-1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,16 0,97-1,39	1,04 0,88-1,24	1,02 0,84-1,23

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 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)	-0,05 -0,58...0,48	-0,20 -0,81...0,41	-0,14 -0,81...0,53
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,94 0,49...1,79	0,82 0,44...1,50	0,87 0,43...1,75
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,96 0,50-1,84	0,87 0,47-1,61	0,91 0,44-1,85
Gruppe	1,15 0,61-2,14	1,12 0,62-2,03	1,07 0,53-2,13
Zeit	1,18 0,73-1,90	1,16 0,74-1,82	1,15 0,70-1,90
Indexgruppe 6 (F10)	0,85 0,67-1,07	0,89 0,72-1,10	0,96 0,78-1,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,91-1,41	1,02 0,84-1,25	1,02 0,83-1,25
Indexgruppe 9 (F43)	1,08 0,81-1,43	0,99 0,76-1,28	0,95 0,73-1,24
Psy A ¹	1,21 0,98-1,50	1,08 0,89-1,32	0,97 0,80-1,19
Psy B ²	0,87 0,67-1,13	0,96 0,75-1,22	1,01 0,79-1,30
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,92-1,33	1,09 0,92-1,29	1,06 0,89-1,26
Komorbidität ³	1,02 0,98-1,06	1,03 0,99-1,06	1,02 0,98-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11 0,81-1,51	1,00 0,75-1,34	1,02 0,76-1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,89-1,30	1,01 0,85-1,20	0,96 0,81-1,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,74-1,19	1,01 0,81-1,25	1,04 0,84-1,29

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	1,18 0,56-2,50	1,14*** 1,09-1,19	0,84 0,32-2,25	1,01 0,96-1,06
Gruppe	1,02 0,51-2,06	1,54 0,38-6,33	1,19 0,47-3,03	1,56 0,39-6,19
Zeit	5,69*** 3,34-9,68	13,86*** 13,43-14,30	9,37*** 4,52-19,43	18,12*** 17,47-18,79
Indexgruppe 6 (F10)	1,93*** 1,35-2,76	189,36*** 16,26-INF	1,79** 1,20-2,65	215,68*** 20,62-INF
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,67-1,31	1,22 0,25-5,93	0,92 0,64-1,33	0,90 0,19-4,26
Indexgruppe 9 (F43)	0,96 0,64-1,43	0,40 0,06-2,53	0,98 0,64-1,51	0,49 0,08-2,92
Psy B ²	0,76 0,56-1,02	0,23 0,05-1,06	0,70* 0,50-0,98	0,15* 0,03-0,70
Alter	0,99** 0,99-1,00	0,98 0,93-1,03	1,00 0,98-1,01	0,96 0,91-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,63-1,13	1,36 0,31-6,04	1,02 0,73-1,42	0,96 0,23-4,12
Komorbidität ³	1,11*** 1,05-1,17	1,10 0,76-1,58	1,07 1,00-1,14	1,26 0,88-1,80
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,78** 1,17-2,70	1000,61*** 53,79-INF	1,79* 1,13-2,83	328,36*** 19,68-INF
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,82 0,61-1,10	0,74 0,18-3,09	0,87 0,63-1,20	0,58 0,14-2,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49*** 0,34-0,69	0,03*** 0,00-0,16	0,41*** 0,27-0,62	0,02*** 0,00-0,13

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,21 0,82-1,81	1,07*** 1,04-1,09	1,07 0,64-1,81	1,00 0,98-1,03
Gruppe	0,95 0,70-1,29	1,17 0,41-3,32	1,07 0,73-1,56	0,69 0,23-2,13
Zeit	0,84 0,64-1,11	1,34*** 1,32-1,36	0,95 0,65-1,38	1,52*** 1,49-1,55
Indexgruppe 6 (F10)	2,17*** 1,55-3,02	22,24** 2,79-177,02	1,97*** 1,36-2,85	16,92* 1,80-159,33
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,08 0,77-1,52	2,08 0,48-9,12	1,06 0,72-1,56	0,67 0,14-3,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,84 0,59-1,18	0,85 0,17-4,19	1,09 0,75-1,58	0,80 0,15-4,32
Psy B ²	0,90 0,69-1,17	0,75 0,22-2,51	0,91 0,67-1,22	0,71 0,20-2,48
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,96-1,04	1,00 0,99-1,01	1,00 0,96-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,80-1,29	0,61 0,21-1,76	1,07 0,82-1,40	0,60 0,19-1,89
Komorbidität ³	1,01 0,95-1,07	0,88 0,67-1,16	0,98 0,92-1,04	0,95 0,71-1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,49* 1,07-2,08	1,63 0,34-7,90	1,77** 1,23-2,54	3,40 0,69-16,79
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34* 1,02-1,76	3,69* 1,20-11,36	1,13 0,83-1,54	1,63 0,50-5,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,32*** 0,24-0,42	0,00*** 0,00-0,01	0,29*** 0,21-0,40	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 Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf
Psy B ²	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU 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 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaus hopping, 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 Krankenhaus hopping, 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)	0,01 -0,24...0,26	23,12*** 21,24...25,00	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,91 0,69...1,20	1,51*** 1,45...1,57	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,91 0,69-1,19	1,51*** 1,45-1,57	kf	kf
Gruppe	1,27* 1,01-1,59	1,21 0,84-1,73	kf	kf
Zeit	2,05*** 1,68-2,50	2,78*** 2,70-2,85	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,09 0,88-1,35	0,44** 0,25-0,78	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,85-1,24	1,68* 1,02-2,75	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,84 0,69-1,02	0,61 0,37-1,01	kf	kf
Psy A ¹	1,34** 1,13-1,58	2,72*** 1,77-4,17	kf	kf
Psy B ²	1,09 0,89-1,32	0,82 0,47-1,43	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,01	1,03*** 1,02-1,05	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,92-1,23	1,34 0,91-1,97	kf	kf
Komorbidität ³	1,05* 1,01-1,09	1,07 0,96-1,18	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,52-1,17	0,48 0,18-1,28	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81** 0,70-0,95	0,59* 0,40-0,88	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,06 -0,39...0,26	-4,00*** -5,88...-2,11	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,74...1,23	0,91*** 0,87...0,95	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,95 0,74-1,23	0,91*** 0,87-0,95	kf	kf
Gruppe	1,17 0,90-1,51	1,19 0,67-2,12	kf	kf
Zeit	1,28** 1,08-1,52	0,91*** 0,88-0,93	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,99*** 1,39-2,85	1,39 0,55-3,54	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,60* 1,12-2,29	1,59 0,65-3,93	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,27 0,89-1,81	6,30*** 2,60-15,28	kf	kf
Psy A ¹	1,49* 1,07-2,06	3,94** 1,67-9,25	kf	kf
Psy B ²	1,04 0,78-1,39	0,55 0,26-1,15	kf	kf
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,97 0,95-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,79 0,63-1,00	1,07 0,58-1,97	kf	kf
Komorbidität ³	1,08* 1,02-1,15	1,20* 1,02-1,42	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,57* 0,36-0,89	0,14*** 0,05-0,41	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,36*** 0,27-0,47	0,08*** 0,04-0,16	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. Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniken 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)	-0,07 -0,32...0,17	-2,09* -3,91...-0,28	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,95 0,71...1,26	0,82*** 0,79...0,86	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,95 0,71-1,26	0,82*** 0,79-0,86	kf	kf
Gruppe	1,04 0,81-1,32	1,13 0,76-1,69	kf	kf
Zeit	1,83*** 1,50-2,23	3,22*** 3,12-3,32	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,17 0,92-1,48	0,92 0,51-1,66	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,33** 1,08-1,63	4,05*** 2,43-6,75	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,12 0,87-1,45	1,28 0,69-2,37	kf	kf
Psy A ¹	1,19 0,99-1,43	1,92** 1,20-3,06	kf	kf
Psy B ²	1,12 0,87-1,46	0,67 0,34-1,32	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,01 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,87-1,21	1,11 0,73-1,69	kf	kf
Komorbidität ³	0,98 0,94-1,03	0,93 0,83-1,05	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,22-2,79	1,54 0,08-29,91	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,78** 0,65-0,94	0,43*** 0,27-0,68	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiag- nose, Tage AU
DiD-Schätzer, 1. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	10,58*** 9,11...12,05
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	8,90*** 7,49...10,32
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-6,56*** -8,01...-5,12
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,05* 1,01...1,08
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,84*** 0,81...0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,69*** 0,66...0,71
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,05* 1,01-1,08
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,84*** 0,81-0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,69*** 0,66-0,71

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Indexdiag- nose, Tage AU
Gruppe	1,55** 1,13-2,12
Zeit	2,67*** 2,60-2,74
Indexgruppe 6 (F10)	0,69* 0,51-0,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,40*** 2,60-4,44
Indexgruppe 9 (F43)	1,15 0,86-1,54
Psy A ¹	2,14*** 1,67-2,73
Psy B ²	0,73 0,52-1,03
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,15 0,92-1,42
Komorbidität ³	1,00 0,94-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61 0,29-1,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44*** 0,35-0,56
2. vs. 1.Jahr	0,84 0,59-1,20
3. vs. 1.Jahr	1,15 0,81-1,63

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 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,99 0,70-1,41	0,95** 0,92-0,99
Index- gruppe 6 (F10)	1,05 0,66-1,67	1,15*** 1,11-1,20
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,20 0,78-1,84	0,95** 0,91-0,98
Index- gruppe 9 (F43)	1,08 0,66-1,78	0,91*** 0,87-0,95
Psy A ¹	1,71* 1,11-2,64	1,04* 1,00-1,08
Psy B ²	1,13 0,69-1,85	1,15*** 1,11-1,20
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,58-1,21	1,11*** 1,07-1,15
Komorbidi- tät ³	1,02 0,94-1,11	1,03*** 1,02-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,96 0,54-1,72	1,51*** 1,45-1,57
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27 0,89-1,81	0,83*** 0,80-0,85
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,62-1,54	1,06** 1,02-1,11

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	1,33 0,84-2,09	1,27*** 1,23-1,31
Index- gruppe 6 (F10)	1,74 0,89-3,41	1,29*** 1,23-1,35
Index- gruppe 7 (F20-F29)	1,32 0,65-2,65	0,89*** 0,86-0,94
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,53-2,11	0,97 0,93-1,02
Psy A ¹	0,72 0,37-1,42	0,95* 0,91-0,99
Psy B ²	2,06* 1,17-3,64	1,15*** 1,11-1,20
Alter	1,00 0,98-1,02	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,68 0,42-1,10	1,21*** 1,18-1,25
Komorbidi- tät ³	1,06 0,94-1,19	1,01 1,00-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,43-1,88	0,95* 0,91-0,99
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,86 0,52-1,43	0,98 0,95-1,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81 0,48-1,37	1,18*** 1,14-1,22

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,97 0,64-1,46	1,10*** 1,06-1,14
Index- gruppe 6 (F10)	0,99 0,58-1,70	1,40*** 1,34-1,46
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,29 0,76-2,17	0,89*** 0,85-0,92
Index- gruppe 9 (F43)	0,84 0,43-1,64	1,01 0,96-1,07
Psy A ¹	1,46 0,89-2,40	1,02 0,98-1,06
Psy B ²	1,01 0,54-1,90	1,43*** 1,36-1,50
Alter	0,99 0,97-1,00	1,00*** 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,69-1,63	0,89*** 0,86-0,93
Komorbidi- tät ³	1,06 0,97-1,17	1,03*** 1,02-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,49-2,28	0,89*** 0,84-0,95
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,79 0,51-1,22	0,83*** 0,80-0,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,06 0,60-1,87	1,20*** 1,14-1,25

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,08 -0,42...0,26
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,86...1,07
DiD-Schätzer	0,96 0,86-1,07
Gruppe	1,12* 1,01-1,23
Zeit	1,29*** 1,20-1,40
Indexgruppe 6 (F10)	1,32*** 1,19-1,48
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,17** 1,06-1,30
Indexgruppe 9 (F43)	1,17** 1,05-1,31
Psy A ¹	1,18** 1,07-1,31
Psy B ²	1,18** 1,05-1,33
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,87-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,29*** 1,14-1,45
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34*** 1,23-1,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,86-1,03

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,08 -0,42...0,26
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,86...1,07
DiD-Schätzer	0,96 0,86-1,07
Gruppe	1,12* 1,01-1,23
Zeit	1,29*** 1,20-1,40
Indexgruppe 6 (F10)	1,32*** 1,19-1,48
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,17** 1,06-1,30
Indexgruppe 9 (F43)	1,17** 1,05-1,31
Psy A ¹	1,18** 1,07-1,31
Psy B ²	1,18** 1,05-1,33
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,87-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,29*** 1,14-1,45
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34*** 1,23-1,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,86-1,03

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,11 -0,47...0,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,95 0,85...1,07
DiD-Schätzer	0,95 0,85-1,07
Gruppe	1,16** 1,04-1,28
Zeit	1,25*** 1,15-1,36
Indexgruppe 6 (F10)	1,19** 1,06-1,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,86-1,06
Indexgruppe 9 (F43)	1,01 0,89-1,15
Psy A ¹	1,21*** 1,10-1,34
Psy B ²	1,08 0,95-1,22
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,92-1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,86-1,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18*** 1,08-1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,91-1,10

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,16 0,55-2,43
Psy A ¹	1,41 0,58-3,42
Psy B ²	0,42 0,11-1,62
Alter	1,05** 1,02-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,39* 0,18-0,85
Komorbidität ³	1,23** 1,08-1,40
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,58 0,23-1,50
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	0,81 0,35-1,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,47 0,14-1,63

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,99 0,89-4,47
Psy A ¹	0,42 0,15-1,20
Psy B ²	0,77 0,23-2,54
Alter	1,05** 1,02-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,44 0,17-1,16
Komorbidität ³	1,14 0,98-1,33
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,21* 0,06-0,77
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,41 0,58-3,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,46 0,21-1,03

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,85 0,46-1,56
Psy A ¹	0,72 0,31-1,68
Psy B ²	0,95 0,29-3,04
Alter	1,09*** 1,06-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,46* 0,25-0,88
Komorbidität ³	1,00 0,90-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,64 0,31-1,33
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,69 0,87-3,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,26* 0,08-0,85

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere De- pression)	Progression B (Depression zu rezidivie- rend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	1,13 0,73-1,74
Psy A ¹	kf	kf	0,25*** 0,12-0,50
Psy B ²	kf	kf	2,65* 1,10-6,38
Alter	kf	kf	0,99 0,97-1,00
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,66 0,42-1,03
Komorbidität ³	kf	kf	0,63*** 0,53-0,75
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,74 0,31-1,80
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	kf	kf	0,95 0,60-1,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,68 0,41-1,11

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	1,38 0,88-2,16
Psy A ¹	kf	kf	0,40** 0,21-0,75
Psy B ²	kf	kf	1,29 0,52-3,19
Alter	kf	kf	1,00 0,98-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,44** 0,28-0,71
Komorbidität ³	kf	kf	0,81** 0,71-0,92
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,25* 0,07-0,88
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	kf	kf	0,81 0,52-1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,36*** 0,21-0,61

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Komorbidi- tät ³	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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	0,69* 0,48-0,99	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	2,39*** 1,65-3,47	kf	kf	kf	kf
Komorbidi- tät ³	kf	kf	kf	kf	kf	0,97 0,89-1,05	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,69 0,36-1,32	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,56* 1,07-2,27	kf	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,36 0,95-1,97	kf	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2016	2016
Alle Patienten (n)	1.193	25.946
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) 	72,2 %	49,5 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	11,4	14,1
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	710	14.864
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	556 68,7	9.277 57,4

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)

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; klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	399	396	374	363	392	392	373	363
durchschnittliche Kosten	3.140,22 €	3.296,33 €	3.530,35 €	2.667,34 €	3.640,13 €	3.658,74 €	3.653,39 €	2.446,51 €
Standardabweichung	8.294,79 €	8.244,79 €	13.151,64 €	5.593,62 €	12.163,63 €	10.447,49 €	15.093,58 €	6.197,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	299,44 €	259,05 €	247,09 €	248,11 €	239,96 €	264,26 €	225,27 €	205,22 €
Median	705,19 €	611,06 €	658,12 €	660,39 €	717,85 €	763,58 €	717,55 €	563,84 €
75%-Perzentil	2.167,53 €	2.298,74 €	2.321,92 €	2.078,32 €	2.226,17 €	2.651,06 €	2.522,01 €	2.074,06 €
Maximum	104.888,42 €	70.804,92 €	195.486,73 €	38.144,14 €	194.329,85 €	119.306,92 €	275.501,83 €	83.345,27 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	367	368	343	329	370	364	360	350
durchschnittliche Kosten	2.573,25 €	2.651,83 €	3.086,90 €	3.328,15 €	2.720,91 €	2.775,82 €	2.761,94 €	2.977,77 €
Standardabweichung	5.094,29 €	5.520,37 €	7.058,28 €	7.393,52 €	6.283,41 €	7.382,00 €	6.315,48 €	6.772,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	336,00 €	295,90 €	293,00 €	292,83 €	237,53 €	271,05 €	269,34 €	291,15 €
Median	784,48 €	825,87 €	863,63 €	968,42 €	651,14 €	720,30 €	722,09 €	701,56 €
75%-Perzentil	2.281,58 €	2.249,21 €	2.479,39 €	2.715,41 €	2.164,45 €	2.348,21 €	2.729,35 €	2.448,49 €
Maximum	40.278,06 €	47.884,07 €	79.369,56 €	59.603,65 €	58.261,07 €	73.589,45 €	68.731,36 €	59.665,19 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	122	115	89	92	115	107	95	84
durchschnittliche Kosten	1.919,27 €	2.096,27 €	2.214,54 €	1.238,55 €	2.289,85 €	2.344,69 €	2.166,21 €	1.177,14 €
Standardabweichung	7.194,28 €	7.488,52 €	12.408,52 €	3.491,16 €	11.284,18 €	9.349,13 €	12.608,29 €	3.725,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	774,92 €	734,18 €	0,00 €	0,00 €	852,23 €	732,13 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	100.913,76 €	68.674,41 €	193.498,84 €	36.761,94 €	191.934,50 €	117.553,36 €	235.918,81 €	28.930,39 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	111	99	96	96	104	101	95	85
durchschnittliche Kosten	1.440,37 €	1.491,01 €	1.907,23 €	2.101,07 €	1.273,33 €	1.237,26 €	1.348,20 €	1.464,04 €
Standardabweichung	3.985,92 €	4.477,55 €	6.154,58 €	6.617,71 €	3.560,69 €	3.975,37 €	3.904,17 €	4.496,33 €
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	777,34 €	729,29 €	747,94 €	881,42 €	814,59 €	735,98 €	768,39 €	0,00 €
Maximum	33.237,01 €	43.390,68 €	66.535,44 €	58.457,82 €	31.730,77 €	53.336,12 €	28.335,82 €	46.694,58 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	6	3	1	5	6	4	4	3
durchschnittliche Kosten	28,91 €	38,35 €	7,78 €	25,85 €	121,91 €	110,36 €	148,85 €	111,97 €
Standardabweichung	308,54 €	746,38 €	154,09 €	334,76 €	2.200,64 €	2.114,03 €	2.223,36 €	2.171,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.938,65 €	15.088,12 €	3.050,84 €	5.618,38 €	44.492,71 €	42.782,62 €	40.795,25 €	42.614,11 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	2	4	3	5	3	1	2	3
durchschnittliche Kosten	9,01 €	32,97 €	35,58 €	15,82 €	7,96 €	3,99 €	8,03 €	8,04 €
Standardabweichung	150,95 €	433,09 €	592,20 €	172,52 €	106,40 €	77,45 €	108,69 €	94,95 €
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	2.873,48 €	7.184,27 €	11.066,37 €	2.931,43 €	1.809,86 €	1.501,86 €	1.524,38 €	1.524,38 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	18	12	16	22	35	26	24	29
durchschnittliche Kosten	11,21 €	26,87 €	8,82 €	19,67 €	38,47 €	16,30 €	33,08 €	35,10 €
Standardabweichung	77,71 €	336,61 €	71,04 €	107,61 €	283,37 €	108,48 €	305,30 €	248,42 €
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	1.202,64 €	6.401,47 €	1.209,86 €	1.207,40 €	5.020,68 €	1.353,07 €	4.681,09 €	4.069,18 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	10	15	6	14	22	25	17	25
durchschnittliche Kosten	18,70 €	9,53 €	4,50 €	9,59 €	29,75 €	15,79 €	13,53 €	22,68 €
Standardabweichung	209,75 €	59,90 €	42,95 €	55,92 €	200,93 €	88,58 €	81,53 €	119,97 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.788,19 €	635,01 €	603,69 €	620,35 €	2.967,36 €	931,20 €	995,90 €	1.451,81 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	397	394	374	360	388	387	371	359
durchschnittliche Kosten	449,81 €	432,83 €	467,17 €	440,43 €	469,00 €	454,76 €	480,64 €	419,67 €
Standardabweichung	836,51 €	448,25 €	494,55 €	497,84 €	486,31 €	421,81 €	491,87 €	448,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	170,95 €	155,01 €	169,03 €	138,68 €	149,31 €	159,11 €	149,09 €	123,37 €
Median	323,62 €	303,27 €	324,13 €	312,95 €	330,75 €	360,87 €	351,40 €	286,37 €
75%-Perzentil	548,93 €	555,72 €	608,28 €	592,15 €	666,33 €	618,41 €	644,60 €	537,30 €
Maximum	15.681,07 €	4.573,37 €	4.779,31 €	5.254,53 €	5.314,80 €	3.302,47 €	2.908,52 €	2.921,76 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	364	365	339	325	368	362	357	348
durchschnittliche Kosten	415,94 €	436,34 €	456,54 €	442,58 €	429,22 €	433,65 €	402,96 €	413,87 €
Standardabweichung	317,87 €	379,85 €	448,78 €	416,98 €	446,92 €	476,44 €	362,52 €	425,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	195,48 €	171,61 €	170,81 €	153,05 €	149,06 €	162,39 €	150,00 €	137,44 €
Median	349,93 €	345,71 €	352,82 €	354,56 €	318,35 €	298,03 €	306,04 €	301,96 €
75%-Perzentil	547,79 €	572,98 €	609,32 €	603,43 €	548,99 €	567,75 €	557,32 €	550,88 €
Maximum	2.406,26 €	2.522,81 €	3.569,95 €	2.973,87 €	4.492,19 €	4.855,74 €	2.577,74 €	3.695,65 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	333	334	323	319	328	345	324	315
durchschnittliche Kosten	671,01 €	638,97 €	751,37 €	871,45 €	636,34 €	623,97 €	699,47 €	644,06 €
Standardabweichung	2.863,58 €	2.470,05 €	3.587,34 €	3.279,06 €	2.349,22 €	1.916,55 €	2.346,33 €	2.467,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,51 €	17,15 €	22,61 €	23,83 €	15,70 €	27,45 €	16,27 €	20,69 €
Median	89,53 €	99,60 €	114,96 €	115,42 €	95,64 €	122,26 €	126,29 €	111,02 €
75%-Perzentil	416,26 €	370,46 €	384,77 €	387,30 €	410,19 €	419,97 €	491,44 €	385,62 €
Maximum	36.171,51 €	29.800,51 €	59.035,33 €	32.697,96 €	26.201,74 €	21.388,30 €	21.410,67 €	35.319,19 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	318	326	297	288	304	300	307	297
durchschnittliche Kosten	591,02 €	587,69 €	579,85 €	665,17 €	847,00 €	993,67 €	905,39 €	1.009,34 €
Standardabweichung	1.995,44 €	1.806,07 €	1.534,36 €	1.890,37 €	4.287,40 €	5.729,85 €	4.813,13 €	4.521,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	36,14 €	40,84 €	40,47 €	50,30 €	15,77 €	14,09 €	26,83 €	26,95 €
Median	149,91 €	171,65 €	158,86 €	173,90 €	99,31 €	97,62 €	138,28 €	164,76 €
75%-Perzentil	450,41 €	466,96 €	487,65 €	608,24 €	309,39 €	357,18 €	434,29 €	516,35 €
Maximum	27.689,61 €	21.978,25 €	15.994,60 €	27.405,28 €	55.815,26 €	72.561,23 €	67.259,96 €	55.892,97 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	409	409	392	380	410	410	397	385
N mit Fall	81	77	72	51	97	87	99	57
durchschnittliche Kosten	60,01 €	63,06 €	80,66 €	71,38 €	84,57 €	108,66 €	125,14 €	58,57 €
Standardabweichung	242,34 €	278,07 €	360,46 €	376,06 €	252,90 €	384,69 €	381,84 €	241,75 €
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	2.873,45 €	3.264,16 €	4.159,07 €	4.444,45 €	1.832,08 €	3.778,58 €	2.903,64 €	1.836,12 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	372	372	353	340	376	376	367	357
N mit Fall	72	74	73	60	63	59	64	42
durchschnittliche Kosten	98,21 €	94,29 €	103,21 €	93,92 €	133,65 €	91,46 €	83,84 €	59,82 €
Standardabweichung	375,03 €	397,37 €	434,55 €	338,89 €	759,97 €	537,45 €	318,89 €	284,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.330,32 €	4.256,67 €	6.181,71 €	3.302,37 €	10.096,54 €	8.968,20 €	2.917,23 €	3.506,50 €

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	379	379	379	379						
N mit Fall	370	370	366	370						
durchschnittliche Kosten	3.021,66 €	3.264,61 €	2.378,46 €	2.958,20 €	643,21 €	0,095	306,41 €	0,579	-336,80 €	0,522
Standardabweichung	6.185,55 €	8.398,54 €	4.236,11 €	6.710,77 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	298,36 €	260,67 €	284,82 €	225,97 €						
Median	826,18 €	752,56 €	821,49 €	701,77 €						
75%-Perzentil	2.606,98 €	2.845,12 €	2.561,31 €	2.642,84 €						
Maximum	42.394,05 €	89.895,31 €	42.732,49 €	75.859,28 €						

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	379	379	379	379						
N mit Fall	127	129	107	99						
durchschnittliche Kosten	1.737,76 €	1.884,72 €	1.251,33 €	1.766,04 €	486,43 €	0,108	118,68 €	0,764	-367,74 €	0,419
Standardabweichung	4.791,76 €	5.902,18 €	3.424,57 €	4.923,50 €						
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	1.086,28 €	1.040,82 €	859,93 €	806,26 €						
Maximum	40.836,89 €	78.651,23 €	36.397,33 €	39.653,54 €						

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	379	379	379	379						
N mit Fall	5	3	9	2						
durchschnittliche Kosten	74,90 €	14,21 €	46,32 €	9,28 €	28,58 €	0,535	4,94 €	0,724	-23,65 €	0,613
Standardabweichung	816,09 €	224,80 €	369,43 €	152,97 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	13.998,14 €	4.310,50 €	4.486,27 €	2.919,36 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	379	379	379	379						
N mit Fall	6	16	21	31						
durchschnittliche Kosten	5,68 €	12,23 €	10,50 €	25,60 €	-4,82 €	0,283	-13,37 €	0,11	-8,55 €	0,324
Standardabweichung	60,88 €	77,58 €	62,55 €	142,86 €						
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	974,28 €	872,18 €	905,29 €	1.792,81 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	379	379	379	379						
N mit Fall	370	368	362	368						
durchschnittliche Kosten	518,75 €	440,79 €	526,73 €	446,44 €	-7,98 €	0,83	-5,65 €	0,862	2,33 €	0,947
Standardabweichung	522,72 €	443,64 €	501,40 €	448,31 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	170,15 €	121,16 €	187,77 €	139,73 €						
Median	370,80 €	292,88 €	384,30 €	309,92 €						
75%-Perzentil	703,04 €	639,31 €	728,14 €	614,07 €						
Maximum	4.321,49 €	3.201,68 €	3.529,84 €	2.900,14 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	379	379	379	379						
N mit Fall	321	307	311	320						
durchschnittliche Kosten	573,33 €	857,60 €	470,47 €	667,79 €	102,86 €	0,431	189,81 €	0,568	86,95 €	0,761
Standardabweichung	2.152,61 €	5.418,42 €	1.349,23 €	3.524,01 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	21,26 €	19,06 €	26,73 €	20,08 €						
Median	105,00 €	110,42 €	106,71 €	106,63 €						
75%-Perzentil	355,71 €	412,21 €	347,66 €	367,92 €						
Maximum	32.803,96 €	86.675,37 €	13.650,68 €	58.824,89 €						

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	379	379	379	379						
N mit Fall	95	50	87	47						
durchschnittliche Kosten	111,24 €	55,05 €	73,11 €	43,05 €	38,13 €	0,087	12,00 €	0,462	-26,14 €	0,194
Standardabweichung	382,25 €	255,36 €	204,57 €	188,57 €						
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	16,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.658,68 €	2.886,94 €	1.753,92 €	2.753,93 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	369	421	376	421						
durchschnittliche Kosten	1.247,56 €	9.742,13 €	1.124,53 €	6.806,42 €	123,03 €	0,697	2.935,71 €	<0,001	2.812,68 €	0,001
Standardabweichung	4.947,55 €	14.222,32 €	4.172,68 €	8.734,86 €						
Minimum	0,00 €	286,20 €	0,00 €	175,78 €						
25%-Perzentil	26,76 €	1.352,19 €	37,08 €	1.042,81 €						
Median	144,17 €	5.558,65 €	128,09 €	4.049,92 €						
75%-Perzentil	578,55 €	12.891,90 €	512,40 €	8.628,83 €						
Maximum	65.814,31 €	132.779,93 €	42.671,56 €	70.501,79 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	39	308	35	273						
durchschnittliche Kosten	851,82 €	6.393,17 €	685,69 €	5.311,07 €	166,13 €	0,563	1.082,10 €	0,154	915,97 €	0,289
Standardabweichung	4.710,55 €	13.108,60 €	3.548,12 €	8.379,33 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	1.496,37 €	0,00 €	1.473,54 €						
75%-Perzentil	0,00 €	7.000,82 €	0,00 €	6.751,53 €						
Maximum	64.759,46 €	132.566,89 €	32.660,05 €	69.459,53 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	1	128	4	55						
durchschnittliche Kosten	13,18 €	2.445,14 €	53,32 €	572,19 €	-40,14 €	0,32	1.872,95 €	<0,001	1.913,09 €	<0,001
Standardabweichung	270,40 €	4.759,85 €	782,02 €	1.699,92 €						
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 €	2.853,62 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.548,07 €	24.841,89 €	15.417,94 €	9.241,58 €						

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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	421	421	421	421						
N mit Fall	6	212	20	190						
durchschnittliche Kosten	6,06 €	292,55 €	23,15 €	356,65 €	-17,09 €	0,014	-64,10 €	0,092	-47,01 €	0,201
Standardabweichung	58,58 €	386,47 €	128,91 €	676,47 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	175,78 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	399,72 €	0,00 €	415,77 €						
Maximum	966,33 €	1.816,68 €	1.249,41 €	6.051,28 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	421	421	421	421						
N mit Fall	0	0	1	0						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,79 €	0,00 €	-0,79 €	0,318	0,00 €		0,79 €	0,318
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	16,30 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	334,50 €	0,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	421	421	421	421						
N mit Fall	363	379	369	377						
durchschnittliche Kosten	183,66 €	336,92 €	209,11 €	299,07 €	-25,46 €	0,362	37,84 €	0,352	63,30 €	0,102
Standardabweichung	302,02 €	604,07 €	486,75 €	575,26 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,40 €	30,72 €	23,91 €	35,25 €						
Median	67,08 €	97,45 €	71,11 €	111,87 €						
75%-Perzentil	228,86 €	331,70 €	206,49 €	319,55 €						
Maximum	2.382,43 €	3.479,62 €	6.806,24 €	4.715,69 €						

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 Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	421	421	421	421						
N mit Fall	4	6	3	7						
durchschnittliche Kosten	187,63 €	262,80 €	141,32 €	230,23 €	46,31 €	0,166	32,57 €	0,413	-13,74 €	0,769
Standardabweichung	571,35 €	710,76 €	379,24 €	401,07 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	19,34 €	59,44 €	15,08 €	55,98 €						
75%-Perzentil	128,85 €	225,69 €	102,39 €	259,95 €						
Maximum	6.413,43 €	9.587,54 €	3.724,00 €	3.376,28 €						

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 Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	421	421	421	421						
N mit Fall	4	6	3	7						
durchschnittliche Kosten	5,21 €	11,55 €	11,15 €	37,22 €	-5,94 €	0,571	-25,66 €	0,153	-19,73 €	0,214
Standardabweichung	71,06 €	106,04 €	203,02 €	352,48 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.363,09 €	1.499,31 €	4.139,84 €	4.572,31 €						

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 Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	385	385	382	385						
durchschnittliche Kosten	6.615,66 €	7.536,85 €	6.366,62 €	5.909,17 €	249,04 €	0,722	1.627,67 €	0,018	1.378,64 €	0,137
Standardabweichung	10.894,12 €	11.157,98 €	8.339,93 €	7.645,66 €						
Minimum	16,51 €	286,20 €	0,00 €	252,18 €						
25%-Perzentil	1.163,00 €	1.880,82 €	1.153,66 €	1.451,90 €						
Median	2.388,17 €	3.177,09 €	2.622,66 €	2.847,69 €						
75%-Perzentil	6.787,93 €	8.029,74 €	8.490,13 €	7.575,73 €						
Maximum	77.691,05 €	91.049,85 €	45.224,10 €	51.646,00 €						

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	385	385	385	385						
N mit Fall	144	160	166	158						
durchschnittliche Kosten	4.050,78 €	5.077,89 €	4.135,15 €	3.722,22 €	-84,37 €	0,896	1.355,67 €	0,042	1.440,03 €	0,107
Standardabweichung	10.119,35 €	10.900,79 €	7.607,00 €	7.238,86 €						
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	2.873,60 €	5.167,77 €	5.333,10 €	5.270,08 €						
Maximum	76.336,79 €	88.669,32 €	44.364,44 €	51.472,74 €						

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	385	385	385	385						
N mit Fall	41	34	34	20						
durchschnittliche Kosten	854,51 €	410,14 €	475,78 €	221,07 €	378,73 €	0,036	189,07 €	0,075	-189,66 €	0,354
Standardabweichung	3.037,93 €	1.718,25 €	1.811,06 €	1.170,67 €						
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	21.813,00 €	13.361,98 €	13.185,43 €	11.735,37 €						

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	385	385	385	385						
N mit Fall	265	299	259	299						
durchschnittliche Kosten	577,15 €	851,27 €	562,98 €	747,65 €	14,18 €	0,729	103,62 €	0,037	89,44 €	0,014
Standardabweichung	469,51 €	648,55 €	652,67 €	727,89 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	286,20 €	0,00 €	175,78 €						
Median	661,58 €	972,12 €	429,70 €	712,26 €						
75%-Perzentil	948,27 €	1.380,76 €	821,21 €	1.017,66 €						
Maximum	1.410,00 €	1.973,06 €	3.573,53 €	4.420,49 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	0	0	0	0						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €		0,00 €	
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	368	363	352	357						
durchschnittliche Kosten	203,95 €	293,19 €	160,25 €	203,89 €	43,71 €	0,117	89,30 €	0,021	45,59 €	0,157
Standardabweichung	436,67 €	638,15 €	329,25 €	408,66 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	17,48 €	34,68 €	25,27 €	41,97 €						
Median	59,83 €	83,32 €	58,45 €	85,34 €						
75%-Perzentil	197,11 €	243,81 €	152,55 €	193,29 €						
Maximum	5.434,36 €	7.027,24 €	2.877,24 €	3.413,47 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	11	15	9	6						
durchschnittliche Kosten	895,19 €	864,60 €	1.019,50 €	1.002,82 €	-124,31 €	0,32	-138,22 €	0,226	-13,91 €	0,971
Standardabweichung	1.511,07 €	1.378,19 €	1.932,17 €	1.761,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	69,27 €	88,46 €	31,91 €	58,66 €						
Median	298,72 €	352,20 €	232,92 €	338,97 €						
75%-Perzentil	1.090,21 €	977,49 €	1.008,86 €	1.021,98 €						
Maximum	10.664,87 €	10.469,02 €	12.889,74 €	13.617,74 €						

Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinik-bekannte 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	385	385	385	385						
N mit Fall	11	15	9	6						
durchschnittliche Kosten	34,06 €	39,75 €	12,96 €	11,52 €	21,10 €	0,154	28,23 €	0,033	7,13 €	0,607
Standardabweichung	272,90 €	229,05 €	98,88 €	121,36 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.443,40 €	2.138,41 €	1.180,64 €	1.846,40 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	410	407	402	403						
durchschnittliche Kosten	3.122,43 €	3.270,74 €	3.558,50 €	3.587,52 €	-436,06 €	0,539	-316,77 €	0,621	119,29 €	0,861
Standardabweichung	8.208,91 €	8.163,26 €	12.014,14 €	10.320,31 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	293,32 €	259,05 €	231,28 €	261,83 €						
Median	705,19 €	611,06 €	700,61 €	744,52 €						
75%-Perzentil	2.167,53 €	2.298,74 €	2.133,50 €	2.616,10 €						
Maximum	104.888,42 €	70.804,92 €	194.329,85 €	119.306,92 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	126	117	117	110						
durchschnittliche Kosten	1.913,98 €	2.058,08 €	2.236,64 €	2.297,08 €	-322,65 €	0,617	-239,00 €	0,679	83,65 €	0,901
Standardabweichung	7.114,36 €	7.393,49 €	11.140,53 €	9.232,07 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	774,92 €	732,90 €	816,56 €	729,77 €						
Maximum	100.913,76 €	68.674,41 €	191.934,50 €	117.553,36 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	6	3	6	4						
durchschnittliche Kosten	28,09 €	37,25 €	118,73 €	107,48 €	-90,64 €	0,397	-70,23 €	0,515	20,41 €	0,608
Standardabweichung	304,14 €	735,67 €	2.171,72 €	2.086,24 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.938,65 €	15.088,12 €	44.492,71 €	42.782,62 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	21	12	35	26						
durchschnittliche Kosten	12,21 €	26,10 €	37,46 €	15,87 €	-25,25 €	0,075	10,23 €	0,548	35,48 €	0,078
Standardabweichung	79,05 €	331,80 €	279,71 €	107,08 €						
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	1.202,64 €	6.401,47 €	5.020,68 €	1.353,07 €						

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	421	421	421	421						
N mit Fall	408	405	398	397						
durchschnittliche Kosten	446,57 €	440,93 €	462,30 €	452,57 €	-15,73 €	0,736	-11,64 €	0,705	4,09 €	0,894
Standardabweichung	825,67 €	471,23 €	482,26 €	420,29 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	169,86 €	154,44 €	148,96 €	156,33 €						
Median	324,94 €	303,27 €	321,88 €	360,22 €						
75%-Perzentil	548,93 €	560,04 €	646,76 €	614,86 €						
Maximum	15.681,07 €	4.573,37 €	5.314,80 €	3.302,47 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	421	421	421	421						
N mit Fall	340	344	337	352						
durchschnittliche Kosten	662,47 €	632,87 €	620,83 €	608,47 €	41,64 €	0,815	24,41 €	0,871	-17,24 €	0,79
Standardabweichung	2.826,43 €	2.437,87 €	2.320,21 €	1.893,67 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	16,26 €	17,15 €	15,67 €	26,63 €						
Median	87,42 €	98,52 €	92,59 €	109,80 €						
75%-Perzentil	413,71 €	370,46 €	381,01 €	413,14 €						
Maximum	36.171,51 €	29.800,51 €	26.201,74 €	21.388,30 €						

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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	421	421	421	421						
N mit Fall	84	79	98	88						
durchschnittliche Kosten	59,12 €	75,50 €	82,55 €	106,04 €	-23,43 €	0,165	-30,54 €	0,253	-7,11 €	0,803
Standardabweichung	239,08 €	395,23 €	249,90 €	379,98 €						
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	2.873,45 €	5.901,10 €	1.832,08 €	3.778,58 €						

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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	380	380	379	372						
durchschnittliche Kosten	2.645,01 €	2.739,46 €	2.677,82 €	2.724,95 €	-32,81 €	0,937	14,51 €	0,976	47,32 €	0,891
Standardabweichung	5.283,04 €	5.922,72 €	6.217,54 €	7.303,50 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	337,80 €	293,89 €	232,59 €	250,41 €						
Median	814,08 €	828,83 €	647,31 €	680,72 €						
75%-Perzentil	2.309,76 €	2.327,98 €	2.156,05 €	2.275,94 €						
Maximum	40.278,06 €	48.624,40 €	58.261,07 €	73.589,45 €						

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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	115	103	106	101						
durchschnittliche Kosten	1.492,81 €	1.572,86 €	1.249,01 €	1.208,34 €	243,80 €	0,379	364,52 €	0,257	120,72 €	0,713
Standardabweichung	4.141,86 €	4.931,63 €	3.523,00 €	3.932,96 €						
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	816,56 €	734,01 €	809,45 €	715,93 €						
Maximum	33.237,01 €	44.865,77 €	31.730,77 €	53.336,12 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	3	4	3	1						
durchschnittliche Kosten	9,88 €	31,85 €	7,77 €	3,90 €	2,11 €	0,821	27,95 €	0,206	25,84 €	0,203
Standardabweichung	150,10 €	425,74 €	105,15 €	76,54 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.873,48 €	7.184,27 €	1.809,86 €	1.501,86 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	10	15	24	26						
durchschnittliche Kosten	18,07 €	9,21 €	29,41 €	15,60 €	-11,34 €	0,437	-6,39 €	0,235	4,95 €	0,736
Standardabweichung	206,20 €	58,90 €	198,62 €	87,61 €						
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.788,19 €	635,01 €	2.967,36 €	931,20 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	385	385	385	385						
N mit Fall	377	377	376	370						
durchschnittliche Kosten	419,54 €	437,74 €	427,74 €	429,92 €	-8,20 €	0,769	7,82 €	0,8	16,02 €	0,514
Standardabweichung	317,89 €	377,12 €	444,71 €	474,98 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	195,83 €	171,51 €	144,69 €	159,09 €						
Median	360,86 €	347,62 €	316,83 €	297,66 €						
75%-Perzentil	558,28 €	583,49 €	552,75 €	566,73 €						
Maximum	2.406,26 €	2.522,81 €	4.492,19 €	4.855,74 €						

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	385	385	385	385						
N mit Fall	330	337	310	307						
durchschnittliche Kosten	606,47 €	596,21 €	833,15 €	976,94 €	-226,68 €	0,343	-380,73 €	0,209	-154,05 €	0,187
Standardabweichung	1.991,16 €	1.798,99 €	4.238,73 €	5.664,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	35,79 €	39,51 €	15,77 €	13,91 €						
Median	150,78 €	171,78 €	97,35 €	97,59 €						
75%-Perzentil	457,49 €	472,10 €	302,86 €	353,53 €						
Maximum	27.689,61 €	21.978,25 €	55.815,26 €	72.561,23 €						

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	385	385	385	385						
N mit Fall	74	76	64	60						
durchschnittliche Kosten	98,25 €	91,59 €	130,74 €	90,25 €	-32,49 €	0,447	1,34 €	0,968	33,83 €	0,222
Standardabweichung	371,38 €	390,93 €	751,26 €	531,46 €						
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	4.330,32 €	4.256,67 €	10.096,54 €	8.968,20 €						

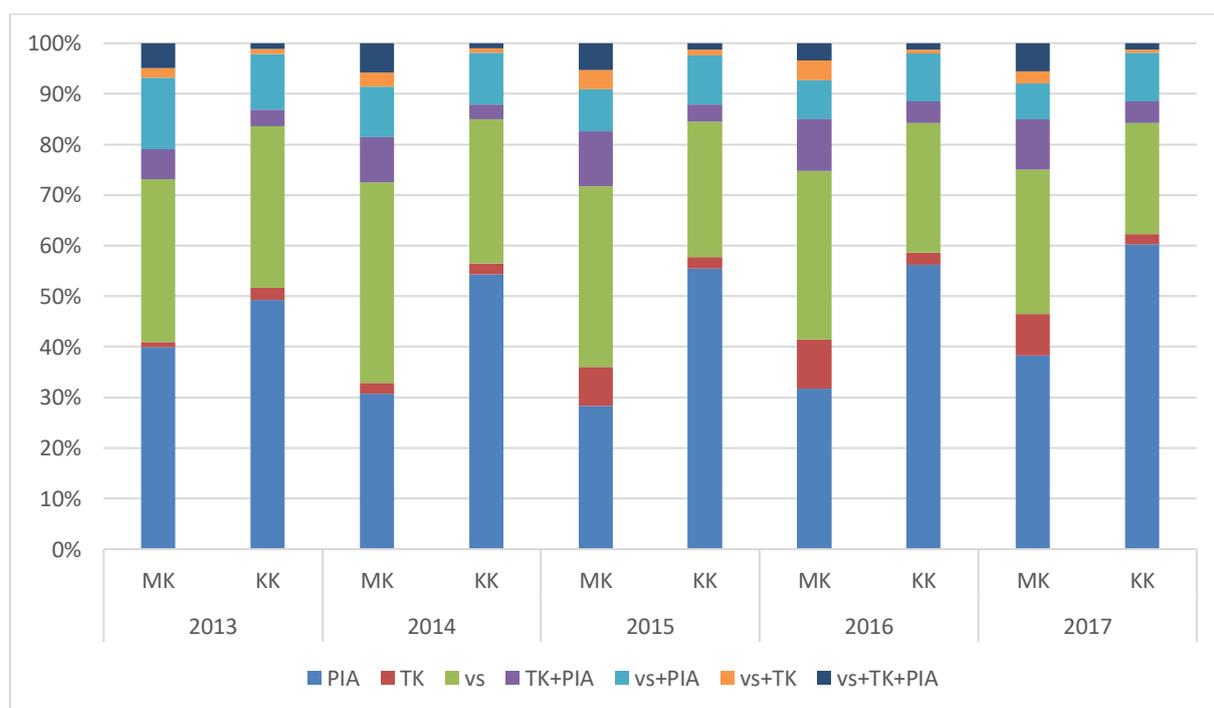
14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontroll-kliniken								
vs+TK+PIA	27	400	61	333	63	425	39	409	59	396
vs+TK	11	357	30	336	45	379	46	288	25	238
vs+PIA	78	3.765	105	3.513	100	3.299	88	3.219	76	3.123
TK+PIA	33	1.138	95	998	129	1.167	118	1.453	105	1.439
vs	178	10.985	418	9.760	426	9.016	384	8.738	303	7.216
TK	6	820	23	769	92	775	113	826	87	656
PIA	221	16.980	325	18.649	338	18.771	366	19.196	407	19.790
Gesamtergebnis	554	34.445	1.057	34.358	1.193	33.832	1.154	34.129	1.062	32.858

(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	1057	3436	1193	3383	1154	3413
Anzahl Fälle	2624	9012	2823	9068	2459	8891
Ausgaben	6.191.665 €	15.344.828 €	6.485.735 €	15.289.118 €	4.328.897 €	15.029.325 €
Ausgaben je Patient	5.858 €	4.466 €	5.436 €	4.519 €	3.751 €	4.404 €
Ausgaben je Fall	2.360 €	1.703 €	2.297 €	1.686 €	1.760 €	1.690 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	614	1394	634	1312	557	1265
Anzahl Fälle	1013	2106	991	1999	738	1743
Ausgaben	4.384.959 €	12.049.367 €	4.416.537 €	11.868.666 €	2.533.582 €	11.286.786 €
Ausgaben je vs Patient	7.142 €	8.642 €	6.966 €	9.047 €	4.549 €	8.920 €
Ausgaben je Fall	4.329 €	5.721 €	4.457 €	5.936 €	3.433 €	6.476 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	209	271	329	305	316	331
Anzahl Fälle	297	308	431	364	384	382
Ausgaben	1.356.784 €	1.184.559 €	1.574.554 €	1.424.246 €	1.280.710 €	1.687.091 €
Ausgaben je TK-Patient	6.492 €	4.376 €	4.786 €	4.668 €	4.053 €	5.102 €
Ausgaben je Fall	4.568 €	3.852 €	3.653 €	3.916 €	3.335 €	4.416 €

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	586	2349	630	2366	611	2428
Anzahl Fälle	1314	6629	1401	6742	1337	6804
Ausgaben	449.922 €	2.229.358 €	494.644 €	2.138.630 €	514.605 €	2.224.157 €
Ausgaben je PIA-Patient	768 €	949 €	785 €	904 €	842 €	916 €
Ausgaben je Fall	342 €	336 €	353 €	317 €	385 €	327 €

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

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	421	1.247,56 €	421	9.742,13 €		8.494,57 €
	KG	421	1.124,53 €	421	6.806,42 €		5.681,89 €
	Differenz IG-KG		123,03 €		2.935,71 €		2.812,68 €
	p-Wert		0,697		<0,001		0,001
(vermiedene) KH-Tage	IG	421	3,7	421	18,5		14,9
	KG	421	2,2	421	21,7		19,5
	Differenz IG-KG		1,4		-3,2		-4,6
	p-Wert		0,228		0,174		<0,001
	ICER (Diff in Diff)						609,44 €

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	232	1.429,95 €	232	9.494,90 €		8.064,95 €
	KG	245	1.168,89 €	245	6.112,88 €		4.943,99 €
	Differenz IG-KG		261,06 €		3.382,02 €		3.120,97 €
	p-Wert		0,546		<0,001		0,003
(vermiedene) AU-Tage	IG	232	22,5	232	93,9		71,5
	KG	245	27,2	245	75,6		48,4
	Differenz IG-KG		-4,8		18,4		23,1
	p-Wert		0,351		0,075		<0,001
	ICER						-135,00 €