

Zwischenbericht

Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 27.09.2019

Autoren:

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

³ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 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	27
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	27
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	27
5. Methoden.....	27
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	28
6.1 Patientenmatching.....	29
7. Darstellung Modellvorhaben Psychiatrische Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH	32
8. Ergebnisse: Effektivität	34
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	35
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter	44
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	46
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	62
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	77
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	105
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping.....	107
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.....	147
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	155
9.1 Patientenmix	155
9.2 Leistungserbringung.....	159
10. Ergebnisse: Kosten.....	167
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	167
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	173
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	177
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	180

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 183	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	186
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	189
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	192
11.	Ergebnisse: Effizienz	195
12.	Diskussion	197
12.1	Hauptergebnisse	197
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich).....	202
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	206
13.	Literatur	208
14.	Anhang.....	209
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	209
14.2	Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	238
14.3	Ergebnisse Modellierung.....	257
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 303	
14.5	Ergebnisse Kosten	304
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ...	309
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	312
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	318
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	323
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 324	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 326	

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 (Bundespfllegesatzverordnung)
DiD	- Difference-in-Difference
EBM	- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	- Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	- Gebührenordnungsposition
ICD	- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	- Inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation
IG	- Interventionsgruppe (Modellklinik)
INKAR	- Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Herausgeber: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)
ISMG	- Institut für Sozialmedizin und 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 .	50
Abbildung 2: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	58
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	66
Abbildung 4: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	74
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.....	101
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	105
Abbildung 8: Interaktionsdiagramme für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	106
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	110
Abbildung 10: 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	145
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	147
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	153
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf.....	156
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf.....	157
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	158
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	168
Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	169
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	170

Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	174
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	177
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	178
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	179
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	180
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	181
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	182
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)	184
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)	184
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	185
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	186
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	187
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	188
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	189
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190
Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	191
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	192

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	193
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	194
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	196
Abbildung 51: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	238
Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	241
Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	244
Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	247
Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	249
Abbildung 56: Interaktionsdiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	250
Abbildung 57: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	251
Abbildung 58: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	252
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität	253
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	254
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	255
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	323

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	30
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken	30
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	31
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle	36
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle	38
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	47
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	57
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	63
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	73
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	78
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	97
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	105
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	106
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	108
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	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	145
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	148
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	149
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	150
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	152
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	155
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	156
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	158
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).....	160
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)	161

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) 162

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) 162

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) 163

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) 164

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) 165

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) 165

Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 167

Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 168

Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 170

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 171

Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 173

Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 174

Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 175

Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 177

Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 178

Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 179

Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 180

Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 181

Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 182

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)	183
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)	184
Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	185
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	186
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	187
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	188
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	189
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	191
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	192
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	193
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	194
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	195
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr	195
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	209
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	211
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	213
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	221
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	227
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	228
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	230
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	232
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	234
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	235
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	236
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	258

Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	260
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (#3#ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	262
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr.....	264
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	266
Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	268
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	270
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	272
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	274
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	276
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	278
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	279
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	280
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	281
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	282
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	283
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	284
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	285
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	286
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr.....	287
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	289
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	290
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	291
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	292
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	293
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	294
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	297
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298

Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	299
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt)	300
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	301
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr	302
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	303
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	309
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	309
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	309
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	310
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	310
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	310

Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	311
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	314
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	314
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	314
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	315
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319

Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	322
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	322
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	323
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	324
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	324
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	324
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	325
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	326
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	326

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach §64b SGB V der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH (im Folgenden Klinikum Lüneburg genannt). Die Klinik startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2002 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, die jedoch nicht durch einen IV-Vertrag geregelt war und zu deren spezifischer Struktur keine weiteren Aussagen getroffen wurden. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

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

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter ≥ 18 Jahre, Versicherung bei teilnehmender Krankenkasse und Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen als Hauptdiagnose bei einer voll- oder teilstationären Behandlung innerhalb des Evaluationszeitraums oder als eine gesicherte oder Zustand nach ambulante Diagnose im Falle einer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84), sowie Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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

Analyse

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

Die Analyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

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

Für die Difference-in-Difference-Modellierung wurden die Untersuchungsgruppen zunächst hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Zielvariablen patientenindividuell vor und nach dem Einschluss in die Evaluation mit den üblichen deskriptiven Verfahren beschrieben. Darüber hinaus wurden loglineare Multi-Level-Modelle für alle Zielparameter berechnet, mit deren Hilfe Behandlungseffekte zwischen den Gruppen im Zeitverlauf analysiert wurden. Die graphische Darstellung der Ergebnisse dieser Analysen erfolgte über sogenannte Interaktionsgrafiken, in denen deskriptiv die Veränderungen hinsichtlich des Zielkriteriums zwischen den Gruppen über den Zeitverlauf dargestellt sind. Zudem wurden weitere Einflussgrößen auf die untersuchten Outcomes identifiziert und deren Effektstärke dargestellt.

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

Ergebnisse

Die Studienpopulation für das Klinikum Lüneburg für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 756 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung waren zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 46 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der IG und der KG mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, vergleichbarem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (Seite 47 ff.). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer über die Zeit. Dabei war die Höhe der vollstationären Tage zwischen IG und KG vergleichbar. Der Abfall vom patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall zum ersten patientenindividuellen Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (Seite 47 ff.). Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich bezüglich durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant geringere Zunahme der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (Seite 57 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* gab es in der IG einen größeren Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Dieser Peak war bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr um ca. 16 AU-Tage und für entsprechende klinikbekannte Patienten um ca. 11 AU-Tage größer (Seite 115 ff.). Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr stieg die Anzahl an AU-Tagen in der IG um ca. 16. AU-Tage stärker an als in der KG (Seite 122 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 62 ff.) klinikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und einer stets höheren PIA-Kontaktanzahl in der IG im Vergleich zur KG. Auch war der Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (Seite 63 ff.). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein ähnlicher Verlauf der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über die Zeit. Der Anstieg der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG größer als in der KG. Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt über alle Patienten ca. 1 Kontakt unter dem Niveau der KG (Seite 63 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine ähnlich starke Zunahme der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zu dem Jahr danach zwischen IG und KG. Die Fallzahl war hier zu gering um inferenzstatistische Tests zu rechnen. Auch die Zunahme der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bzw. für andere Vertragsärzte war zwischen IG und KG vergleichbar (Seite 73 ff.).

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 125 ff.) 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 größer als in der KG.

Die Parameter *Behandlungskontinuität* (Seite 77 ff.), *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 107 ff.), *Komorbidität* (Seite 129 ff.), *Mortalität* (Seite 133 ff.), *Progressionsrate* (Seite 138 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 147 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

Kosten

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei den gesamten durchschnittlichen psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Ebenso ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. vollstationärer Versorgungskosten zwischen den Gruppen. Nur relativ wenige Patienten der beiden Gruppen wurden teilstationär behandelt, weswegen hierzu keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich sind. Die IG hatte im Vergleich zur KG signifikant höhere Kosten aufgrund von PIA-Leistungen, was u.a. auf die relativ größere Anzahl an Patienten der IG mit PIA-Kontakt zurückzuführen war. In den verbleibenden Leistungsbereichen ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen den Gruppen.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bei den gesamten durchschnittlichen psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG, bis einschließlich zum zweiten Nachbeobachtungsjahr. Im dritten Jahr war die IG signifikant günstiger als die KG. Auch ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. vollstationärer Versorgungskosten zwischen den Gruppen. Nur relativ wenige Patienten der beiden Gruppen wurden teilstationär behandelt, weswegen hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich sind. Bzgl. PIA-Leistungen ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG. Hinsichtlich der durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung war die IG in allen Zeiträumen signifikant günstiger als die KG.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeiterlauf nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den durchschnittlichen Kosten der vollstationären Versorgung entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den teilstationären Versorgungskosten entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 781,66 € signifikant günstiger als die KG. Dies war auf die unterschiedliche Höhe der Inanspruchnahme im ersten Jahr zurückzuführen (IG: <10; KG: 51 von jeweils 401). Bezüglich vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung und Psychopharmakaversorgung entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Kosten-Effektivität

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf je Patient um 881,88 € günstiger als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 2,4 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -374,61 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 374,61 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient um 1.595,61 € günstiger. Gleichzeitig hatte die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 4,2 zusätzliche Arbeitsunfähigkeitstage. Hier ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 376,29 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag konnten 376,29 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart werden.

Diskussion

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zum Klinikum Lüneburg in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 Kontrollkliniken (KG). Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über drei Modelljahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

In diesem Bericht lassen sich zwei Hauptkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Effekte bezüglich von Unterschieden in der vollstationären Behandlungsdauer waren erst für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ersichtlich. (2) Die Arbeitsunfähigkeitstage stiegen im Modellvorhaben stärker an als in der Vergleichsgruppe.

Der Peak der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr bei der vollstationären Behandlungsdauer ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver war. Die angenommenen Modelleffekte einer geringeren Zunahme vollstationärer Behandlungstage zeichneten sich, im Gegensatz zu Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, erst im dritten Modelljahr ab. Dieser Effekt war auch zu erwarten, da das Modellvorhaben in der Psychiatrischen Klinik Lüneburg keinen Vorläufervertrag hatte und die Klinik mutmaßlich zunächst notwendige Modellstrukturen implementieren musste. Des Weiteren waren im ersten Modelljahr nur Patienten für einen Landkreis in das Modellvorhaben eingeschlossen. Das Modellvorhaben konnte hier in der Gänze erst ab dem zweiten Modelljahr in Gänze umgesetzt werden. Effekte bei großer Umstrukturierung in der Klinik sind meist erst nach einer gewissen Implementierungszeit

zu erwarten. Dies trifft in Bezug zu den vollstationären Behandlungstagen klinikneuer Patienten hier zu.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit höheren AU-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr widerspricht der angenommenen Hypothese einer Verringerung von AU-Tagen im Modellvorhaben gegenüber der Kontrollgruppe. In den vorliegenden Untersuchungen war dies nicht ersichtlich. Sowohl für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr also auch für klinikneue Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Dieser Effekt ist hypothesenkonträr und schien sich über die Zeit nicht angeglichen zu haben. Zudem gibt es einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Der Effekt einer sich verringernden vollstationären Behandlungszeit für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr schien sich (noch) nicht auf die Höhe der AU-Tage ausgewirkt zu haben. Für diesen Parameter muss einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeitsmarkt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise beeinflusst werden können.

Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme lässt sich schlussfolgern, dass für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr die PIA vermehrt in Anspruch genommen wurde, dies aber im Zeitverlauf nicht ausgebaut bzw. gehalten wurde (bezogen auf Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr). Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV-Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

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

In der Diskussion muss berücksichtigt werden, dass sich sowohl bei klinikneuen als auch bei klinikbekannten Patienten das Verhältnis der Tagesätze von Modellklinik zu den Kontrollkliniken im Zeitverlauf stark veränderte. So lag der durchschnittliche Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall ca. 6 % oberhalb der Kontrollkliniken, im Jahr 2014 ca. 8 % und 2015 ca. 12% oberhalb des Niveaus der Kontrollkliniken. Inwieweit es sich um periodenfremde Effekte handelt, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von einer Krankenkasse in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. 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 so-

wie 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 zur Wirksamkeit des Modellvorhabens zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Behandlungstage in diesem Modellprojekt ab dem dritten Modelljahr vermieden wurden. Die AU-Tage stiegen jedoch hypothesenkonträr in der IG stärker als in der KG. Dass Modelleffekte teilweise erst im dritten Jahr ersichtlich waren erscheint plausibel, da das Modellvorhaben ohne bereits existierenden Vorläufervertrag gestartet ist und möglicherweise eine gewisse Implementierungsphase benötigte. Ob sich der Trend zu weniger vollstationären Tagen in der IG im Vergleich zur KG über die Zeit bestätigt und ggf. noch weitere Effekte sichtbar werden, lässt sich erst im Abschlussbericht abbilden.

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.

Abweichend vom Methodenband werden im Zweiten Zwischenbericht zur Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH bei der Betrachtung der Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr nur klinikneue Patienten berücksichtigt (anstelle von allen zusammen). Dies ist darin begründet, dass im ersten Modelljahr in der Klinik Lüneburg nur Patienten eines Landkreises eingeschlossen wurden und ab dem zweiten Modelljahr diese Einschränkung wegfiel. Alle gemeldeten Referenzfälle außerhalb dieses Landkreises wurden auf ab dem zweiten Modelljahr verschoben. Dies führte nicht nur zu einer geringeren Fallzahl bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, sondern auch zu einer Erhöhung der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Da nur ein Teil der Patienten einen verschobenen Referenzfall aufwies, ist neben der hohen Zahl an klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr mit einer Verzerrung zu rechnen. Daher werden bei der Untersuchung der Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr nur klinikneue Patienten eingeschlossen.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

Die Abschnitte zur technischen und inhaltlichen Aufbereitung wurden in einem 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 im Dezember 2018.

Die Analyse der Modell- und Kontrollpatienten basierten auf Daten der folgenden Krankenkasse:

- AOK Niedersachsen.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- AOK Plus
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Mobil Oil
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HEK
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 2.296 Versicherte ein, wobei für 2.065 Versicherte (90 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die KG wurde aus einer Grundpopulation von 39.063 Patienten gezogen.

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

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch für die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier nahezu keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben (vgl. Tabelle 3). Lediglich die klinikbekannten Patienten der IG der Kohorte 2 waren signifikant älter als die KG (IG: 49,6 Jahre; KG: 47,3; $p = 0,034$). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der IG und der KG ergaben.

Die IG der Kohorte 2 hatte einen signifikant größeren Anteil an Referenzfällen in der PIA und einen signifikant geringeren Anteil vollstationärer und teilstationärer Referenzfälle in der Allg. Psychiatrie. Auch der Anteil der Patienten mit PIA-Fall im Prä-Zeitraum war in der IG der Kohorte 2 signifikant höher als in der KG. Der Anteil der Patienten mit vertragsärztlichem Fall im Prä-Zeitraum war in der IG der Kohorte 2 signifikant kleiner als in der KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	2.672	45.877	2.296 (86%)	39.063 (85%)	2.065 (77% ; 90%)	2.065 (5% ; 5%)
	Kohorte 1	401	23.915	356 (89%)	20.900 (87%)	355 (89% ; 100%)	355 (1% ; 2%)
	Kohorte 2	1.617	11.948	1.428 (88%)	10.012 (84%)	1.309 (81% ; 92%)	1.309 (11% ; 13%)
	Kohorte 3	654	10.014	512 (78%)	8.151 (85%)	401 (61% ; 78%)	401 (4% ; 5%)
Klinikneu	Gesamt	1.342	31.566	1.037 (77%)	26.201 (83%)	1.037 (77% ; 100%)	1.037 (3% ; 4%)
	Kohorte 1	153	11.121	134 (88%)	9.323 (84%)	134 (88% ; 100%)	134 (1% ; 1%)
	Kohorte 2	655	10.951	502 (77%)	9.158 (84%)	502 (77% ; 100%)	502 (5% ; 5%)
	Kohorte 3	534	9.494	401 (75%)	7.720 (83%)	401 (75% ; 100%)	401 (4% ; 5%)
Klinikbekannt	Gesamt	1.330	14.311	1.259 (95%)	12.862 (90%)	1.028 (77% ; 82%)	1.028 (7% ; 8%)
	Kohorte 1	248	12.794	222 (90%)	11.577 (90%)	221 (89% ; 100%)	221 (2% ; 2%)
	Kohorte 2	962	997	926 (96%)	854 (86%)	807 (84% ; 87%)	807 (81% ; 94%)
	Kohorte 3	120	520	111 (93%)	431 (90%)	(0% ; 0%)	(0% ; 0%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	17,6	335
2	19,3	346
3	19,8	645
4	20,3	355
5	21,3	414
6	21,6	143
7	22,9	44
8	23,6	40
9	23,9	47
10	24,3	55

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	2.065	2.065		355	355		1.309	1.309		401	401		IG	KG
	klinikneu	1.037	1.037		134	134		502	502		401	401			
	klimbekannt	1.028	1.028		221	221		807	807		-	-			
mittleres Alter	gesamt	49,9	50,0	1,000	52,7	54,3	1,000	49,3	48,7	1,000	49,2	50,7	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	49,3	51,0	0,278	51,0	52,0	1,000	48,9	51,0	0,538					
	klimbekannt	50,4	49,1	0,368	53,7	55,7	1,000	49,6	47,3	0,034					
Anteil Frauen	gesamt	55,4%	55,3%	1,000	62,0%	60,3%	1,000	53,1%	54,2%	1,000	57,1%	54,4%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	56,6%	55,4%	1,000	60,4%	56,7%	1,000	55,2%	55,8%	1,000					
	klimbekannt	54,2%	55,2%	1,000	62,9%	62,4%	1,000	51,8%	53,2%	0,618					
Anteil klimbekannter Patienten	gesamt	49,8%	49,8%	1,000	62,3%	62,3%	1,000	61,7%	61,7%	1,000	0,0%	0,0%	NA	NA	NA
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klimbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	72,0%	50,6%	<0,001	75,8%	70,1%	1,000	76,0%	45,1%	<0,001	55,4%	51,1%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	61,3%	50,0%	<0,001	55,2%	44,8%	1,000	67,7%	50,6%	<0,001					
	klimbekannt	82,7%	51,2%	<0,001	88,2%	85,5%	1,000	81,2%	41,8%	<0,001					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	24,1%	45,1%	<0,001	21,1%	27,9%	0,493	20,2%	49,2%	<0,001	39,2%	46,9%	0,324	1,000	1,000
	klinikneu	34,1%	48,2%	<0,001	41,0%	53,7%	0,503	28,3%	47,8%	<0,001					
	klimbekannt	13,9%	41,9%	<0,001	9,0%	12,2%	1,000	15,2%	50,1%	<0,001					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	0,0%	3,3%	<0,001	0,0%	1,1%	1,000	0,0%	4,6%	<0,001	0,0%	1,2%	0,655	NA	1,000
	klinikneu	0,0%	1,4%	0,004	0,0%	0,7%	1,000	0,0%	1,6%	0,091					
	klimbekannt	0,0%	5,4%	<0,001	0,0%	1,4%	1,000	0,0%	6,4%	<0,001					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,0%	<0,001	0,0%	0,8%	1,000	0,0%	1,1%	0,003	0,0%	0,7%	1,000	NA	1,000
	klinikneu	0,0%	0,4%	0,666	0,0%	0,7%	1,000	0,0%	0,0%	NA					
	klimbekannt	0,0%	1,6%	<0,001	0,0%	0,9%	1,000	0,0%	1,7%	0,002					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	16,3%	14,8%	0,990	17,5%	20,8%	1,000	19,6%	16,9%	0,426	4,7%	2,7%	1,000	1,000	0,779
	klinikneu	4,5%	4,8%	1,000	3,7%	8,2%	1,000	4,6%	5,6%	1,000					
	klimbekannt	28,2%	24,9%	0,368	25,8%	28,5%	1,000	28,9%	23,9%	0,083					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,4%	1,5%	1,000	6,2%	5,4%	1,000	0,3%	0,8%	0,481	0,5%	0,2%	1,000	1,000	0,968
	klinikneu	0,5%	0,7%	1,000	0,7%	3,0%	1,000	0,4%	0,4%	1,000					
	klimbekannt	2,2%	2,3%	1,000	9,5%	6,8%	1,000	0,2%	1,1%	0,139					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	42,2%	19,1%	<0,001	55,5%	54,4%	1,000	51,2%	15,4%	<0,001	1,2%	0,0%	0,655	1,000	0,061
	klinikneu	2,7%	1,3%	0,191	4,5%	3,7%	1,000	3,4%	1,6%	0,538					
	klimbekannt	82,1%	37,1%	<0,001	86,4%	85,1%	1,000	80,9%	23,9%	<0,001					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	41,2%	48,4%	<0,001	43,1%	46,8%	1,000	42,4%	53,1%	<0,001	35,7%	34,7%	1,000	1,000	0,002
	klinikneu	39,1%	42,2%	0,666	45,5%	56,0%	1,000	40,0%	44,6%	0,640					
	klimbekannt	43,4%	54,7%	<0,001	41,6%	41,2%	1,000	43,9%	58,4%	<0,001					

(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 Psychiatrische Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V an der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An der Psychiatrischen Klinik Lüneburg waren laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 232 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 71 in der Tagesklinik vorgesehen. Hinzu kamen 56 Betten/Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 27 in der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Lediglich die Allgemeine Psychiatrie, nicht jedoch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, war Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschlossen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, ambulante Behandlung mit Einbezug der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Home-Treatment, andere Arten der häuslichen und familiären Betreuung sowie Notfallbehandlung. Es handelte sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit einem jährlich zu vereinbarenden Budget, inklusiv einer Zielgröße für die Umsteuerung stationärer Behandlungstage in stationsersetzende Behandlungsformen und der daraus resultierenden Leistungsmengen im stationären und im stationsersetzenden Bereich.

Die Klinik hatte in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgte. Nur die Allgemeine Psychiatrie war 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, sektorenübergreifende Sitzungen/ Fallkonferenzen, Akut-Tagesklinik mit flexibler und bedürfnisangepasster Behandlung. Zudem erfolgte in ambulanten sowie teil- und vollstationären Gruppen eine settingübergreifende, flexible, bedürfnisangepasste Behandlung. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik vor Modellbeginn keine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur.

Wie bei allen Modellverträgen nach §64b SGB V umfasste das vereinbarte Gesamtbudget alle Leistungsbereiche des Modellvertrages (stationär, teilstationär, ambulant/PIA/Home Treatment). Innerhalb des Gesamtbudgets wurden Teilbudgets für den nach Umsteuerung entsprechend der Zielgröße verbleibenden stationären Anteil und für den nach Umsteuerung sich ergebenden stationsersetzenden Anteil (teilstationär, ambulant/PIA/Home Treatment) ausgewiesen. Am Jahresende erfolgte bezogen auf die Abweichung der IST-Daten von der Vereinbarung ein Ausgleich im Verhältnis 50 zu 50.

Grundlage für die Festlegung des Gesamtbudgets für das Jahr 2014 bildete der aus dem Regelvergütungsbudget gemäß §3 Abs. 2 Ziffer 3b BpflV ausgliederte Budgetanteil der AOK Niedersachsen für

voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung zuzüglich der in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) erbrachten Behandlungsleistungen und deren Vergütungsvolumen.

Die Abrechnung im Beobachtungszeitraum erfolgte in allen drei Leistungsbereichen der Modellklinik über unterjährige Budget-Abschlagszahlungen. Es erfolgte keine auf den einzelnen Behandlungsfall bezogene Abrechnung der erbrachten Leistungen.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wurde im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum in drei Kliniken ausschließlich nach Pflegesätzen abgerechnet. In einer Klinik erfolgte die Umstellung auf PEPP im vierten Quartal 2015. In einer der Kontrollklinik wird nach Pflegesätzen abgerechnet, es existierte aber zusätzlich ein IV-Vertrag zu ambulanz/stationärer Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit.

Im ersten Modelljahr wurden nur Patienten mit Hauptwohnsitz im Landkreis Harburg als Modellpatienten behandelt bzw. konnten entsprechend vergütet werden (siehe §1 (3) der Vergütungsvereinbarung als Anlage zum Modellvertrag). Demnach wurden auch nur diese Patienten in der Evaluation für diesen Zeitraum berücksichtigt.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Circa 70-80% 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)
depressive Episoden (F32)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
andere Angststörungen (F41) und
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 4).

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	134	134
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	67,2 %	68,7 %
• Zwei Diagnosen	30,6 %	27,6 %
• Drei Diagnosen	2,2 %	2,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	1,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	7	7
2. F32 & F43	6	6
3. F33 & F43	4	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)	221	221
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	64,3 %	65,2 %
• Zwei Diagnosen	30,8 %	28,5 %
• Drei Diagnosen	4,5 %	5,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	0,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	12	13
2. F10 & F32	5	5
3. F33 & F43	4	4

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

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (nur klinikneue Patienten)

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	401	401
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	77,1 %	78,3 %
• Zwei Diagnosen	19,7 %	19,7 %
• Drei Diagnosen	3,2 %	2,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	12	12
2. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F32	7	7
3. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F41	7	6

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum					
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)		
Gruppe	IG	KG	IG	KG	
Gesamtzahl (n)	90	92	134	134	
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,2 %	2,2 %	1,5 %	3,0 %	
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	11,1 %	10,9 %	9,0 %	8,2 %	
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,7 %	16,3 %	17,9 %	18,7 %	
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	2,2 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	
• F 30-39 (Affektive Störungen)	58,9 %	58,7 %	70,1 %	70,1 %	
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,4 %	4,3 %	13,4 %	14,2 %	
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	1,1 %	2,2 %	1,5 %	
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,3 %	3,3 %	9,0 %	9,0 %	
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,5 %	
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	6,0 %	5,2 %	
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	1,1 %	0,7 %	0,7 %	
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %	
Alter ¹					
• Mittelwert	55,7	54,9	51,0	52,0	
• Median	52	52	48	50	
• (Interquartilsabstand)	(42 - 73)	(40 - 71)	(35 - 65)	(39 - 67)	
Geschlecht (%)					
• Frauen	57,8 %	53,3 %	60,4 %	56,7 %	
• Männer	42,2 %	46,7 %	39,6 %	43,3 %	
Behandlungssetting bei Einschluss (%)					
• stationär	40,0 %	54,3 %	44,8 %	55,2 %	
• PIA	60,0 %	45,7 %	55,2 %	44,8 %	
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)					
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,7 %	
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,4 %	5,4 %	6,0 %	8,2 %	
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	8,9 %	13,0 %	9,0 %	10,4 %	
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	1,1 %	2,2 %	0,7 %	
• Abschluss unbekannt	7,8 %	6,5 %	9,7 %	8,2 %	

• Fehlende Angabe	78,9 %	73,9 %	70,9 %	71,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,3 %	2,2 %	6,0 %	3,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	13,3 %	18,5 %	17,2 %	19,4 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,4 %	5,4 %	6,0 %	6,0 %
• Fehlende Angabe	78,9 %	73,9 %	70,9 %	71,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	17,8 %	10,9 %	14,2 %	11,2 %
• Nein	82,2 %	77,2 %	85,8 %	77,6 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	12,0 %	0,0 %	11,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	20,0 %	25,0 %	20,1 %	29,1 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	18,9 %	20,7 %	22,4 %	22,4 %
• Weder A noch B	61,1 %	54,3 %	57,5 %	48,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	51,1 %	37,0 %	57,5 %	44,0 %
• Familienversicherter	5,6 %	7,6 %	6,0 %	6,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	41,1 %	46,7 %	34,3 %	41,8 %
• Fehlende Angabe	2,2 %	8,7 %	2,2 %	8,2 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	142	144	221	221
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	3,2 %	2,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	6,3 %	6,3 %	6,8 %	6,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,6 %	5,6 %	6,3 %	5,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	4,2 %	4,2 %	12,7 %	12,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	17,6 %	18,1 %	15,4 %	15,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	52,1 %	51,4 %	62,4 %	63,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,1 %	2,1 %	7,2 %	7,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,2 %	4,2 %	10,0 %	10,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	7,0 %	7,6 %	11,8 %	12,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,7 %	0,7 %	1,4 %	1,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,4	57,5	53,7	55,7
• Median	50	56	50	54
• (Interquartilsabstand)	(38 - 72)	(44 - 70)	(38 - 71)	(41 - 70)
Geschlecht (%)				
• Frauen	64,1 %	62,5 %	62,9 %	62,4 %
• Männer	35,9 %	37,5 %	37,1 %	37,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	8,5 %	9,0 %	11,8 %	14,5 %
• PIA	91,5 %	91,0 %	88,2 %	85,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	1,4 %	0,5 %	1,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,3 %	7,6 %	8,1 %	6,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	7,7 %	4,9 %	5,4 %	3,6 %
• Abitur/Fachabitur	2,1 %	2,8 %	1,8 %	1,8 %
• Abschluss unbekannt	7,7 %	2,8 %	8,1 %	4,5 %

• Fehlende Angabe	75,4 %	80,6 %	76,0 %	81,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,0 %	4,2 %	5,9 %	4,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	9,9 %	11,1 %	10,0 %	8,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,5 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,5 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	7,7 %	2,8 %	8,1 %	4,1 %
• Fehlende Angabe	75,4 %	80,6 %	76,0 %	81,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	8,5 %	19,4 %	10,0 %	21,7 %
• Nein	91,5 %	71,5 %	90,0 %	68,8 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	9,0 %	0,0 %	9,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	30,3 %	31,9 %	30,3 %	29,4 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	41,5 %	52,8 %	45,7 %	57,5 %
• Weder A noch B	28,2 %	15,3 %	24,0 %	13,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	45,8 %	38,2 %	47,5 %	39,4 %
• Familienversicherter	9,9 %	5,6 %	6,3 %	4,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	40,8 %	52,8 %	43,4 %	51,6 %
• Fehlende Angabe	3,5 %	3,5 %	2,7 %	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

Alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (nur klinikneue Patienten)

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	309	314	401	401
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,3 %	2,2 %	1,7 %	1,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	7,1 %	7,3 %	6,5 %	7,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,0 %	1,0 %	1,0 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	18,4 %	18,8 %	21,2 %	21,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,8 %	7,0 %	7,0 %	7,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	42,7 %	41,7 %	49,1 %	47,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,0 %	10,8 %	15,5 %	15,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	2,7 %	2,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,8 %	6,4 %	10,5 %	11,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,6 %	3,5 %	2,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,6 %	1,6 %	3,5 %	2,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,3 %	1,0 %	1,7 %	1,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,2	52,3	49,2	50,7
• Median	50	52	49	50
• (Interquartilsabstand)	(33 - 63)	(39 - 64)	(33 - 60)	(37 - 62)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,0 %	51,0 %	57,1 %	54,4 %
• Männer	44,0 %	49,0 %	42,9 %	45,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	43,4 %	44,9 %	44,6 %	48,9 %
• PIA	56,6 %	55,1 %	55,4 %	51,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,9 %	1,3 %	2,5 %	1,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	11,0 %	6,4 %	11,0 %	6,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,4 %	8,6 %	9,5 %	9,5 %
• Abitur/Fachabitur	2,6 %	4,8 %	2,2 %	5,7 %
• Abschluss unbekannt	9,7 %	8,6 %	10,2 %	8,2 %

• Fehlende Angabe	64,4 %	70,4 %	64,6 %	68,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,7 %	5,7 %	9,2 %	7,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,8 %	15,3 %	17,7 %	15,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	1,3 %	0,2 %	1,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,6 %	1,0 %	0,5 %	1,7 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	8,1 %	6,1 %	7,7 %	6,0 %
• Fehlende Angabe	64,4 %	70,4 %	64,6 %	68,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,2 %	16,2 %	14,7 %	15,5 %
• Nein	84,8 %	73,2 %	85,3 %	74,3 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	10,5 %	0,0 %	10,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	25,9 %	22,3 %	25,7 %	24,4 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	16,5 %	14,0 %	17,7 %	15,7 %
• Weder A noch B	57,6 %	63,7 %	56,6 %	59,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	63,8 %	56,4 %	63,1 %	59,6 %
• Familienversicherter	4,2 %	8,0 %	5,5 %	6,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	30,4 %	31,8 %	29,2 %	29,9 %
• Fehlende Angabe	1,6 %	3,8 %	2,2 %	3,7 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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 als Kontrollkliniken Universitätskliniken berücksichtigt. Daher wurde deren Einfluss bei allen Kohorten mit einjähriger Nachbeobachtungszeit für die primären Fragestellungen untersucht (insgesamt acht Analysen: Referenzfall im ersten und dritten Jahr, klinikneue und klinikbekannte Patienten, vollstationäre Behandlungstage und Arbeitsunfähigkeitstage). Bei sieben von den acht Untersuchungen wurde kein statistisch signifikanter Effekt der Universitätskliniken festgestellt. Lediglich bei den prävalenten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (und einjähriger Nachbeobachtungszeit) bei den vollstationären Behandlungstagen wurde ein signifikanter Einfluss des Merkmals Universitätsklinikum festgestellt. Dieser Effekt wird am Ende des Kapitels 8.2.1 in einem eigenen Absatz erörtert.

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)	133	133	127	122	131	131	124	118
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)	9,8 %	29,3 %	15,0 %	11,5 %	13,0 %	34,4 %	20,2 %	16,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,8 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	2,3 %	2,3 %	0,0 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,5 %	14,3 %	10,2 %	10,7 %	15,3 %	13,7 %	16,1 %	11,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,9	20,9	7,5	3,2	2,3	20,6	8,7	7,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	1,7	0,7	0,9	1,4	6,7	0,8	1,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,1	22,6	8,2	4,1	3,7	27,3	9,5	9,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,0	1,3	0,0	0,5	0,3	0,0	0,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,0	1,3	0,0	0,5	0,3	0,0	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,7	2,2	0,7	0,8	1,9	1,7	3,1	1,3

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

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

sichtig.

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	220	220	206	192	215	215	199	190
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) 	33,2 %	22,3 %	16,0 %	15,6 %	28,4 %	20,9 %	16,6 %	15,8 %
	1,8 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %	3,3 %	7,0 %	3,5 %	4,2 %
	15,5 %	12,7 %	16,0 %	12,0 %	18,6 %	20,5 %	18,6 %	16,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	12,0	11,8	7,6	5,8	13,0	10,8	7,2	9,6
	2,2	0,4	2,6	1,6	3,6	2,5	1,2	1,4
	14,2	12,2	10,2	7,4	16,6	13,2	8,4	11,0
	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	1,3	1,7	1,4
	0,2	0,0	0,0	0,0	0,7	1,1	1,7	1,2
	1,8	1,2	1,8	0,9	1,7	3,0	1,7	1,9

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

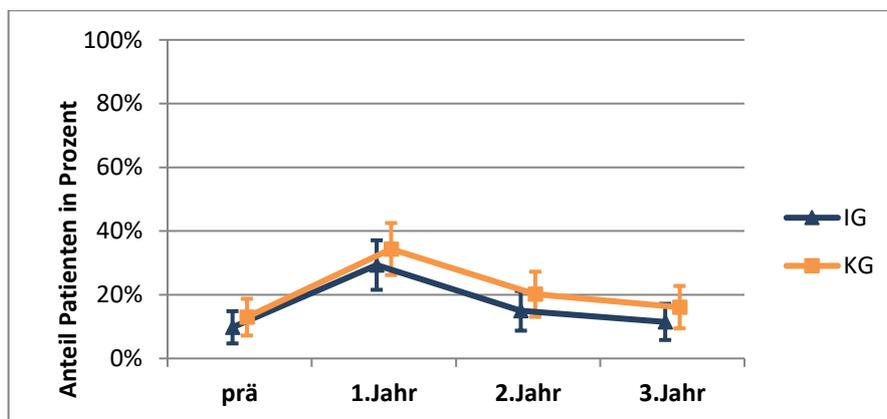
Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

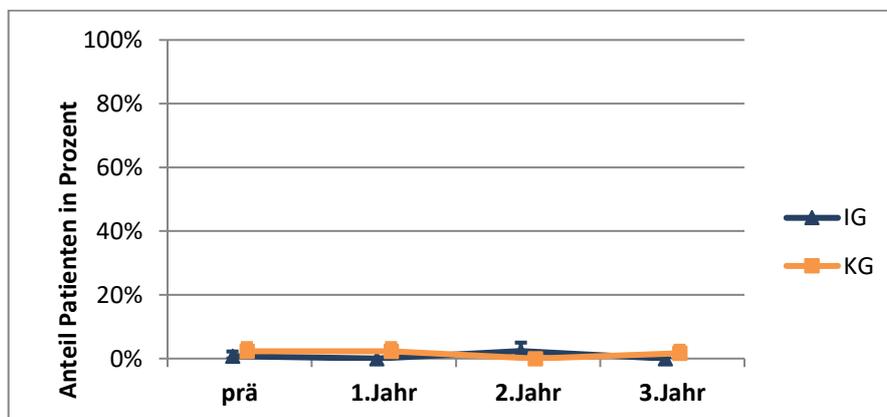
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

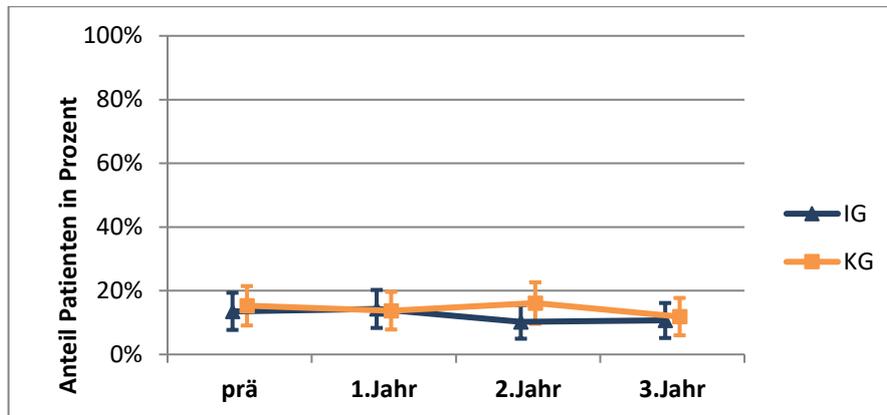
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

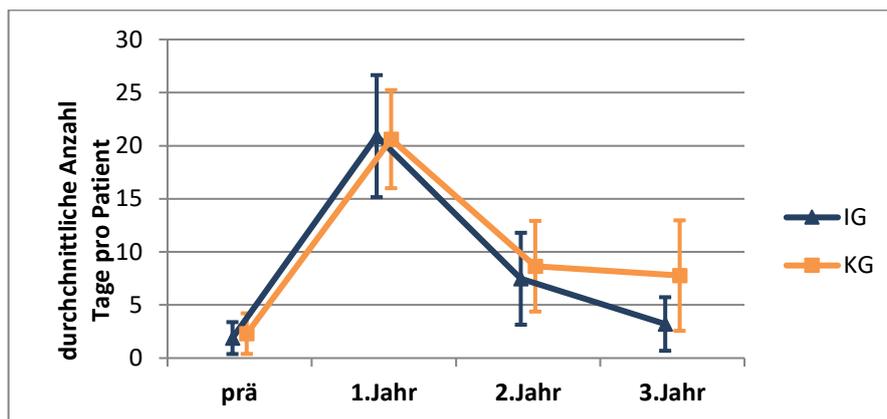


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

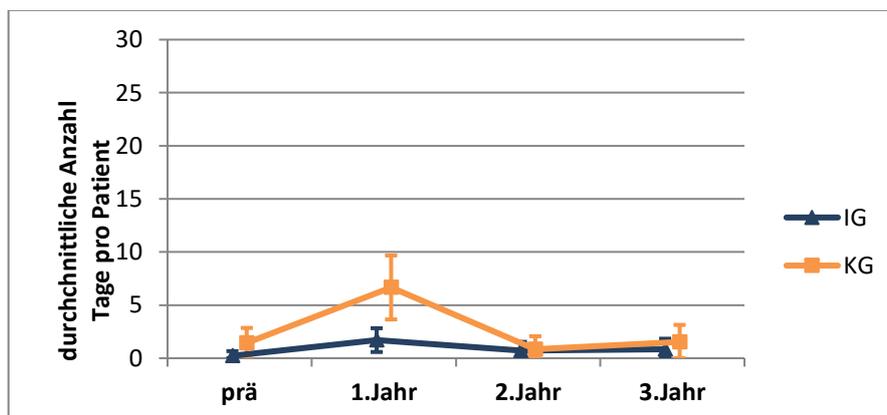


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

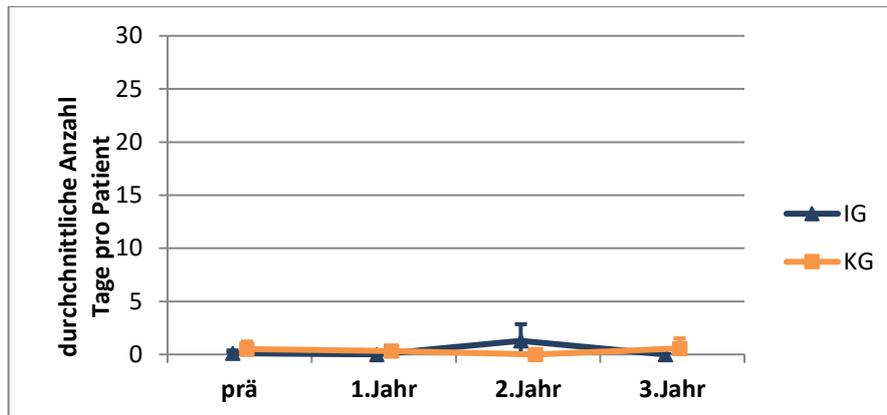
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



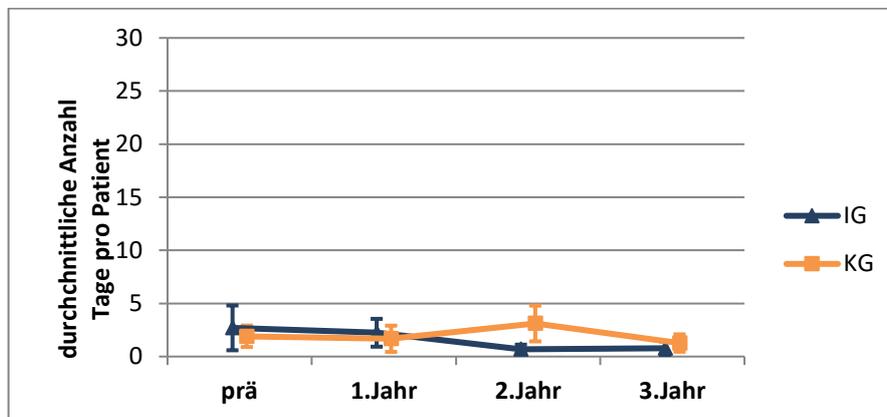
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



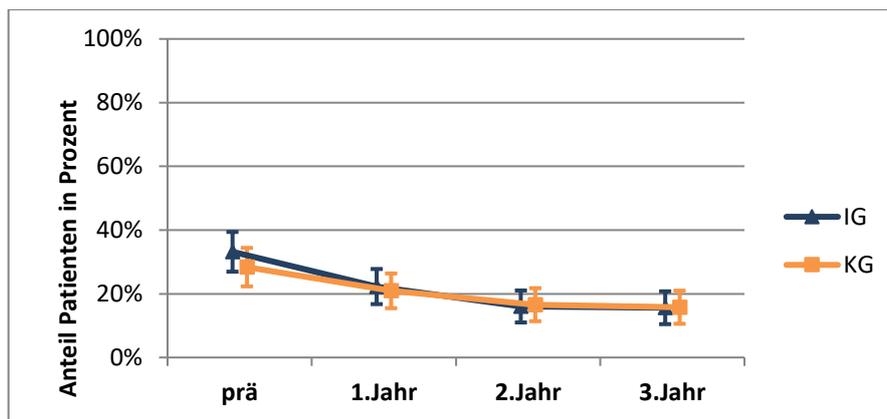
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

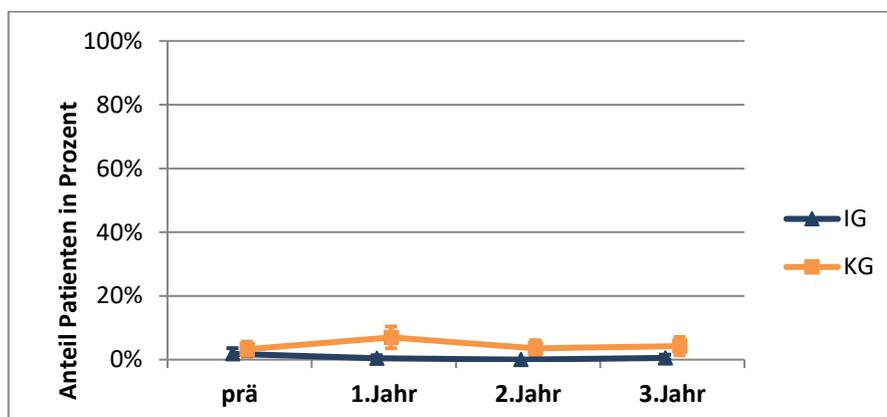
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

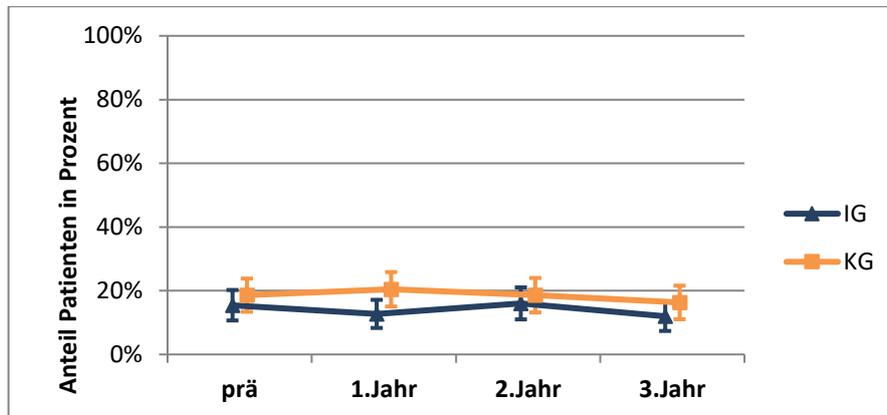
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

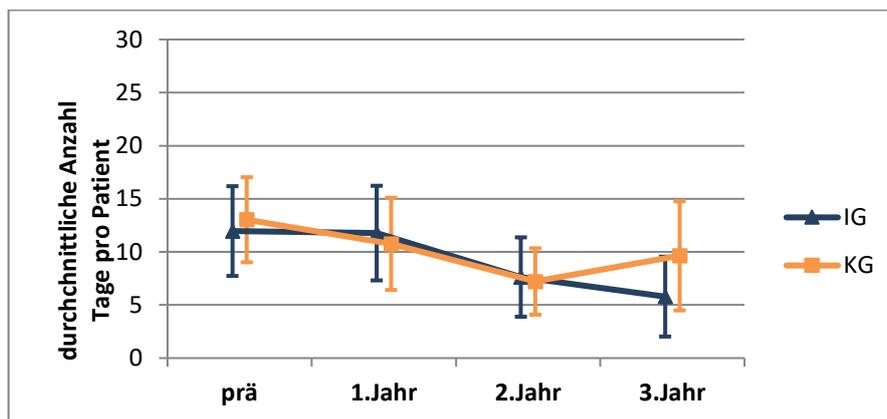


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

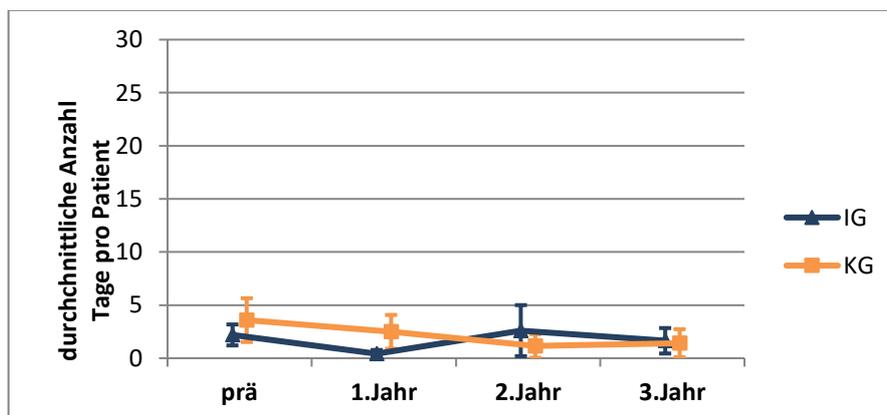


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

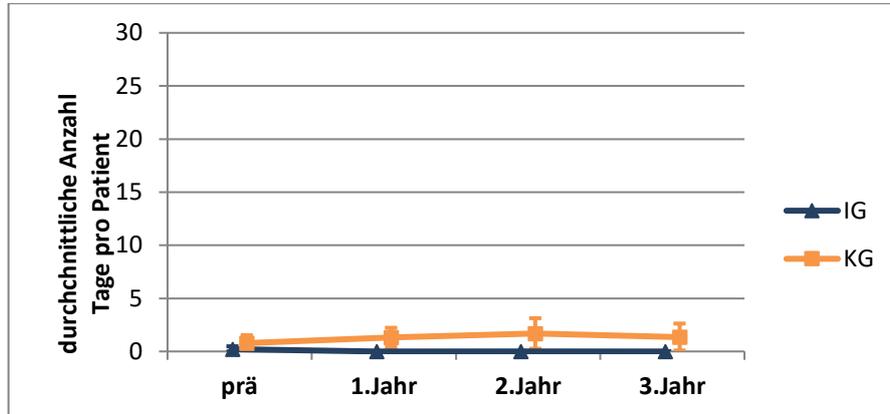
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



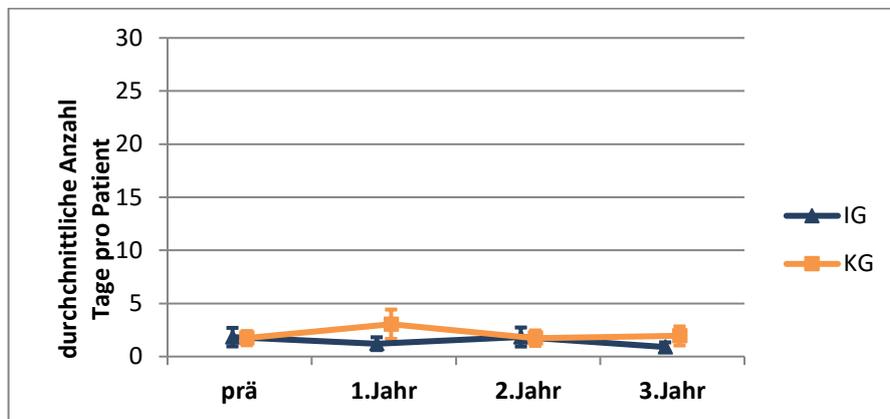
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



- 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=133, KG=131; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=220, KG=215).

Sowohl in der IG als auch in der KG zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 1,9; KG: 2,3 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 20,9; KG: 20,6 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 7,5 und 3,2 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 8,7 und 7,8 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Dabei war das Niveau im Prä-Zeitraum und im ersten patientenindividuellen Jahr zwischen IG und KG vergleichbar und sank dann in der IG stärker als in der KG.

Der Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war bei der IG über die Zeit fast gleichförmig mit kleinem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. In der KG war der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr um ca. 5 teilstationäre Tage größer in der IG, ansonsten waren die teilstationären Behandlungstage mit der IG vergleichbar.

Auch bei den klimbekannt Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem steten Abfall der vollstationären Behandlungstage über die Zeit (mit kleinem Anstieg in der KG im dritten Jahr). Dabei war die Höhe der vollstationären Tage zwischen IG und KG vergleichbar. Der Abfall vom patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall zum ersten patientenindividuellen Jahr nach Referenzfall war in der IG (-0,2 vollstationäre Tage) geringer als in der KG (-2,3 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant.

Die Dauer teilstationärer Aufenthalte war bei den klinikbekannten Patienten in der IG in dem Jahr vor Referenzfall und im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG geringer und in den folgenden zwei Jahren höher als in der KG (Prä: -1,4; 1. Jahr: -2,1; 2. Jahr: 1,4; 3. Jahr: 0,2).

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar, mit Peak im ersten patientenindividuellen unter den klinikneuen Patienten und mit steter Verringerung über die Zeit unter den klinikbekannten Patienten.

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

(nur klinikneue Patienten)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	401	401	401	401
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) 	8,2 %	24,9 %	9,0 %	29,9 %
	1,5 %	2,2 %	1,5 %	3,2 %
	17,0 %	14,2 %	16,2 %	15,0 %
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) 	2,0	18,3	1,3	19,8
	0,2	5,5	0,1	5,9
	2,3	23,8	1,4	25,7
	0,1	0,6	0,2	0,7
	0,1	0,3	0,2	0,6
	2,0	1,6	2,2	1,8

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

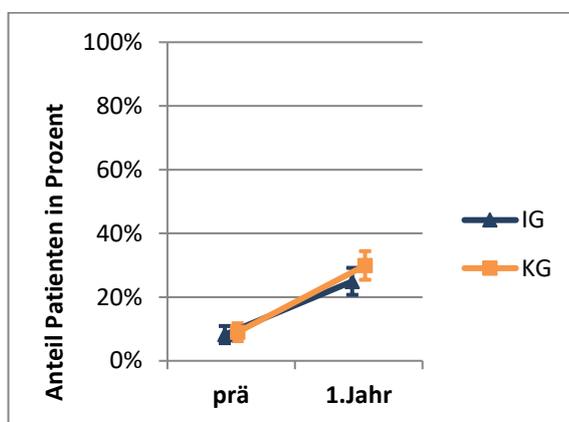
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

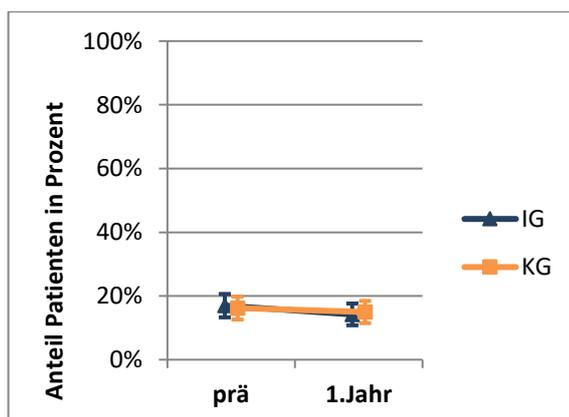
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

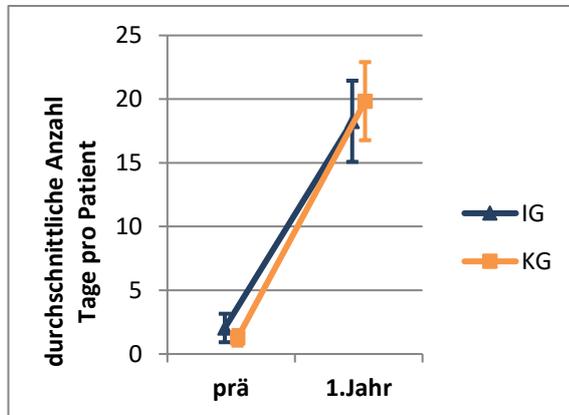
Fallzahl zu klein

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

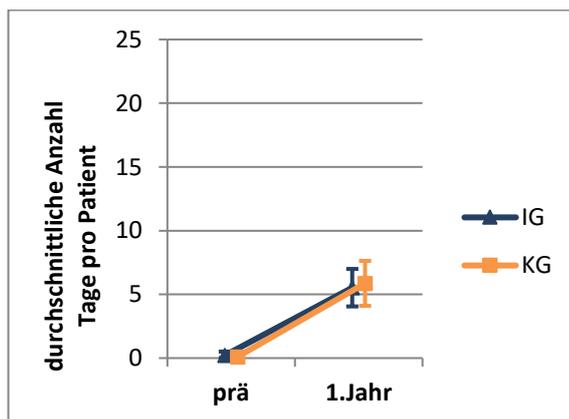


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- 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)**

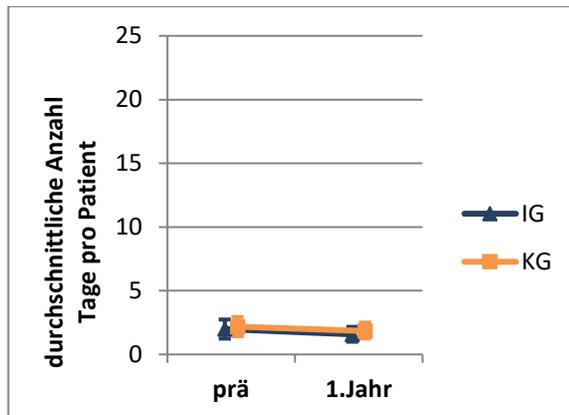


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für klinikneue Patienten 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 238ff).

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

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=401 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant geringere Zunahme der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (DiD_{additiv} = -2,35 vollstationäre Tage). Bezüglich der teilstationären Tage waren vergleichbare Anstiege zwischen IG (+5,3 teilstationäre Tage) und KG (+5,8 teilstationäre Tage) erkennbar.

Der Anstieg der Anteile der Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnosen war zwischen IG (+16,7 %-Punkte) und KG (+20,9 %-Punkte) vergleichbar.

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

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

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte stationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit psychischen Störungen durch Alkohol und mit affektiven Störungen verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

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

Bei der Untersuchung des Einflusses von **Universitätskliniken** als Kontrollklinik wurde ein signifikanter Einfluss dieses Merkmals bei linikbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit bei vollstationären Behandlungstagen festgestellt. Hier erhält man zunächst unter Berücksichtigung aller Kontrollpatienten einen signifikanten Effekt zwischen beiden Gruppen über die Zeit ($DiD_{\text{additiv}} = 1,08$, 95% Konfidenzintervall: von +0,16 zu +2,00) (siehe Tabelle 80 im Kapitel 14.3). Zu berücksichtigen ist aber, dass Kontrollpatienten mit Referenzfall in einer Universitätsklinik hier sehr viel höhere Baselinewerte mit anderen Entwicklungen über die Zeit aufweisen (prä: 28 vollstationäre Tage, 1. Jahr: 21 vollstationäre Tage). Nimmt man in einer Sensitivitätsanalyse Kontrollpatienten mit Referenzfall in einem Universitätsklinikum heraus (n=12) ist eine Veränderung über die Zeit kaum mehr ersichtlich (-0,7 vollstationäre Behandlungstage im Gegensatz zu -1,5 vollstationären Behandlungstagen mit allen Kontrollpatienten, siehe Tabelle 68 im Kapitel 14.1). Das DiD wird nun nicht mehr signifikant ($DiD_{\text{additiv}} = 0,28$ vollstationäre Tage, 95% Konfidenzintervall: von -0,62 bis +1,21 vollstationäre Tage) (Daten nicht abgebildet).

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)	133	133	127	122	131	131	124	118
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	131	132	121	115	126	129	120	113
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	6,0	3,8	3,4	0,2	2,4	1,4	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,5	2,1	2,0	1,8	2,6	3,4	3,1	1,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,4	7,2	5,9	7,2	9,2	9,9	8,9	11,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,7	0,3	0,4	3,5	1,3	0,9	1,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,1	0,0	0,3	0,4	0,2	0,4	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	13,3	6,6	5,8	5,0	9,4	6,9	11,5	7,2

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	220	220	206	192	215	215	199	190
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	217	219	202	190	215	214	197	186
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,8	10,3	8,0	6,6	7,4	8,5	7,1	7,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,9	1,1	0,7	0,7	2,0	1,9	1,8	2,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,4	9,8	7,4	7,2	13,2	13,8	12,4	12,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,3	0,3	0,2	0,3	1,5	1,6	1,2	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,9	1,1	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	14,8	5,2	8,4	5,8	23,9	14,8	11,1	16,3

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

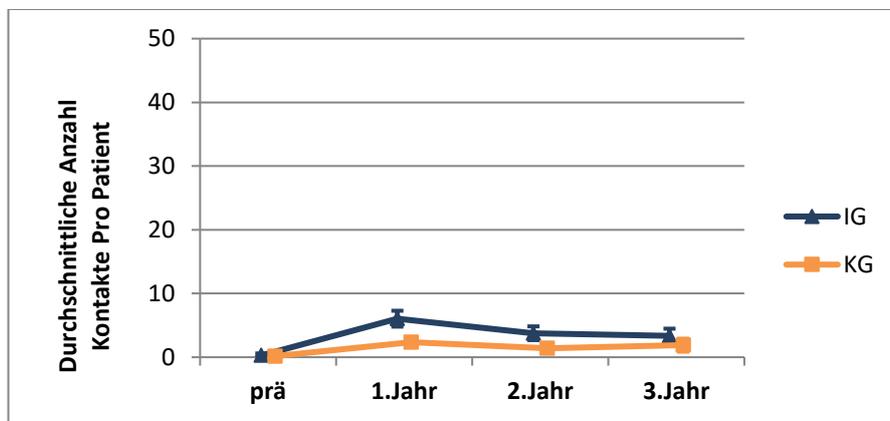
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

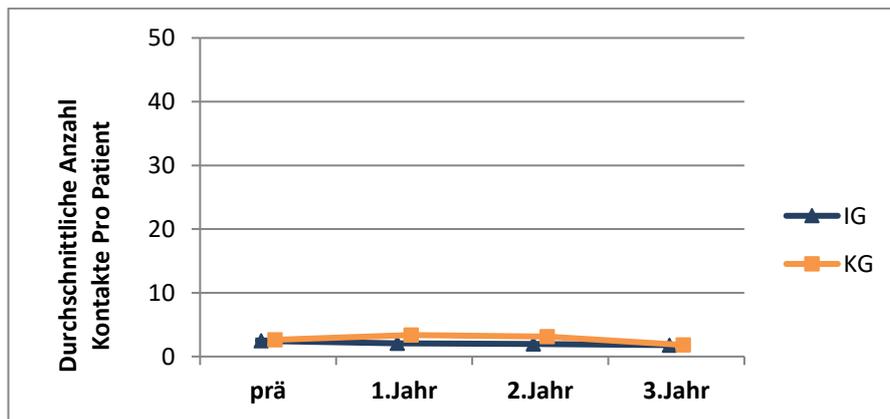
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

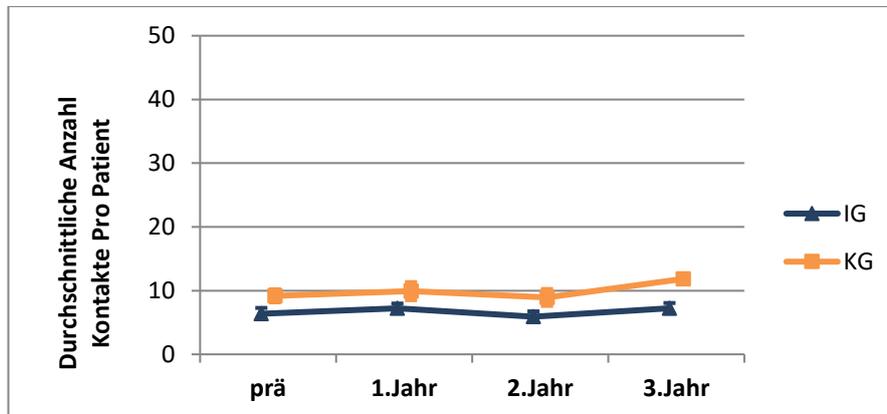
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

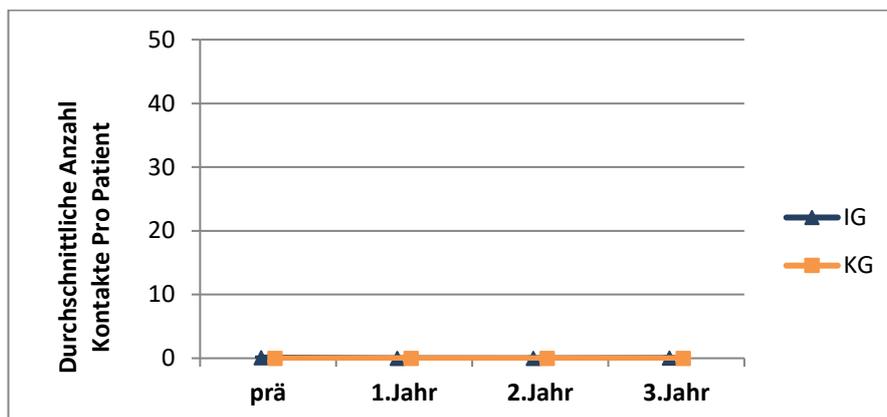


- bei anderen Vertragsärzten (E)

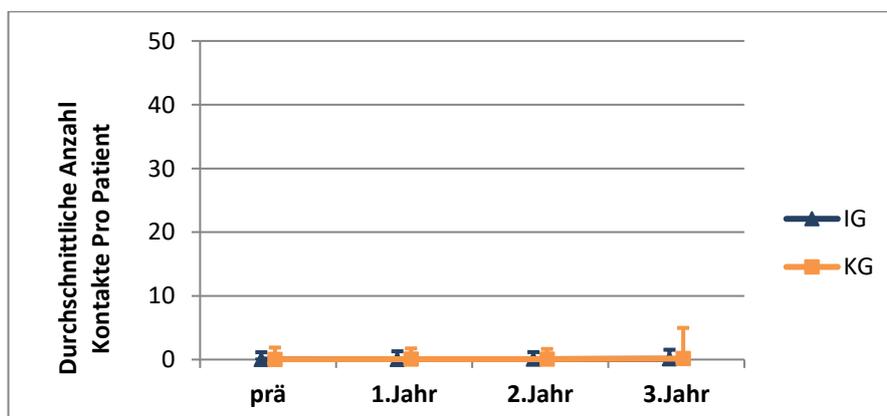


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

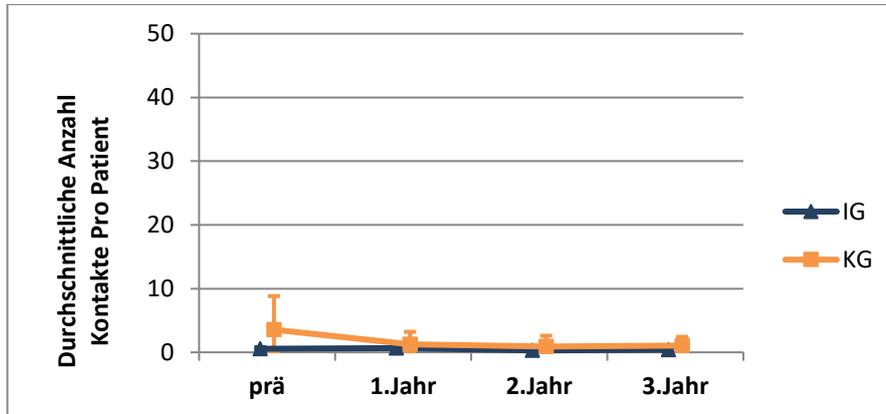
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

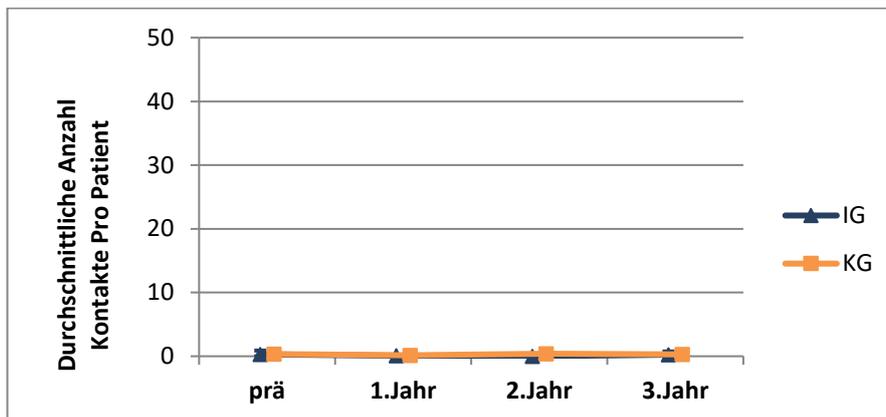


- bei anderen Vertragsärzten (F)

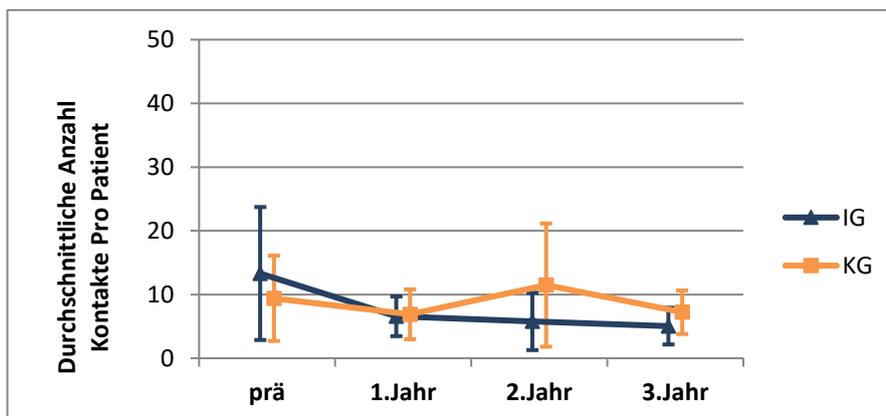


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



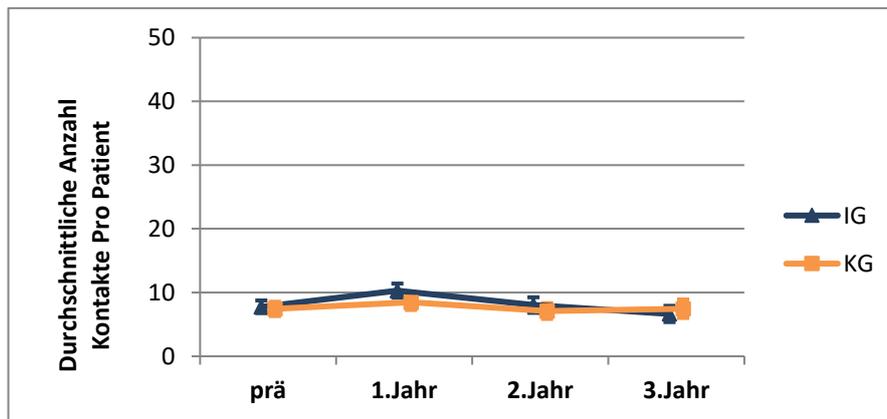
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

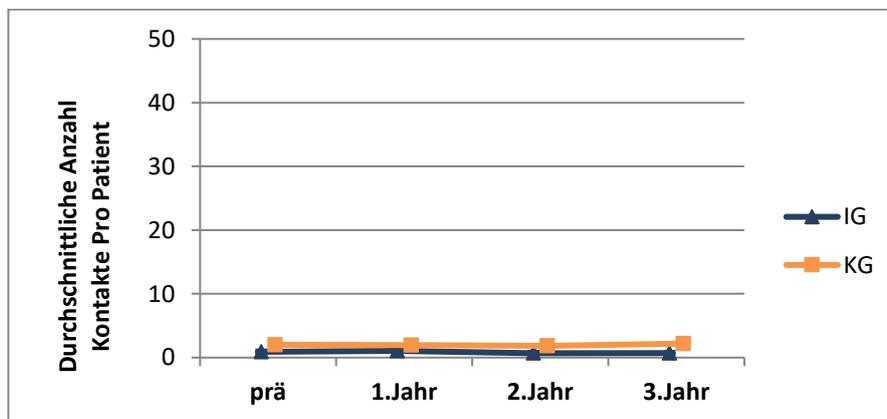
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

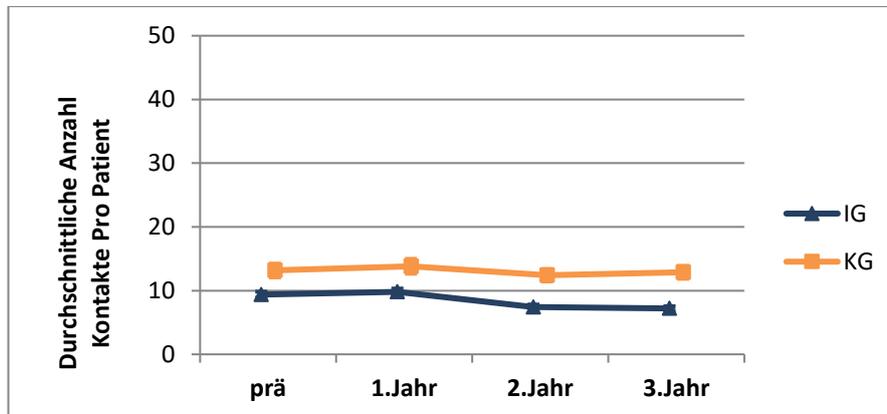
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

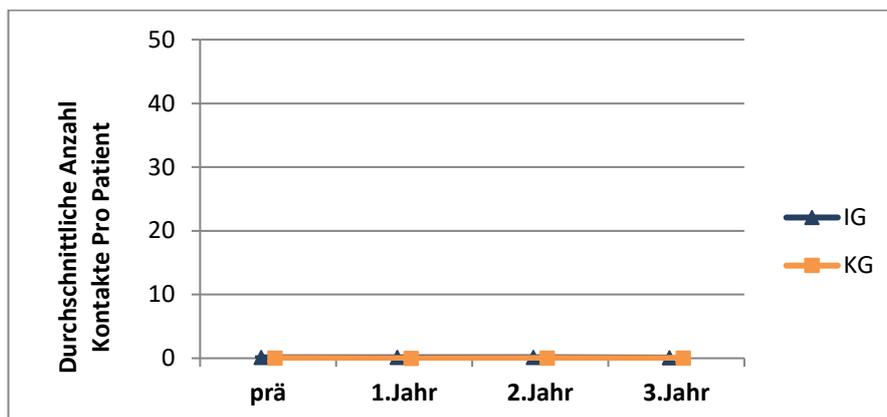


- bei anderen Vertragsärzten (E)

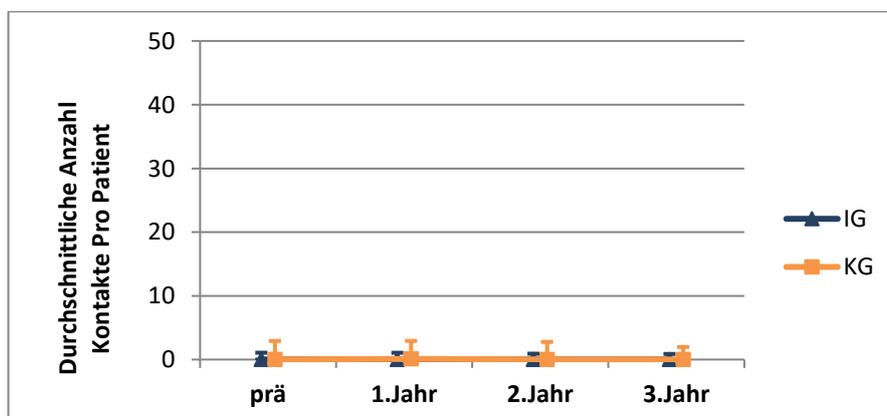


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

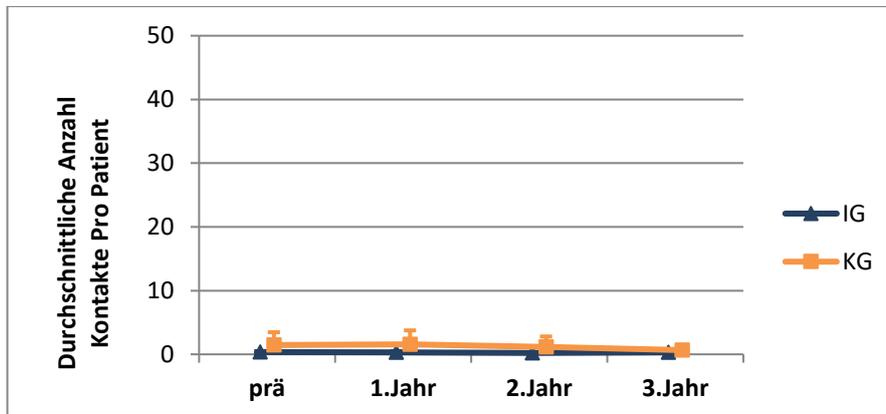
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

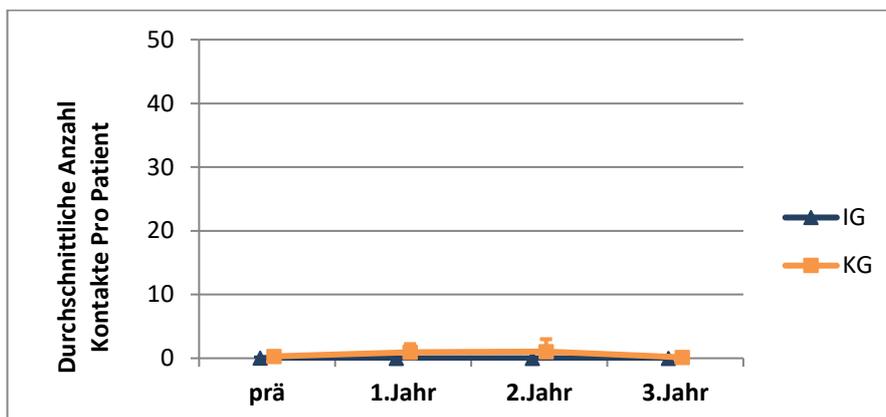


- bei anderen Vertragsärzten (F)

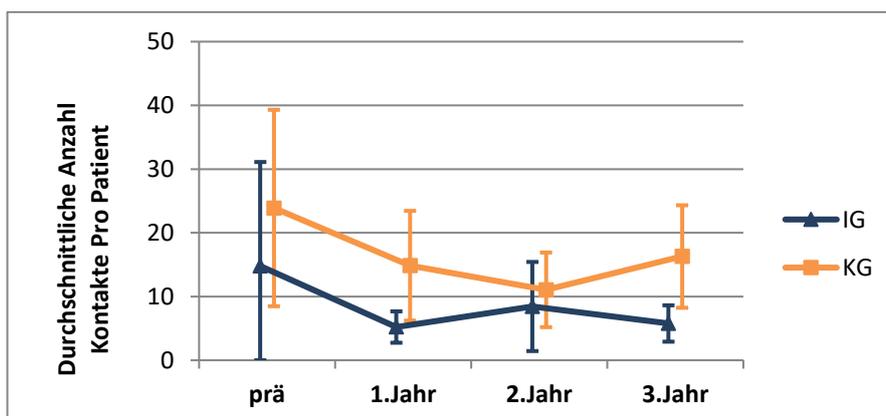


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=131, KG=129; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=219, KG=214). 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 klินิกneuen Patienten zeigte sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster in der PIA aufgrund Indexdiagnose mit einem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und einer stets höheren PIA-Kontaktanzahl in der IG im Vergleich zur KG (Prä: + 0,1; 1. Jahr: +3,7; 2. Jahr: +2,4; 3. Jahr: +1,5). Auch war der Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (IG: +5,8; KG: +2,2). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ($DiD_{\text{additiv}} = +3,52$ PIA-Kontakte) (siehe Kapitel 14.3).

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit leicht sinkenden ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt über alle Patienten im ersten und zweiten patientenindividuellen Jahr ca. 1 Kontakt unter dem Niveau der KG. Die Anzahl der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall nahm in der IG leicht ab und in der KG leicht zu. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ($DiD_{\text{additiv}} = -1,21$ PIA-Kontakte) (siehe Kapitel 14.3).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein ähnlicher Verlauf der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über die Zeit. Der Anstieg der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG (+2,5 PIA-Kontakte) größer als in der KG (+1,0 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ($DiD_{\text{additiv}} = +1,45$ PIA-Kontakte) (siehe Kapitel 14.3).

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt über alle Patienten ca. 1 Kontakt unter dem Niveau der KG.

Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte bei *anderen Vertragsärzten* war sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten bei allen Zeitpunkten in der IG niedriger als in der KG.

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

(nur klinikneue Patienten)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	401	401	401	401
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	382	396	389	394
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,8	0,0	4,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	3,4	4,4	1,3	2,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,3	9,1	7,0	9,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,3	0,2	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	1,2	1,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,6	0,2	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	14,5	8,0	13,4	11,3

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

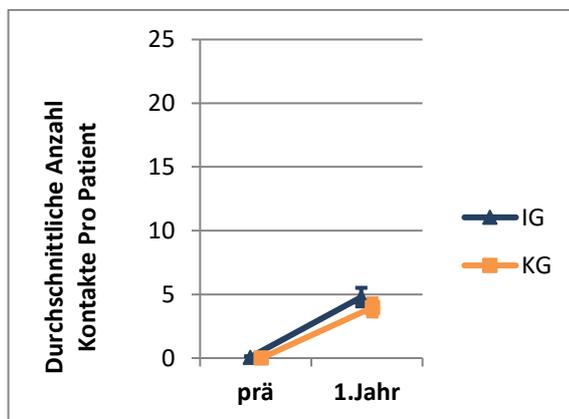
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

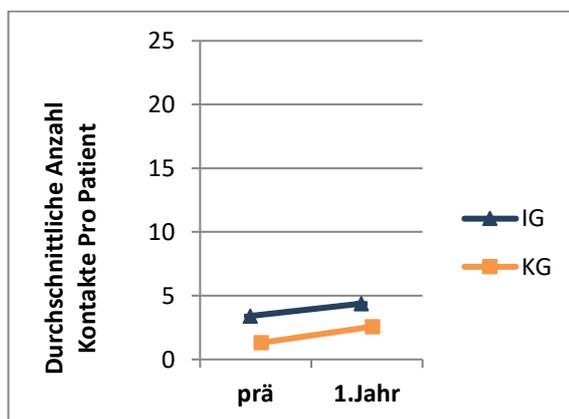
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

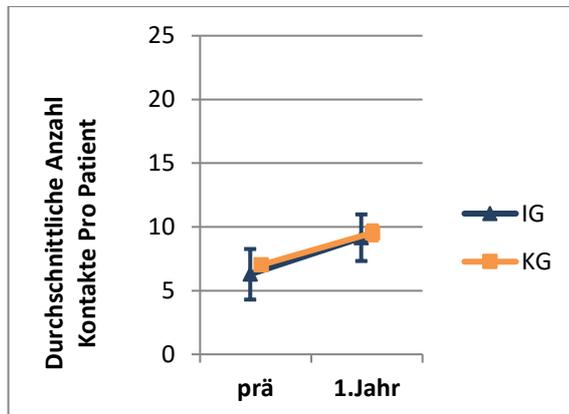
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



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

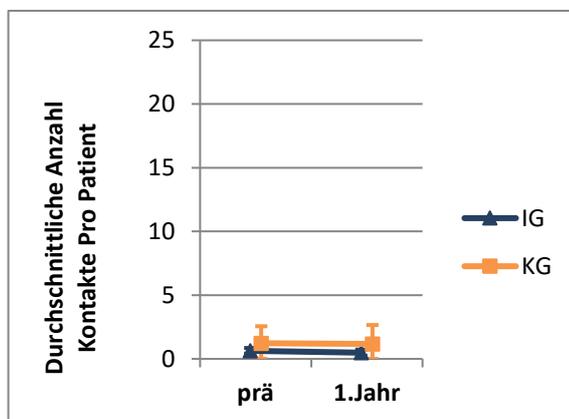
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

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)**

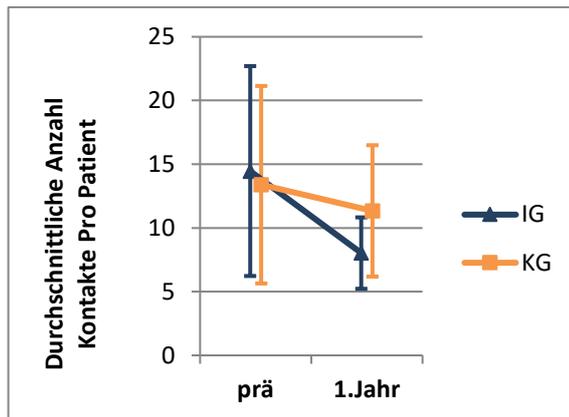


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff).

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

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 396 und 394) zeigte sich eine ähnlich starke Zunahme der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zu dem Jahr danach zwischen IG und KG. Die Fallzahl war hier zu gering um inferenzstatistische Tests zu rechnen. Auch die Zunahme der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bzw. für andere Vertragsärzte war zwischen IG und KG vergleichbar.

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	12	96	25	19	20	117	34	23
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	13,5 %	32,0 %	42,1 %	15,0 %	6,0 %	14,7 %	17,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	14,6 %	16,0 %	5,3 %	0,0 %	6,0 %	17,6 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	36,5 %	40,0 %	36,8 %	60,0 %	56,4 %	38,2 %	47,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,3 %	15,6 %	12,0 %	21,1 %	25,0 %	11,1 %	8,8 %	13,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	1,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	5,9 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,1 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	29,2 %	52,0 %	47,4 %	15,0 %	13,7 %	35,3 %	21,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	40,6 %	24,0 %	26,3 %	30,0 %	33,3 %	35,3 %	39,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	49	14	10	18	58	28	14
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	0,0 %	12,2 %	35,7 %	50,0 %	16,7 %	6,9 %	14,3 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	22,4 %	21,4 %	10,0 %	0,0 %	8,6 %	17,9 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,1 %	42,9 %	35,7 %	50,0 %	55,6 %	53,4 %	42,9 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,3 %	12,2 %	14,3 %	20,0 %	22,2 %	13,8 %	7,1 %	21,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,0 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	7,1 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	36,7 %	64,3 %	60,0 %	16,7 %	17,2 %	35,7 %	21,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,9 %	36,7 %	14,3 %	10,0 %	33,3 %	31,0 %	32,1 %	42,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	32	<10	<10	10	27	11	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	9,4 %	22,2 %	44,4 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	34,4 %	33,3 %	11,1 %	0,0 %	11,1 %	27,3 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	40,6 %	33,3 %	55,6 %	60,0 %	51,9 %	45,5 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	9,4 %	22,2 %	22,2 %	30,0 %	29,6 %	18,2 %	66,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	9,1 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	43,8 %	66,7 %	55,6 %	20,0 %	14,8 %	27,3 %	0,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	34,4 %	11,1 %	11,1 %	30,0 %	29,6 %	27,3 %	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	10	91	21	18	17	106	28	18
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	10,0 %	23,1 %	42,9 %	66,7 %	23,5 %	11,3 %	17,9 %	44,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	24,2 %	38,1 %	16,7 %	11,8 %	14,2 %	32,1 %	5,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	60,0 %	52,7 %	57,1 %	66,7 %	76,5 %	75,5 %	57,1 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,0 %	29,7 %	23,8 %	33,3 %	58,8 %	30,2 %	21,4 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,2 %	4,8 %	11,1 %	5,9 %	9,4 %	10,7 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,3 %	9,5 %	11,1 %	0,0 %	1,9 %	3,6 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,0 %	48,4 %	76,2 %	88,9 %	41,2 %	32,1 %	57,1 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	40,0 %	23,1 %	4,8 %	5,6 %	5,9 %	15,1 %	14,3 %	11,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	47	13	10	15	55	22	10
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,7 %	21,3 %	38,5 %	70,0 %	26,7 %	10,9 %	18,2 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	34,0 %	38,5 %	30,0 %	13,3 %	21,8 %	31,8 %	10,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,3 %	55,3 %	61,5 %	90,0 %	73,3 %	76,4 %	63,6 %	70,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	27,7 %	23,1 %	30,0 %	60,0 %	32,7 %	22,7 %	40,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,3 %	7,7 %	10,0 %	6,7 %	12,7 %	13,6 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	15,4 %	20,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,7 %	59,6 %	76,9 %	100,0 %	46,7 %	41,8 %	59,1 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	23,4 %	7,7 %	0,0 %	6,7 %	7,3 %	13,6 %	10,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	32	<10	<10	<10	25	<10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	15,6 %	22,2 %	66,7 %	44,4 %	4,0 %	11,1 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	50,0 %	55,6 %	33,3 %	22,2 %	32,0 %	55,6 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	56,3 %	55,6 %	88,9 %	77,8 %	68,0 %	55,6 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	25,0 %	33,3 %	22,2 %	55,6 %	52,0 %	22,2 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	11,1 %	11,1 %	11,1 %	12,0 %	22,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	22,2 %	22,2 %	0,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	65,6 %	77,8 %	100,0 %	77,8 %	44,0 %	77,8 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	50,0 %	21,9 %	11,1 %	0,0 %	11,1 %	8,0 %	11,1 %	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

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	<10	79	19	15	12	101	27	17
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,5 %	24,1 %	47,4 %	66,7 %	33,3 %	14,9 %	22,2 %	52,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,5 %	30,4 %	36,8 %	20,0 %	25,0 %	25,7 %	48,1 %	17,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	79,7 %	89,5 %	86,7 %	83,3 %	85,1 %	88,9 %	94,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	58,2 %	36,8 %	53,3 %	75,0 %	44,6 %	40,7 %	52,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,5 %	7,6 %	10,5 %	20,0 %	8,3 %	11,9 %	14,8 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,1 %	10,5 %	20,0 %	16,7 %	5,9 %	3,7 %	11,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	59,5 %	78,9 %	93,3 %	50,0 %	45,5 %	77,8 %	64,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	25,0 %	7,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,9 %	7,4 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	40	11	<10	11	52	21	<10
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,0 %	25,0 %	36,4 %	57,1 %	36,4 %	15,4 %	23,8 %	55,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	45,0 %	36,4 %	42,9 %	27,3 %	36,5 %	52,4 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	80,0 %	90,9 %	85,7 %	81,8 %	86,5 %	95,2 %	88,9 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	75,0 %	62,5 %	36,4 %	57,1 %	72,7 %	48,1 %	42,9 %	77,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	10,0 %	18,2 %	14,3 %	9,1 %	17,3 %	19,0 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,5 %	18,2 %	14,3 %	18,2 %	5,8 %	0,0 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	77,5 %	81,8 %	100,0 %	54,5 %	61,5 %	85,7 %	77,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	4,8 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	26	<10	<10	<10	22	<10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	23,1 %	14,3 %	50,0 %	60,0 %	9,1 %	22,2 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	100,0 %	65,4 %	57,1 %	50,0 %	40,0 %	59,1 %	66,7 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	76,9 %	85,7 %	83,3 %	80,0 %	81,8 %	100,0 %	100,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	100,0 %	61,5 %	57,1 %	50,0 %	80,0 %	63,6 %	44,4 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	28,6 %	16,7 %	20,0 %	13,6 %	22,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,8 %	28,6 %	16,7 %	40,0 %	13,6 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	88,5 %	85,7 %	100,0 %	100,0 %	72,7 %	100,0 %	100,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG				KG			
	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	108	100	49	48	91	99	59	50
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,8 %	26,0 %	20,4 %	25,0 %	34,1 %	15,2 %	27,1 %	28,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,5 %	10,0 %	2,0 %	6,3 %	5,5 %	6,1 %	11,9 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,1 %	37,0 %	30,6 %	20,8 %	47,3 %	45,5 %	37,3 %	38,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,9 %	9,0 %	6,1 %	10,4 %	14,3 %	6,1 %	5,1 %	4,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,9 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	3,3 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	1,0 %	2,0 %	2,1 %	1,1 %	3,0 %	3,4 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,3 %	35,0 %	24,5 %	31,3 %	39,6 %	22,2 %	37,3 %	46,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,6 %	39,0 %	55,1 %	58,3 %	29,7 %	38,4 %	40,7 %	30,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	91	85	40	38	89	93	58	48
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,3 %	29,4 %	22,5 %	23,7 %	34,8 %	16,1 %	27,6 %	27,1 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,6 %	10,6 %	2,5 %	7,9 %	5,6 %	6,5 %	12,1 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,2 %	37,6 %	27,5 %	23,7 %	47,2 %	46,2 %	36,2 %	39,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,4 %	8,2 %	7,5 %	10,5 %	14,6 %	6,5 %	5,2 %	4,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	1,2 %	2,5 %	2,6 %	1,1 %	3,2 %	3,4 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,9 %	38,8 %	25,0 %	31,6 %	40,4 %	23,7 %	37,9 %	45,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,8 %	36,5 %	57,5 %	55,3 %	29,2 %	36,6 %	41,4 %	29,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	57	50	27	29	60	65	54	43
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,3 %	24,0 %	25,9 %	27,6 %	41,7 %	15,4 %	29,6 %	27,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,5 %	12,0 %	3,7 %	10,3 %	8,3 %	9,2 %	13,0 %	18,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,1 %	38,0 %	33,3 %	31,0 %	43,3 %	44,6 %	37,0 %	41,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,8 %	8,0 %	7,4 %	13,8 %	15,0 %	7,7 %	3,7 %	2,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	2,0 %	3,7 %	3,4 %	1,7 %	3,1 %	3,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,8 %	36,0 %	29,6 %	37,9 %	50,0 %	26,2 %	40,7 %	46,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,1 %	34,0 %	55,6 %	44,8 %	26,7 %	38,5 %	40,7 %	27,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	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	91	90	42	42	82	79	49	38
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	48,4 %	45,6 %	40,5 %	50,0 %	56,1 %	32,9 %	46,9 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,1 %	17,8 %	4,8 %	11,9 %	9,8 %	19,0 %	32,7 %	23,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,1 %	60,0 %	57,1 %	33,3 %	81,7 %	75,9 %	69,4 %	52,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,7 %	33,3 %	23,8 %	21,4 %	31,7 %	21,5 %	20,4 %	21,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,4 %	1,1 %	2,4 %	2,4 %	3,7 %	3,8 %	0,0 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	4,4 %	9,5 %	2,4 %	7,3 %	7,6 %	6,1 %	13,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,4 %	60,0 %	47,6 %	59,5 %	65,9 %	51,9 %	73,5 %	76,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,1 %	16,7 %	23,8 %	28,6 %	2,4 %	5,1 %	4,1 %	10,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	76	77	35	34	80	74	48	36
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	48,7 %	49,4 %	45,7 %	50,0 %	57,5 %	35,1 %	47,9 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,2 %	20,8 %	2,9 %	14,7 %	10,0 %	20,3 %	33,3 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,8 %	61,0 %	54,3 %	32,4 %	81,3 %	75,7 %	68,8 %	55,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,9 %	33,8 %	25,7 %	23,5 %	32,5 %	21,6 %	18,8 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %	4,1 %	0,0 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	5,2 %	8,6 %	2,9 %	7,5 %	8,1 %	6,3 %	13,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,8 %	64,9 %	48,6 %	61,8 %	67,5 %	55,4 %	75,0 %	77,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,8 %	14,3 %	22,9 %	26,5 %	2,5 %	5,4 %	4,2 %	8,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	46	44	24	25	53	49	45	31
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	47,8 %	54,5 %	50,0 %	52,0 %	58,5 %	40,8 %	51,1 %	51,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,7 %	20,5 %	4,2 %	20,0 %	15,1 %	26,5 %	35,6 %	25,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,9 %	65,9 %	54,2 %	44,0 %	75,5 %	73,5 %	68,9 %	58,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,8 %	38,6 %	29,2 %	28,0 %	24,5 %	26,5 %	20,0 %	22,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,7 %	2,0 %	0,0 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,7 %	9,1 %	8,3 %	4,0 %	7,5 %	8,2 %	6,7 %	16,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,4 %	68,2 %	54,2 %	68,0 %	73,6 %	63,3 %	80,0 %	80,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,7 %	11,4 %	20,8 %	16,0 %	3,8 %	4,1 %	2,2 %	3,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	69	63	26	30	57	55	36	24
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	72,5 %	52,4 %	50,0 %	56,7 %	63,2 %	38,2 %	61,1 %	45,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,8 %	25,4 %	15,4 %	10,0 %	15,8 %	29,1 %	33,3 %	37,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,3 %	87,3 %	84,6 %	70,0 %	93,0 %	87,3 %	88,9 %	79,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,6 %	61,9 %	57,7 %	43,3 %	56,1 %	49,1 %	58,3 %	37,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	3,2 %	3,8 %	3,3 %	7,0 %	5,5 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,0 %	12,7 %	19,2 %	10,0 %	8,8 %	14,5 %	11,1 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,1 %	74,6 %	65,4 %	66,7 %	75,4 %	67,3 %	86,1 %	83,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,4 %	3,2 %	7,7 %	10,0 %	0,0 %	3,6 %	2,8 %	0,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	56	52	22	25	55	53	35	22
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	75,0 %	55,8 %	54,5 %	64,0 %	65,5 %	39,6 %	62,9 %	45,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,6 %	30,8 %	13,6 %	12,0 %	16,4 %	30,2 %	34,3 %	40,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,1 %	86,5 %	86,4 %	64,0 %	92,7 %	86,8 %	88,6 %	77,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,1 %	61,5 %	54,5 %	48,0 %	56,4 %	49,1 %	57,1 %	40,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,3 %	5,7 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	15,4 %	18,2 %	12,0 %	9,1 %	13,2 %	11,4 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,5 %	78,8 %	63,6 %	76,0 %	78,2 %	69,8 %	88,6 %	86,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,8 %	1,9 %	9,1 %	12,0 %	0,0 %	3,8 %	2,9 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	33	31	14	18	32	34	32	17
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	72,7 %	58,1 %	57,1 %	66,7 %	68,8 %	41,2 %	65,6 %	47,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,2 %	38,7 %	21,4 %	16,7 %	21,9 %	41,2 %	37,5 %	47,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,9 %	96,8 %	92,9 %	77,8 %	90,6 %	82,4 %	87,5 %	76,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,5 %	67,7 %	57,1 %	50,0 %	46,9 %	55,9 %	56,3 %	41,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	22,6 %	14,3 %	11,1 %	6,3 %	14,7 %	12,5 %	11,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	90,9 %	83,9 %	71,4 %	83,3 %	84,4 %	76,5 %	93,8 %	94,1 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	0,0 %	7,1 %	5,6 %	0,0 %	2,9 %	3,1 %	0,0 %
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

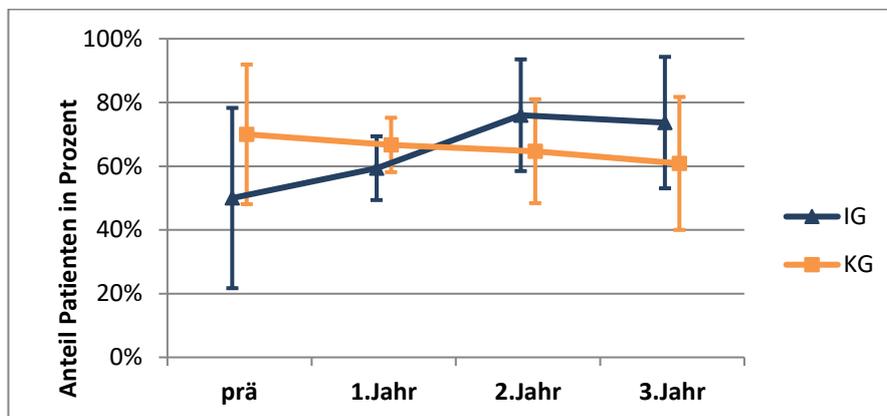
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

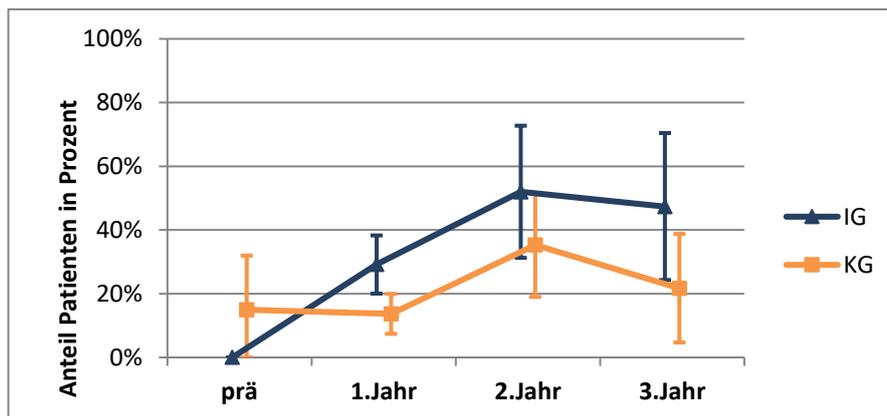
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



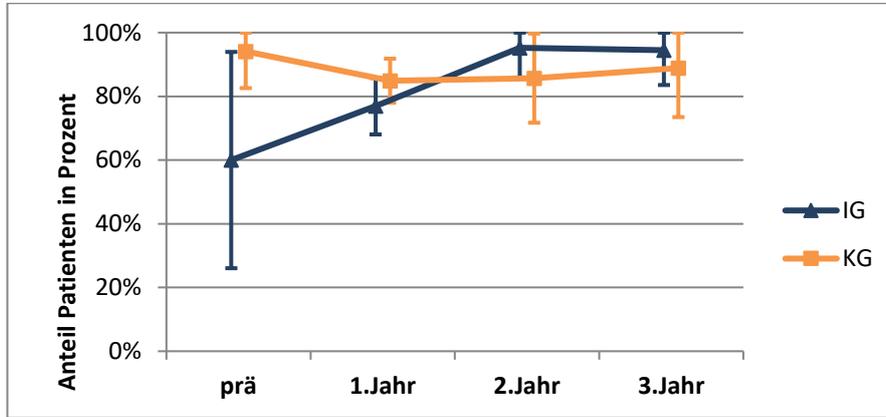
- Alle (psychiatrischer Sektor)



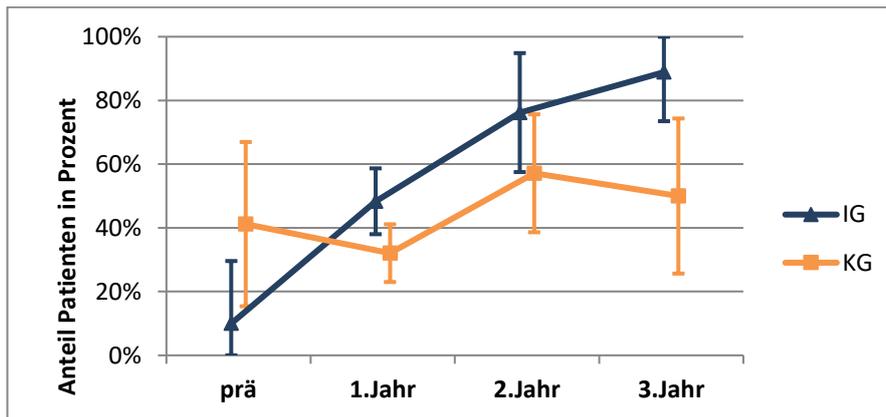
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



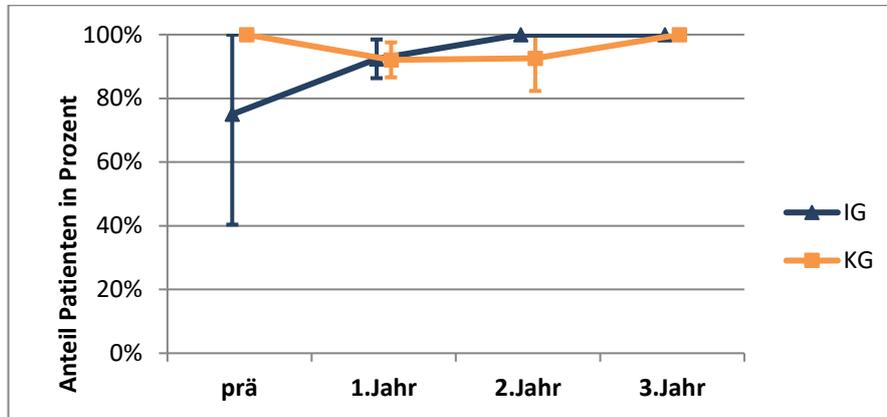
- Alle (psychiatrischer Sektor)



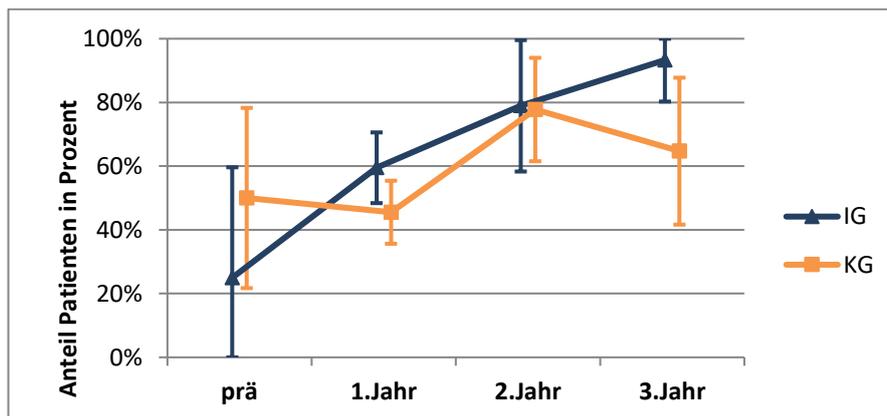
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



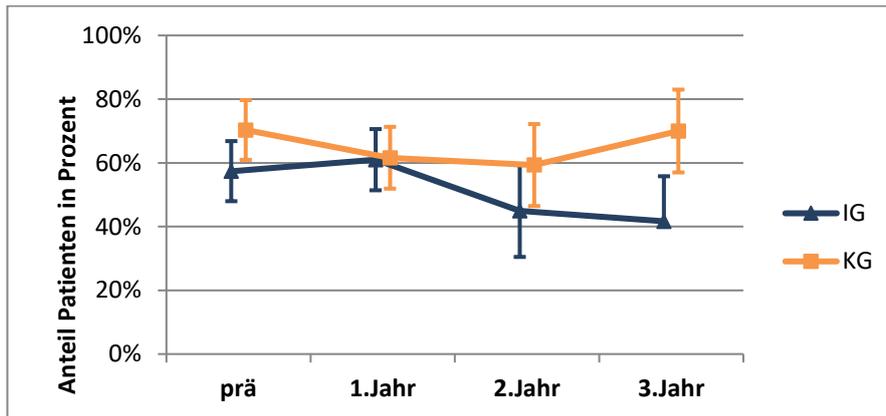
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

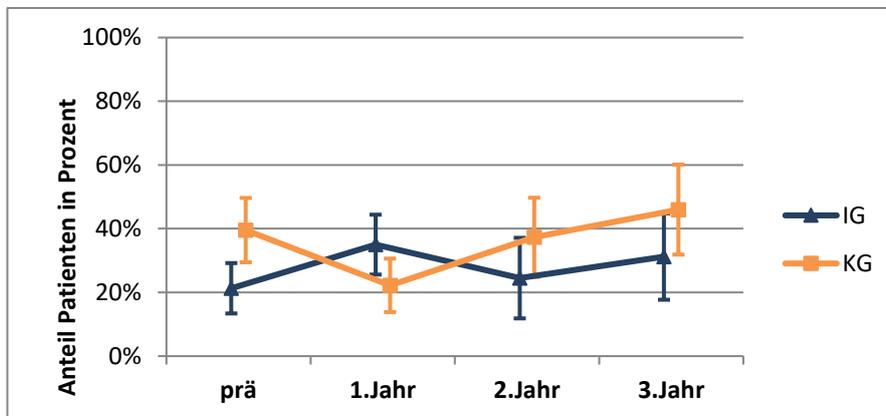
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



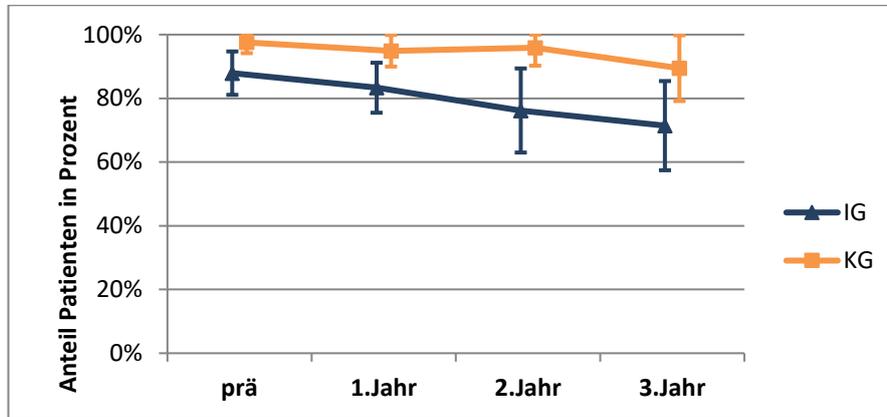
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



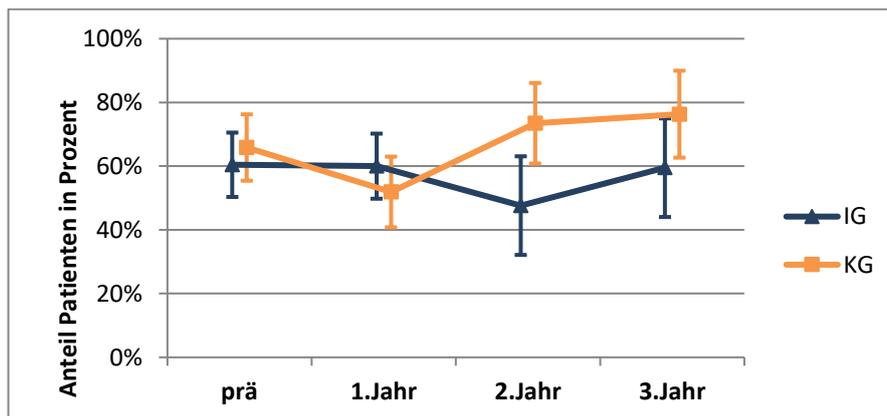
Klinikbekannte Patienten

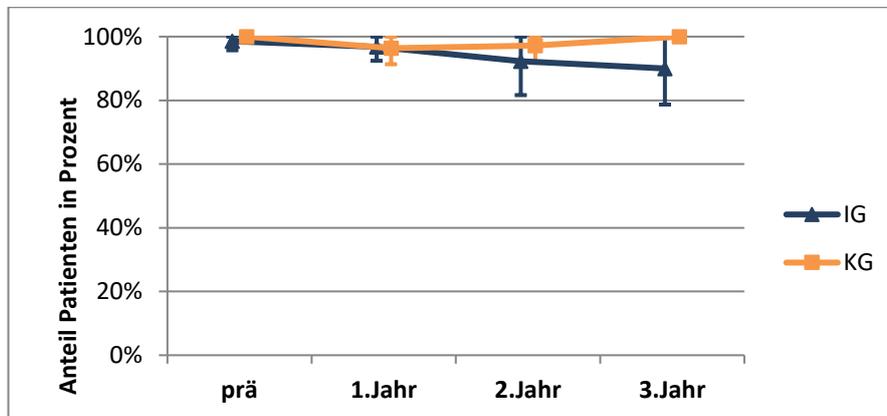
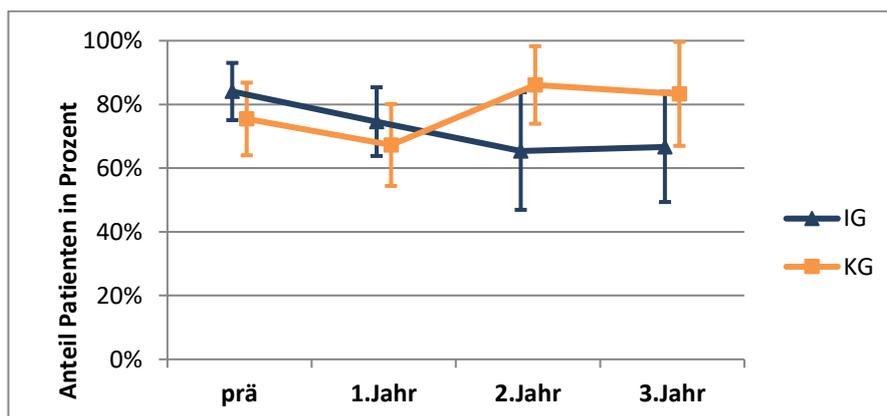
Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet. Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Für linikneue Patienten ergab sich in Bezug zur Kontinuität im „psychiatrischen Sektor“ eine Erhöhung über die Zeit in der IG, während diese in der KG relativ stabil blieb. Für linikbekannte Patienten ergab sich im Zeitverlauf tendenziell eine kleine Verringerung der Kontinuität in der IG mit relativ konstanten Verlauf in der KG. Jedoch bewegten sich die Unterschiede zwischen IG und KG innerhalb der Streuungsbereiche.

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

(nur klinikneue Patienten)

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

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	36	300	35	336
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,3 %	8,7 %	2,9 %	6,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,3 %	9,0 %	2,9 %	6,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,1 %	35,7 %	40,0 %	36,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,6 %	3,3 %	8,6 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,3 %	2,9 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	3,0 %	2,9 %	0,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,7 %	19,0 %	5,7 %	14,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	51,7 %	54,3 %	51,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	20	133	18	132
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,0 %	10,5 %	5,6 %	7,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	13,5 %	5,6 %	12,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,0 %	37,6 %	55,6 %	37,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,0 %	2,3 %	16,7 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	3,8 %	5,6 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,3 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,0 %	26,3 %	11,1 %	22,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	43,6 %	38,9 %	41,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	54	<10	50
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	9,3 %	0,0 %	2,0 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	24,1 %	0,0 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	35,2 %	50,0 %	32,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	1,9 %	0,0 %	18,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	1,9 %	0,0 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	31,5 %	0,0 %	22,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	40,7 %	50,0 %	44,0 %

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	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	27	282	28	308
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	29,6 %	22,0 %	10,7 %	15,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,1 %	18,4 %	3,6 %	17,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,0 %	58,2 %	71,4 %	58,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,1 %	13,8 %	28,6 %	21,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	3,5 %	7,1 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,1 %	3,9 %	3,6 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,7 %	41,8 %	17,9 %	33,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,5 %	27,0 %	25,0 %	27,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	17	125	18	123
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	29,4 %	22,4 %	16,7 %	19,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,6 %	26,4 %	5,6 %	26,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	70,6 %	60,8 %	77,8 %	61,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,9 %	16,0 %	38,9 %	30,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	5,6 %	11,1 %	8,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,6 %	5,6 %	3,3 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,1 %	50,4 %	27,8 %	46,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,8 %	24,0 %	16,7 %	20,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	51	<10	48
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,6 %	19,6 %	0,0 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	39,2 %	0,0 %	31,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,7 %	60,8 %	62,5 %	60,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	15,7 %	25,0 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	3,9 %	12,5 %	10,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	9,8 %	12,5 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,9 %	52,9 %	12,5 %	47,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	21,6 %	25,0 %	16,7 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	22	246	19	276
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	45,5 %	25,6 %	26,3 %	20,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,2 %	22,4 %	15,8 %	27,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,3 %	84,6 %	94,7 %	80,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,4 %	35,4 %	52,6 %	40,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	5,3 %	5,3 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,7 %	7,7 %	5,3 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,1 %	49,2 %	42,1 %	47,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,1 %	8,1 %	5,3 %	12,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	13	108	13	116

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	46,2 %	24,1 %	38,5 %	21,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,8 %	34,3 %	23,1 %	37,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,6 %	87,0 %	100,0 %	87,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	38,5 %	42,6 %	61,5 %	47,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	9,3 %	7,7 %	12,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,4 %	9,3 %	7,7 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,2 %	60,2 %	61,5 %	60,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,7 %	6,5 %	0,0 %	3,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	47	<10	47
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	40,0 %	21,3 %	33,3 %	19,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,0 %	42,6 %	33,3 %	42,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	83,0 %	100,0 %	87,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,0 %	40,4 %	66,7 %	55,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	8,5 %	16,7 %	12,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	12,8 %	16,7 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	59,6 %	66,7 %	61,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	6,4 %	0,0 %	2,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

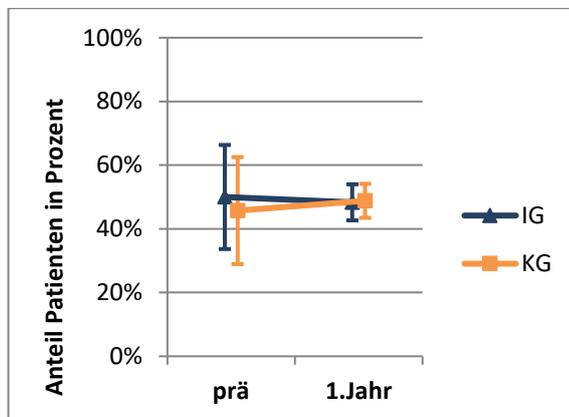
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

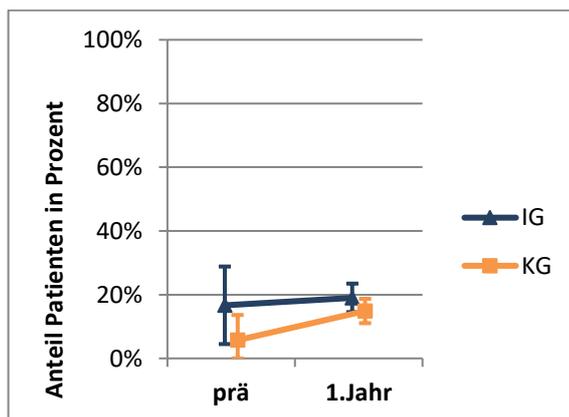
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

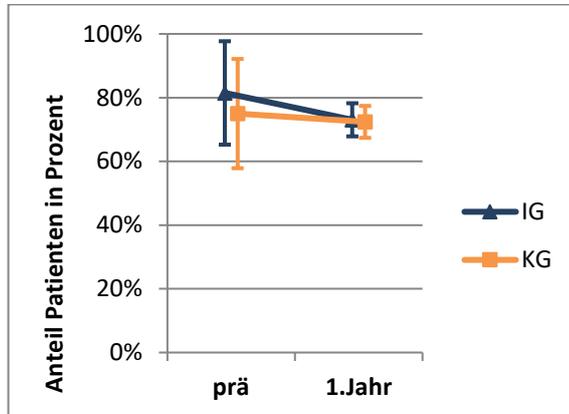


- Alle (psychiatrischer Sektor)

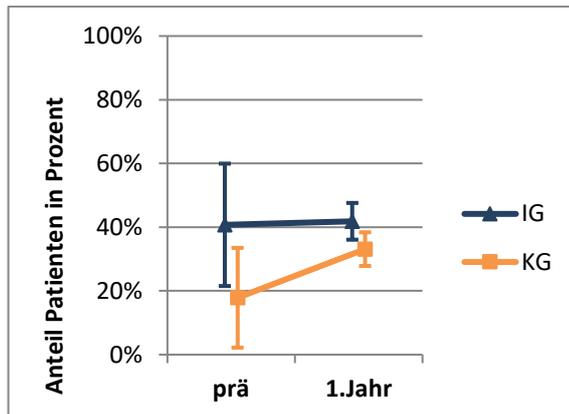


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

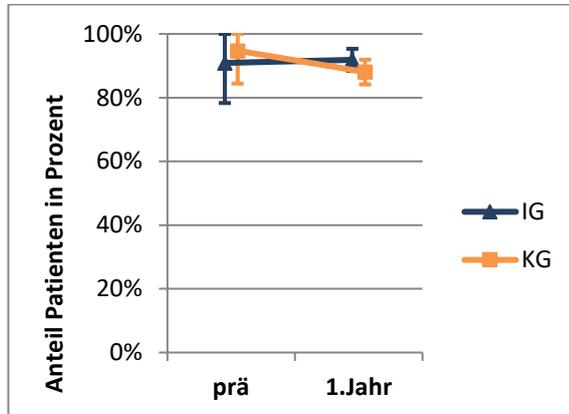
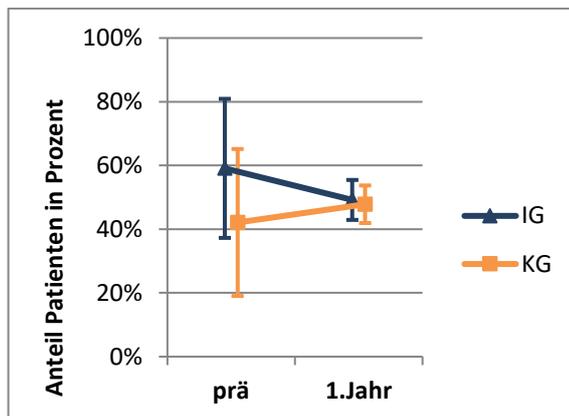
- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

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 238ff).

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

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich ein geringerer Anstieg bzw. größerer Abfall der Kontinuität im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG über alle untersuchten Nachbeobachtungszeiträume (7, 30 oder 90 Tage) hinweg. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht 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**(nur klinikneue Patienten)**

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**(nur klinikneue Patienten)**

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 238ff).

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 Versorgungsektors einen Patienten behandelt hatten.

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	133	133	133	133	131	131	131	131
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	131	132	121	115	126	129	120	113
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)	0,8%	0,0%	1,5%	0,8%	0,8%	0,8%	0,0%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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)	220	220	220	220	215	215	215	215
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	217	219	202	190	215	214	199	186
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,9%	0,5%	1,4%
• Vier (B)	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,5%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%

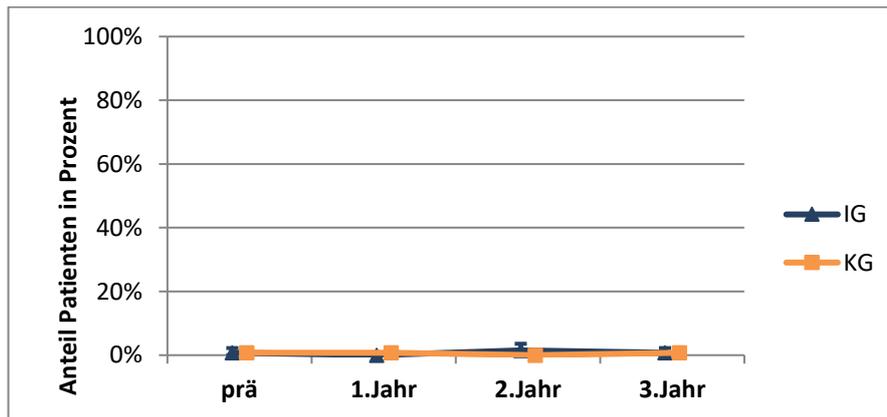
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

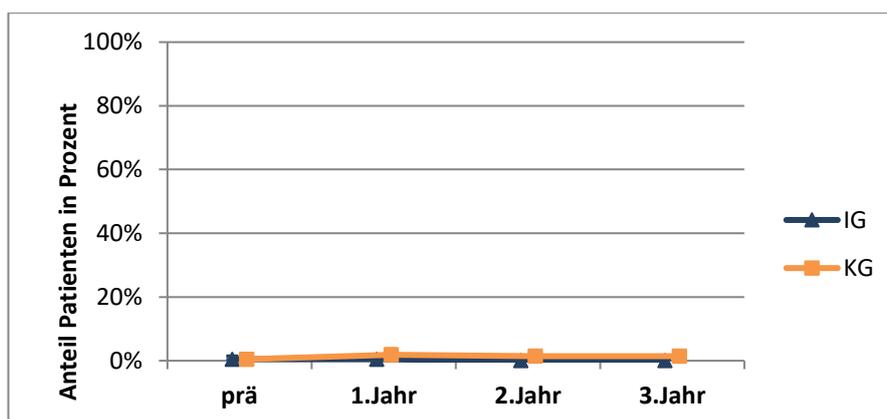
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaushopping ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=132, KG=129; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=219, KG=214) 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
(nur klinikneue Patienten)**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	401	401	401	401
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	382	396	389	394
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,2%	1,0%	0,7%	1,0%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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 238ff).

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

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

8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	77	77	77	77	58	58	58	58
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	31	57	17	16	27	44	24	15
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,4	1,4	1,6	1,3	1,5	1,4	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,6	79,4	15,6	12,8	14,2	63,3	15,4	18,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,6%	10,4%	9,1%	5,2%	20,7%	10,3%	3,4%	5,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	0	<10	<10	0	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	4,0	—	1,0	1,0	—	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,1	0,6	0,0	0,1	0,9	0,0	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%

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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	105	105	105	105	86	86	85	85
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	57 1,7 38,4 10,5%	47 1,9 50,2 4,8%	28 1,9 26,1 3,8%	30 1,9 17,6 1,9%	36 1,8 44,3 15,1%	40 1,9 39,5 5,8%	28 2,3 27,0 4,7%	21 2,0 18,9 7,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	<10 1,0 0,4 0,0%	<10 1,0 0,0 0,0%	0 — 0,0 0,0%	0 — 0,0 0,0%	<10 2,5 0,4 0,0%	<10 1,0 0,8 0,0%	<10 4,0 1,7 0,0%	<10 2,5 2,8 0,0%

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

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

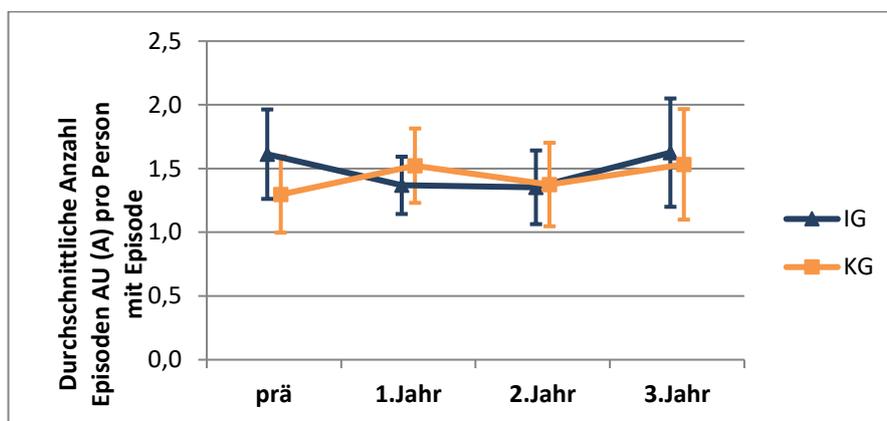
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

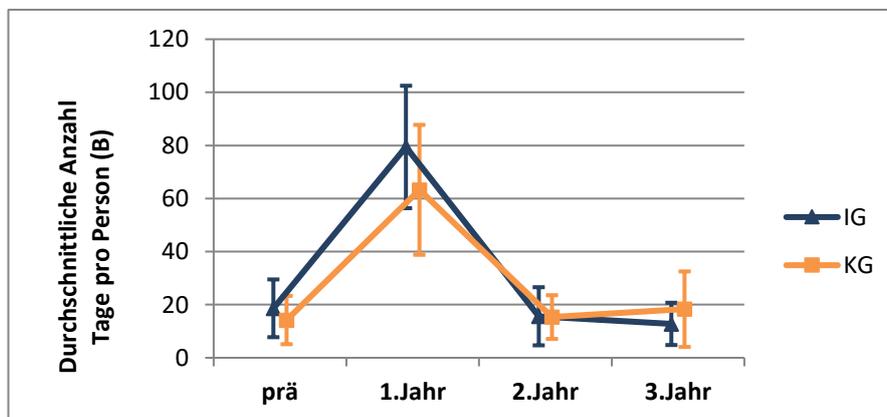
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

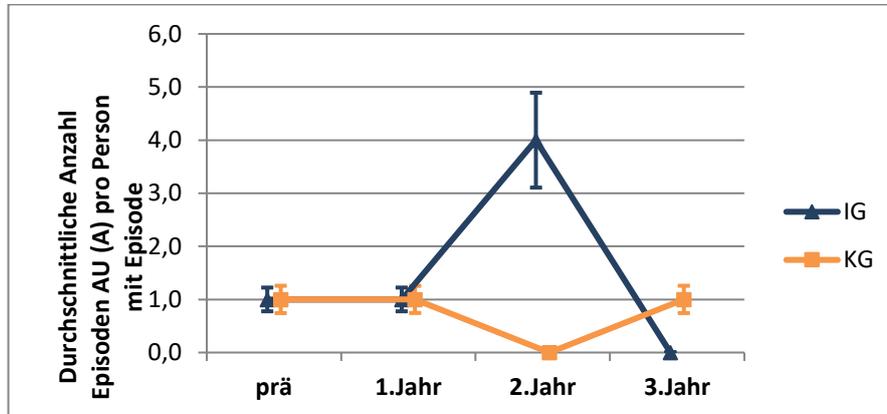


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

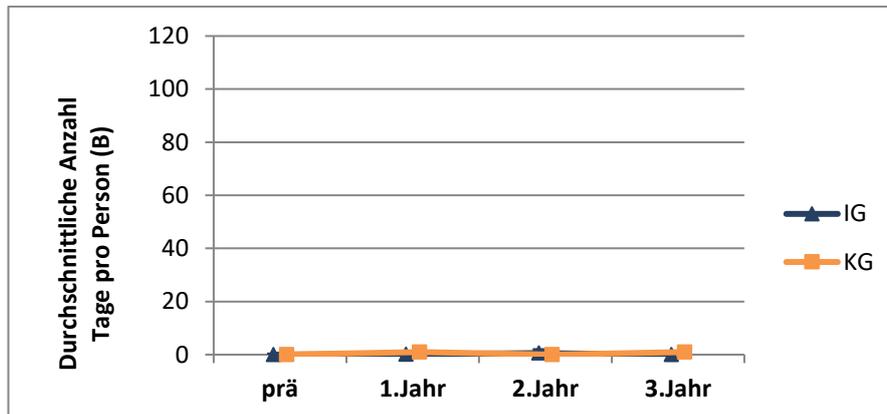


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



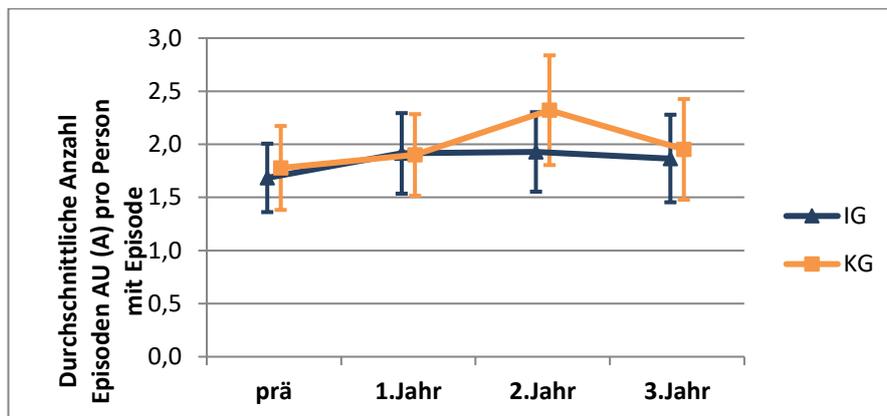
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

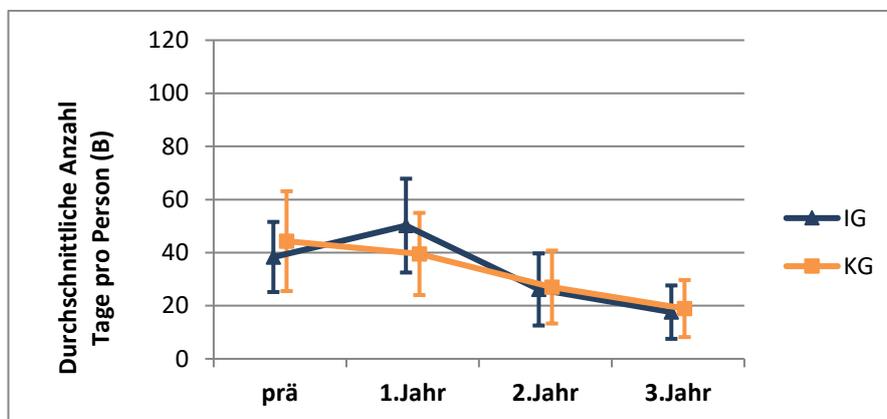
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

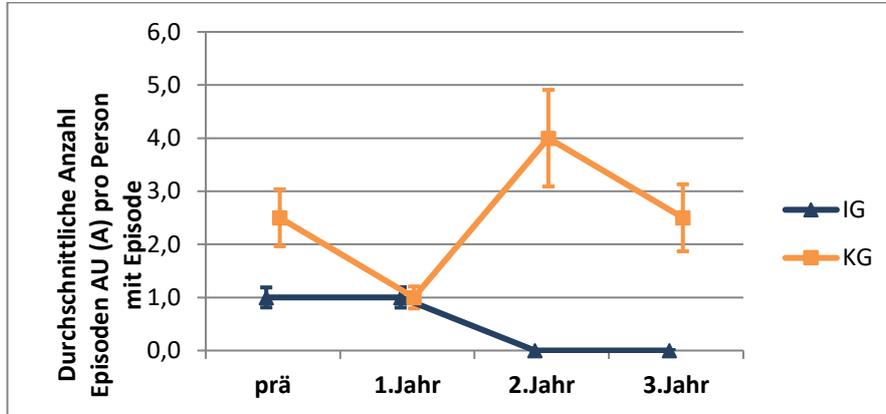


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

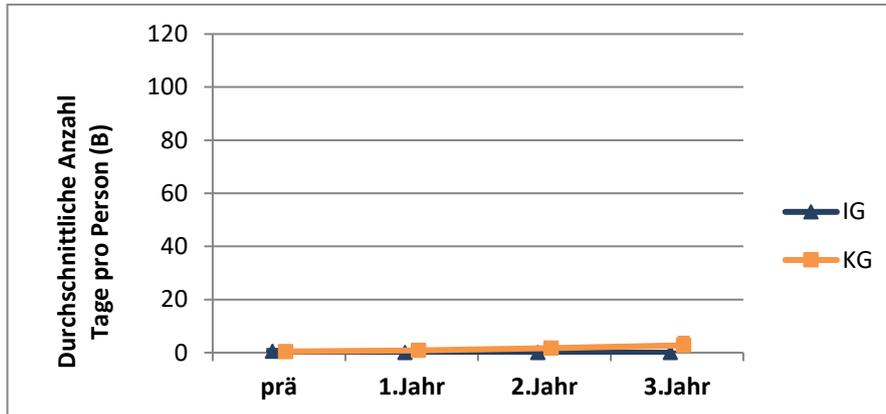


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=105, KG=86; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=182, KG=144). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klirikneuen und klirikbekannten Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (Klinikneu: 1,3-1,6; Klinikbekannt: 1,7-2,3).

Auch das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar mit jeweils größerem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG.

Bei den klirikneuen Patienten gab es einen deutlichen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und danach ein Abfall der AU-Tage im zweiten patientenindividuellen Jahr mit Stabilisierung im dritten patientenindividuellen Jahr. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 16 AU-Tage größer im Vergleich zur KG (IG: 79,4 AU-Tage, KG: 63,3 AU-Tage). Auch war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG (IG: +60,8; KG: +49,1). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ($DiD_{\text{additiv}} = +11,68$ AU-Tage).

Bei den klirikbekannten Patienten gab es einen kleinen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr (nur in der IG) und danach ein Abfall der AU-Tage über die Zeit (in IG und KG). Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 11 AU-Tage größer im Vergleich zur KG (IG: 50,2 AU-Tage, KG: 39,5 AU-Tage). Auch war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG (IG: +11,8; KG: -4,8). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ($DiD_{\text{additiv}} = +16,59$ AU-Tage).

Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(nur klinikneue Patienten)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	253	253	239	239
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	108	189	77	171
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,5	1,7	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	33,6	85,7	18,8	66,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,7%	10,3%	16,7%	11,7%
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	1,3	1,1	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,5	0,6	1,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%

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

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

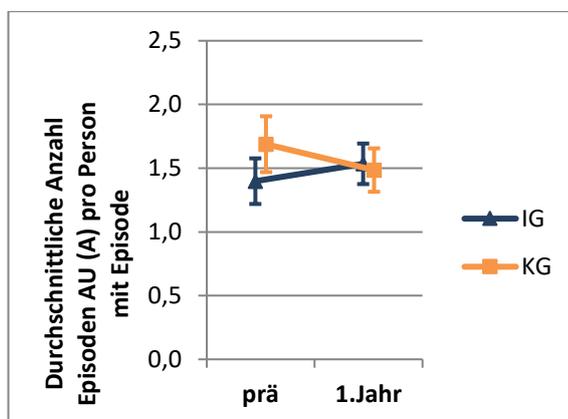
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

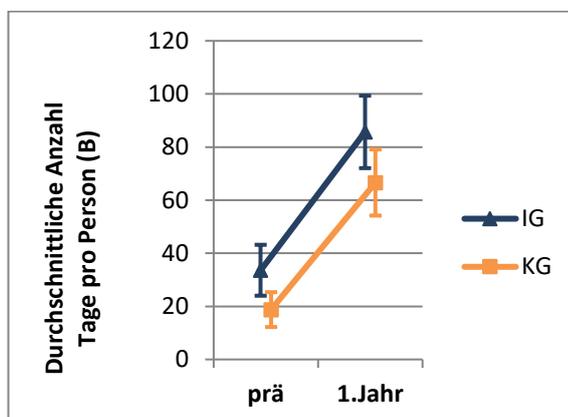
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

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 238ff).

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

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

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=253 und 239) stieg der Anteil an *AU-Episoden* vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach leicht in der IG und sank leicht in der KG. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (+52,1 AU-Tage) stärker an als in der KG (+47,9 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD additiv = +4,24 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 im ersten und dritten Jahr in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen und im Besonderen bei Patienten mit affektiven Störungen.

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

8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**(nur klinikneue Patienten)**

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)	191	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) 	27,2% 134,6	29,4% 113,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	90	93
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	12,6% 132,1	11,8% 113,8
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	38	40
<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) 	2,6% 193,0	4,1% 178,8

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

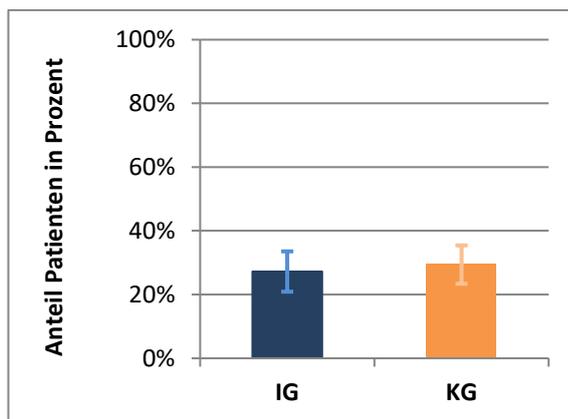
(klinikneu)

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)

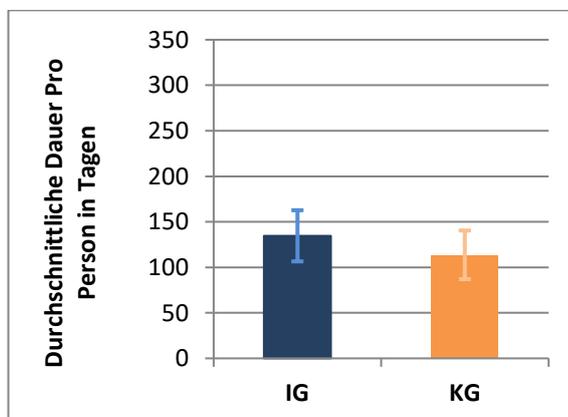


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Interaktionsdiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff).

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

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=191 und 221) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 27,2%; KG: 29,4%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG größer als in der KG (IG: 134,6 Tage; KG: 113,7Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (RR = 1,19).

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)	133	133	127	122	131	131	124	118
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,4	3,1	3,1	3,6	4,1	3,7	3,7

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	220	220	206	192	215	215	199	190
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,6	3,5	3,4	3,5	3,8	4,1	3,7	3,9

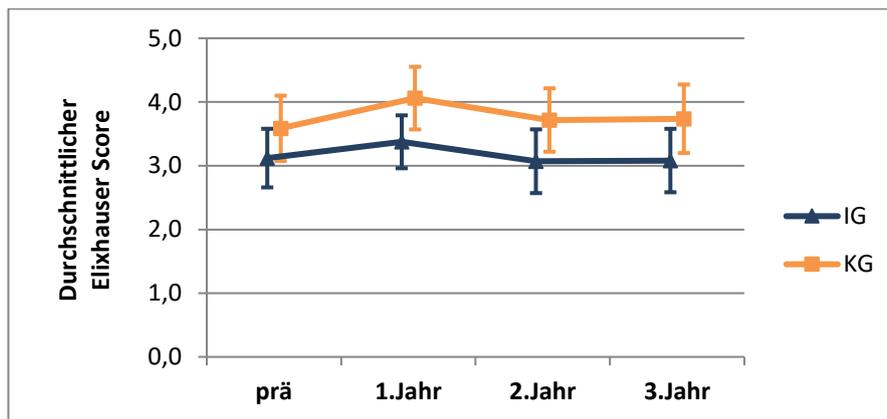
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

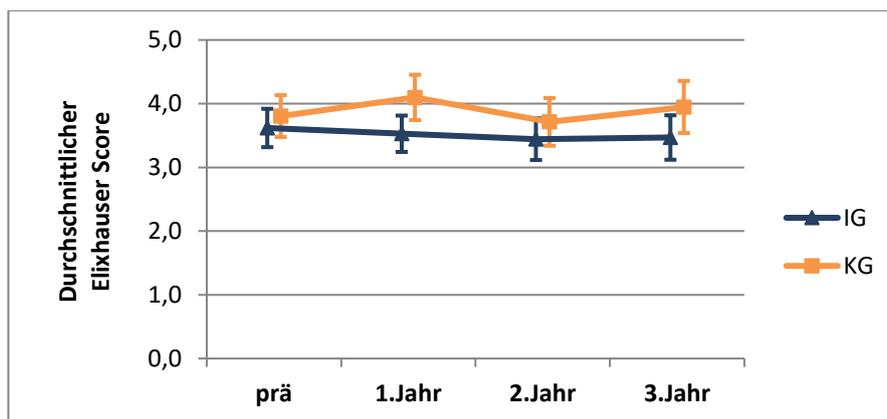


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=133, KG=131; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=220, KG=215) war der Verlauf des durchschnittlichen Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten vergleichbar. Dabei wies die IG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets einen etwas niedrigeren Score im Vergleich zur KG auf (Klinikneu: -0,5 bis -0,7; Klinikbekannt: -0,2 bis -0,6).

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(nur klinikneue Patienten)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	401	401
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,5 3 2 - 5	4,0 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,4 2 1 - 3	2,6 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,2 1 0 - 2	1,3 1 0 - 2

Abbildung 16: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

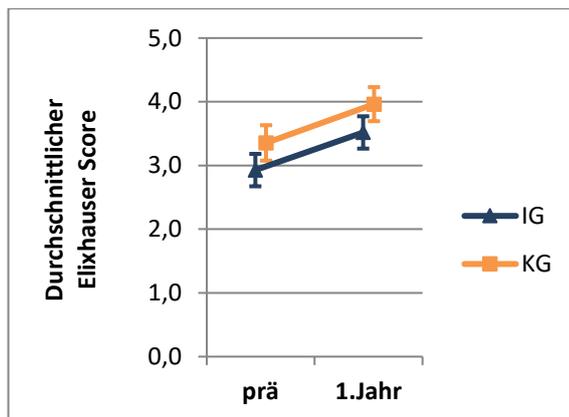
Mittlerer Elixhauser Score

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 238ff).

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

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keine relevanten Unterschiede im Anstieg zwischen IG und KG. Beide Verläufe verliefen parallel, wobei die IG stets niedrigere Scores im Vergleich zur KG aufwies.

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)	133	133	133	131	131	131
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	4,5 %	8,3 %	12,0 %	5,3 %	9,9 %	13,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	220	220	220	215	215	215
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A) 	6,4 %	12,7 %	15,5 %	7,4 %	11,6 %	14,0 %

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

Klinikneue Patienten

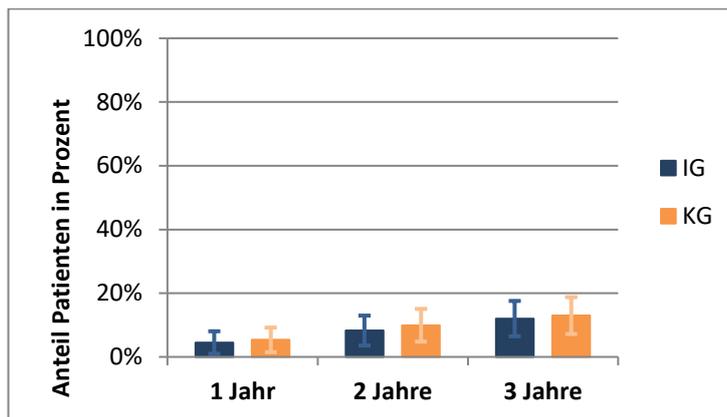
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Klinikbekannte Patienten

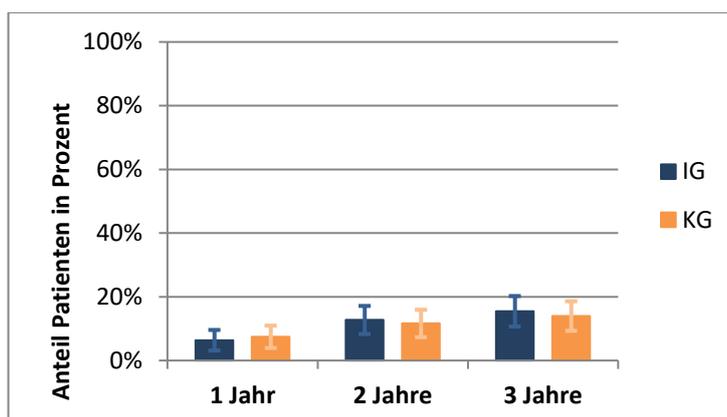
Legende für die folgenden Abbildungen:

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=133, KG=131; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG=220, KG=215) verstarben bei klinikneuen Patienten leicht weniger Patienten im Vergleich zur KG. Bei den klinikbekannten Patienten verstarben im ersten Jahr leicht weniger Patienten in der IG im Vergleich zur KG, und danach leicht mehr. Die absoluten Werte sowie die Differenzen waren jedoch sehr gering.

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(nur klinikneue Patienten)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	401	401
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	4,2 %	6,5 %

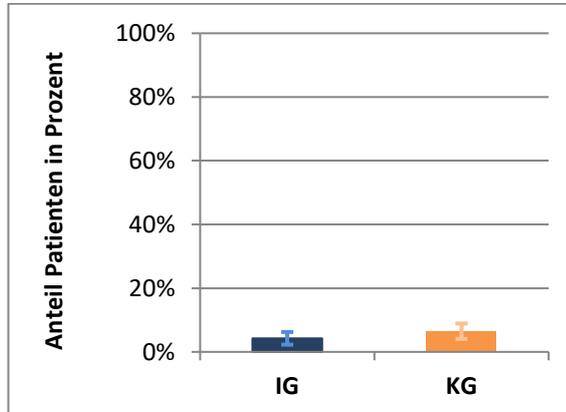
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode



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

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 18 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im

ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff).

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

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in der IG marginal geringer als in der KG (-2,3 %-Punkte). 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	127	122	117	124	118	114
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	42	44	45	38	40	42
• Jegliche depr. Episode ³	85	81	81	89	82	78
• ohne Suchterkrankung ⁵	90	86	82	80	76	72
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	14,3 %	13,6 %	17,8 %	18,4 %	25,0 %	26,2 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,4 %	3,7 %	4,9 %	3,4 %	4,9 %	6,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	11,1 %	16,3 %	18,3 %	16,3 %	19,7 %	22,2 %

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	206	192	186	199	190	185
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	70	67	69	32	34	38
• Jegliche depr. Episode ³	135	131	126	109	102	100
• ohne Suchterkrankung ⁵	139	127	123	122	115	111
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	7,1 %	7,5 %	7,2 %	9,4 %	11,8 %	18,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,2 %	3,1 %	6,3 %	1,8 %	2,0 %	3,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	5,8 %	9,4 %	13,8 %	4,1 %	11,3 %	17,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Klinikneue Patienten

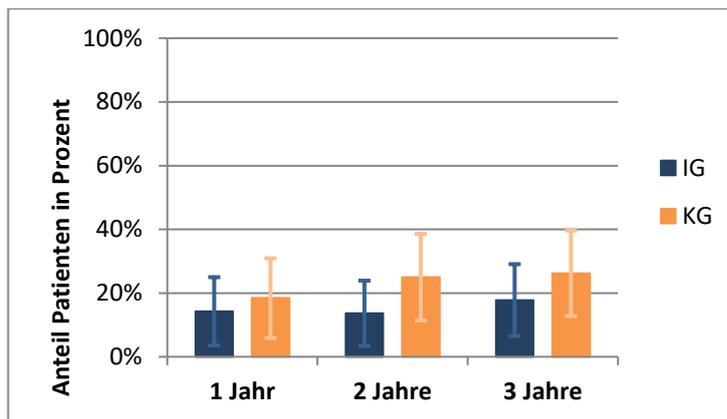
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

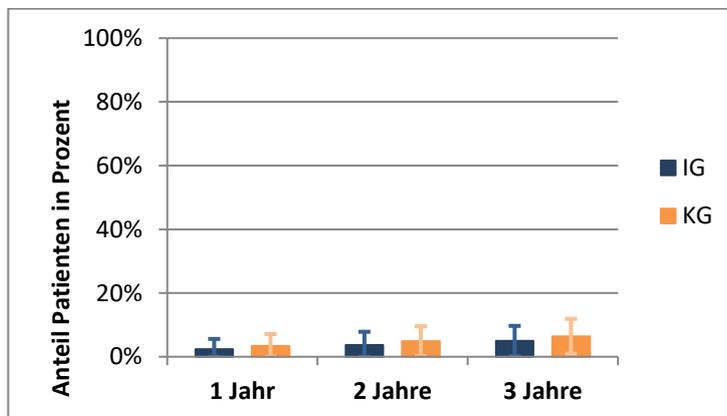
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

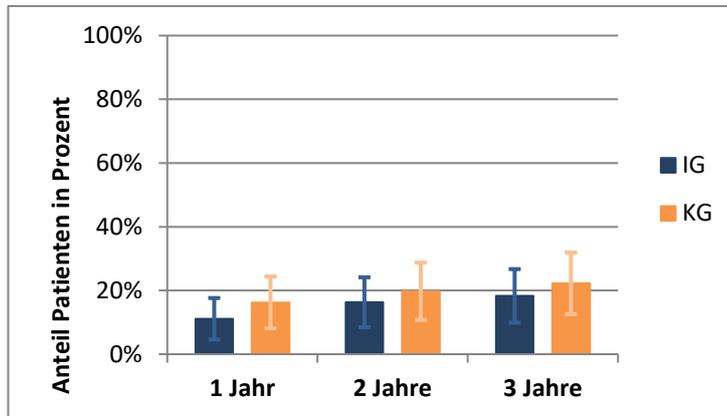
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

Klinikbekannte Patienten

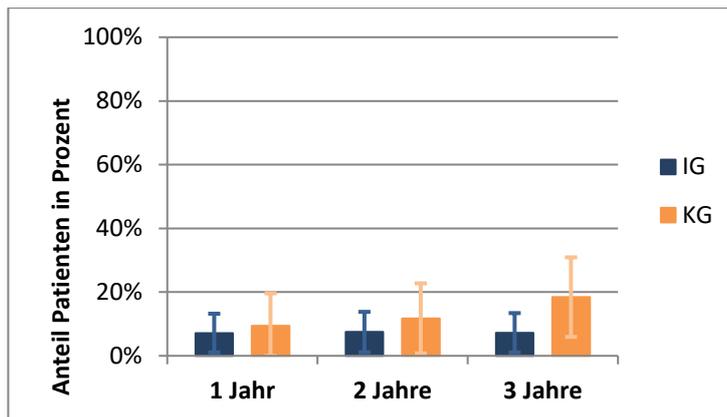
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

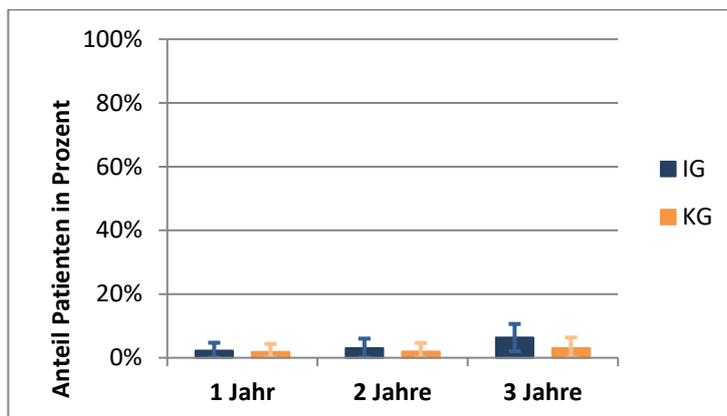
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

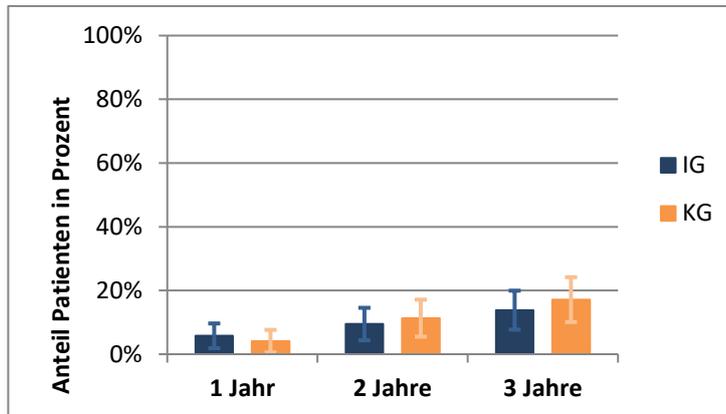
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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=127, KG=124; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=206, KG=199) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster und eine Steigung der Progression über die Zeit, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Dabei entwickelten die klinikneuen und klinikbekannten Patienten zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) oder eine Suchterkrankung (Progression C) in jedem Jahresintervall im Vergleich zur KG. Die Untersuchungen beruhen jedoch teilweise auf geringen Fallzahlen.

Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(nur klinikneue Patienten)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	384	375
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	140 226 263	114 221 259
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) 	11,4 % 1,8 % 18,3 %	28,9 % 5,0 % 18,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

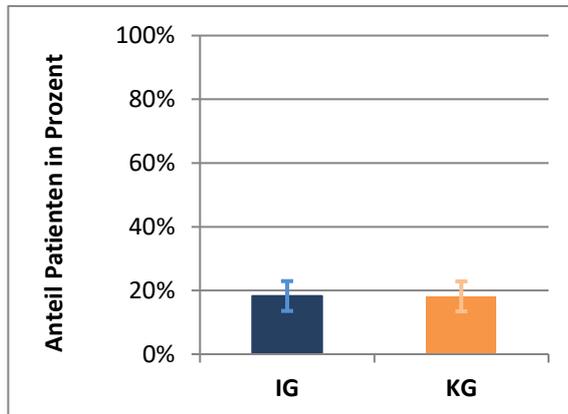
Progression C (→ Suchterkrankung)

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 238ff).

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

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) und von der Entwicklung von jeglicher depressiver Episode zu einer rezidivierenden depressiven Störung (*Progression B*) in der IG geringer als in der KG. Jedoch waren hier die Fallzahlen zu gering, um inferenzstatistische Test zu rechnen. Der Anteil an Patienten mit Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) war zwischen IG und KG vergleichbar.

8.2.11 Leitlinienadhärenz

Sekundärer Outcomeparameter: Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Parametern untersucht, wie Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen mit den vorhandenen Daten übereinstimmen. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (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 behandelte Alkoholabhängigkeit³ • Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	41 2,4 %	31 3,2 %
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 	43 4,7 %	37 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 	<p>43 0,0 %</p>	<p>43 2,3 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p><10 66,7 %</p>	<p><10 40,0 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>19 47,4 %</p>	<p>25 36,0 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>173 39,9 %</p>	<p>155 46,5 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>126 7,9 %</p>	<p>122 7,4 %</p>

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

² ACT Code: N06A

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

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war numerisch in der IG geringer als in der KG (IG: 39,9%; KG: 46,5%).

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar.

Die Fallzahlen waren jedoch 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;">24</p> <p style="text-align: center;">83,3 %</p>	<p style="text-align: center;">21</p> <p style="text-align: center;">90,5 %</p>
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">14</p> <p style="text-align: center;">78,6 %</p>	<p style="text-align: center;">16</p> <p style="text-align: center;">87,5 %</p>
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;"><10</p> <p style="text-align: center;">66,7 %</p>	<p style="text-align: center;"><10</p> <p style="text-align: center;">14,3 %</p>

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

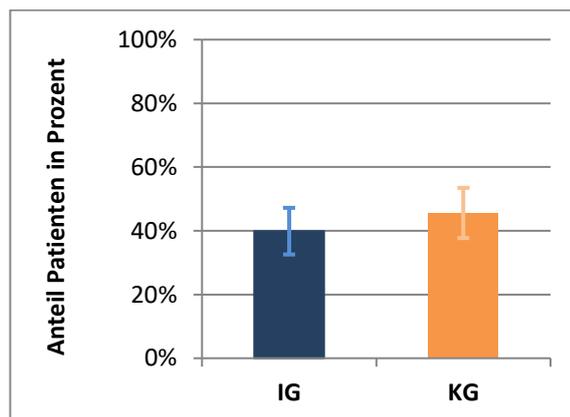
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

Abbildung 22 zeigt die grafischen Darstellungen für Leitlinienadhärenz für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr finden sich im Anhang (Seite 238ff).

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

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

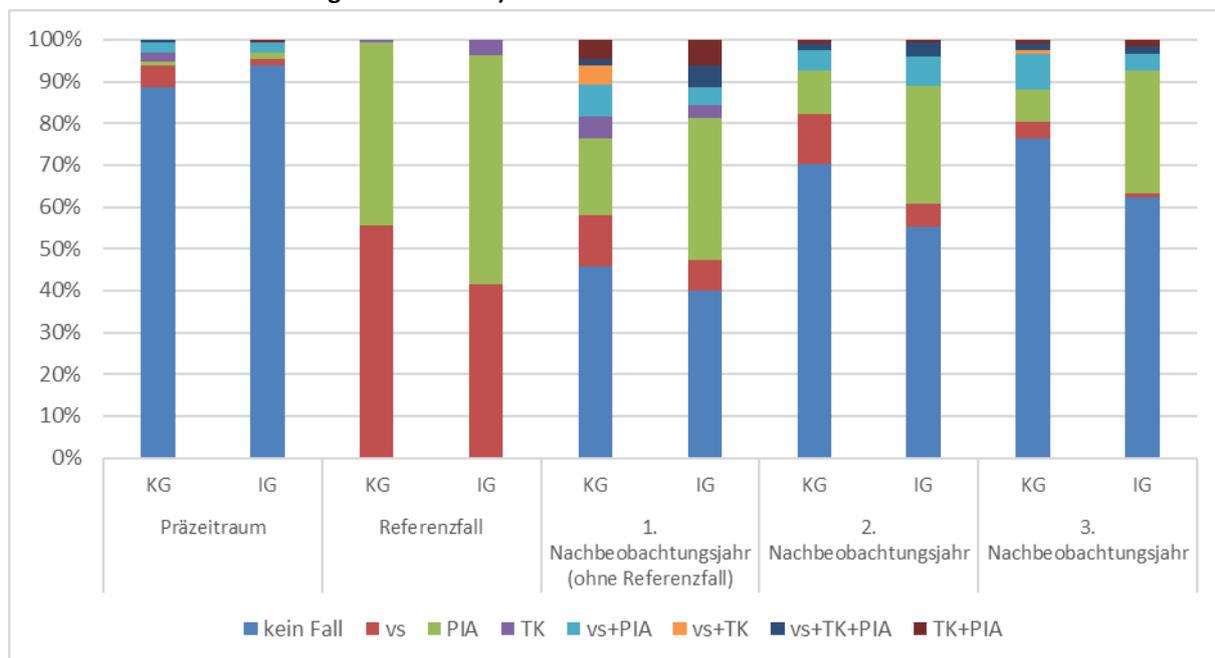
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Home-treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten 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. 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		<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK							<10	0,260					<10	1,000	
vs+PIA	<10	<10	1,000				<10	10	1,000	<10	<10	1,000	<10	10	1,000
TK+PIA	<10		1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs	<10	<10	1,000	55	73	0,108	10	16	1,000	<10	15	0,420	<10	<10	0,999
TK		<10	1,000	<10	<10	0,222	<10	<10	1,000						
PIA	<10	<10	1,000	73	57	0,169	45	24	0,057	36	13	0,005	36	<10	<0,001
kein Fall	125	116	1,000				53	60	1,000	70	87	0,099	76	90	0,165
Gesamtergebnis	133	131	1,000	133	131	0,108	133	131	0,064	127	124	0,030	122	118	0,006

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

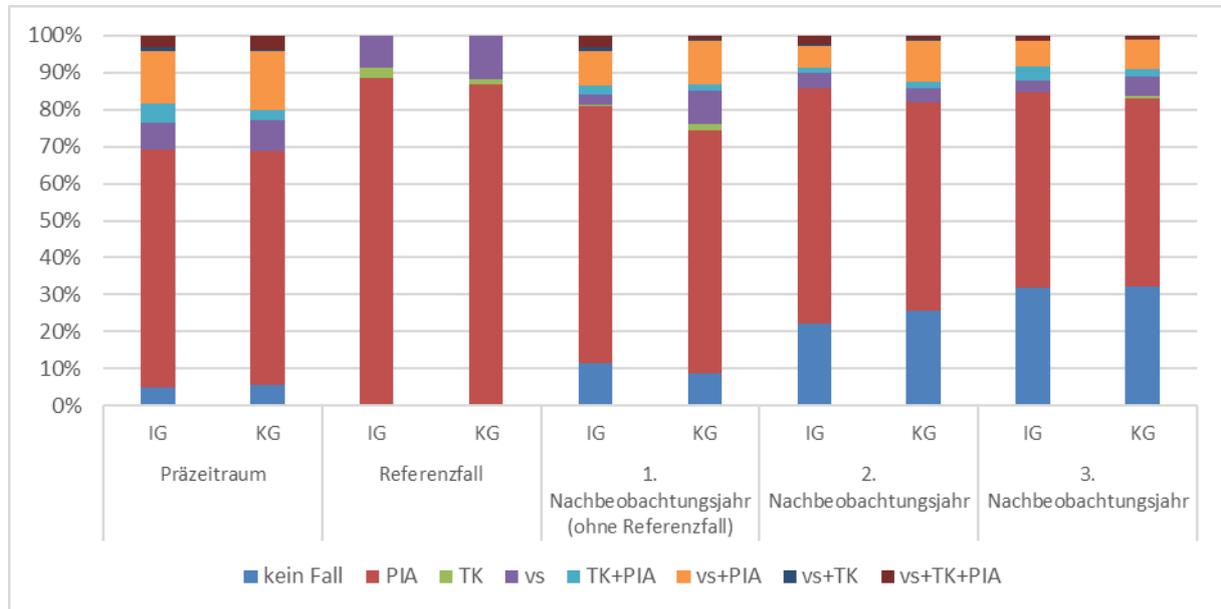


Klinikbekannte Patienten

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	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000			
vs+PIA	31	34	1,000				21	25	1,000	12	22	0,686	13	15	1,000
TK+PIA	12	<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs	16	18	1,000	19	25	1,000	<10	19	0,102	<10	<10	1,000	<10	10	1,000
TK				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000					<10	1,000
PIA	141	136	1,000	195	187	1,000	153	141	1,000	131	112	1,000	102	97	1,000
kein Fall	11	12	1,000				25	19	1,000	46	51	1,000	61	61	1,000
Gesamtergebnis	220	215	1,000	220	215	1,000	220	215	0,507	206	199	1,000	192	190	1,000

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich signifikante Unterschiede in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). Erst im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr hatten in der IG signifikant mehr Patienten einen PIA-Kontakt.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich in keinem Zeitraum signifikante Unterschiede im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24).

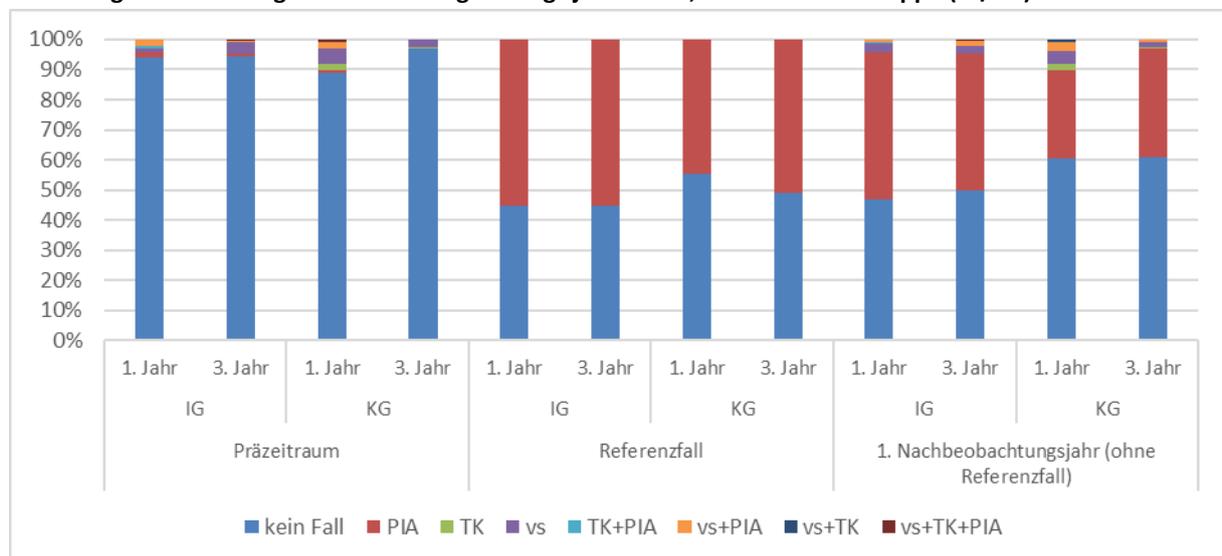
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+PIA		<10	<10	<10						<10		<10
vs+TK		<10									<10	
vs+PIA	<10	<10	<10	<10					<10	15	<10	22
TK+PIA	<10								<10			
vs	<10	26	<10	42					<10	14	<10	24
TK			<10	<10							<10	<10
PIA	<10	70	<10	55	74	292	60	275	65	238	39	187
kein Fall	126	405	119	403	60	215	74	232	63	237	81	271
Gesamtergebnis	134	507	134	507	134	507	134	507	134	507	134	507

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 Vergleich der Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr mit den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr kam es weder im Prä-Zeitraum, noch im Referenzfall, noch im ersten Nachbeobachtungsjahr zu nennenswerten Verwerfungen in der IG bzw. KG (vgl. Tabelle 32 und Abbildung 25). Im Prä-Zeitraum stieg innerhalb der jeweiligen Gruppen (innerhalb der IG bzw. KG) der Anteil an PIA-Fällen von Kohorte 1 zu Kohorte 3 an.

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

9.2 Leistungserbringung

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

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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

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

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. 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	133	131	133	131	133	131	133	131	133	131	133	131	127	124	127	124
N mit mind. einem Fall	<10	11	<10	<10	55	73	-	<10	23	34	-	21	20	23	-	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,2	0,1	0,3	1,1	0,9	-	0,0	0,7	0,8	-	0,5	0,7	0,6	-	-
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,5	0,1	0,4	5,8	3,6	-	0,0	3,3	1,8	-	2,1	1,9	1,4	-	-
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,1	0,3	-	-	0,1	0,1	-	-	-	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Thera- peut/Pflege	0,1	0,1	-	-	0,6	0,7	-	-	0,5	0,5	-	-	0,1	0,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	0,1	-	-	0,1	-	-	-	-	-	0,4	-	0,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	0,1	-	-	0,1	-	-	-	-	-	0,3	-	0,2	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,0	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,0	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-
Gesamt	1,5	0,9	0,3	0,7	7,6	5,8	-	0,0	4,6	3,1	-	3,3	3,4	2,8	-	-

(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	133	131	133	131	133	131	133	131	133	131	133	131	127	124	127	124
N mit mind. einem Fall	<10	11	<10	<10	55	73	-	<10	23	34	-	21	20	23	-	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	9	2	9	10	3	2	-	1	4	3	-	3	4	3	-	-
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10	6	13	15	14	6	-	1	19	7	-	13	12	8	-	-
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	-	0	-	-
Intensivbehandlung; Thera- peut/Pflege	1	1	-	-	1	1	-	-	3	2	-	-	1	2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	-	0	9	-	-	0	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	-	0	11	-	-	0	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	10	0	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	8	1	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	39	11	42	24	18	10		2	27	12		20	22	15		-

(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	133	131	133	131	133	131	127	124	122	118
N mit mind. einem Fall	<10	<10	73	57	66	42	50	22	45	22
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,1	0,5	0,4	2,4	1,2	1,5	1,1	2,0	1,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,1	0,5	-	1,7	0,2	1,2	0,2	0,5	0,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,1	0,3	0,3	0,3	0,5	0,1	0,5	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,2	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0	0,5	0,0
Gesamt	0,4	0,2	1,3	0,7	5,2	1,7	3,7	1,5	3,4	1,8

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	133	131	133	131	133	131	127	124	122	118
N mit mind. einem Fall	<10	<10	73	57	66	42	50	22	45	22
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	1,6	1,0	0,9	4,9	3,7	3,8	6,3	5,3	7,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,0	3,2	0,9	-	3,4	0,6	3,0	1,3	1,3	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,2	0,7	0,7	1,0	1,2	0,8	1,2	0,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,3	0,1	1,5	0,1	1,5	0,1	1,3	0,1
Gesamt	9,0	4,8	2,4	1,6	10,5	5,4	9,5	8,5	9,2	9,4

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	220	215	220	215	220	215	220	215	220	215	220	215	206	199	206	199
N mit mind. einem Fall	56	61	21	15	19	25	-	<10	36	47	-	11	26	33	-	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	1,1	0,5	0,6	0,2	0,2	-	0,1	0,9	0,3	-	0,2	0,9	0,9	-	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,2	4,0	1,8	2,0	0,7	0,6	-	0,0	3,9	2,1	-	0,8	4,8	3,0	-	0,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	-	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Thera- peut/Pflege	0,3	1,2	-	-	0,1	0,1	-	-	0,3	3,2	-	-	0,1	2,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,1	-	0,0	-	0,0	-	-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,2	-	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,1	-	0,0	-	0,1	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,1	-	-	-	-	-	-	0,2	0,0	-	-	0,1	0,2	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,0	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	-	-	0,0	0,2	-	-
Gesamt	4,0	6,7	2,3	3,1	1,0	0,9	-	0,3	5,4	5,8	-	1,1	6,1	6,6	-	1,1

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	220	215	220	215	220	215	220	215	220	215	220	215	206	199	206	199
N mit mind. einem Fall	56	61	21	15	19	25	-	<10	36	47	-	11	26	33	-	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,8	4,0	4,9	9,2	2,1	1,5		4,0	5,4	1,5		4,8	7,2	5,7		9,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	8,8	14,0	19,3	29,2	7,6	5,0		2,7	24,1	9,8		15,9	38,4	17,9		26,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	-	-	0,2	0,0		-	0,2	0,1		-	-	0,5		-
Intensivbehandlung; Thera- peut/Pflege	1,1	4,1	-	-	1,5	0,5		-	1,9	14,4		-	1,0	12,8		-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,5	-	2,8	-	0,3		8,7	-	0,3		0,5	-	0,1		-
Psychotherapeutische Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,7	-	3,2	-	0,4		5,7	-	0,3		0,2	-	0,3		-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	2,3	0,3	-	-	-	-		-	1,0	0,0		-	1,0	1,5		-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbe- handlung; Therapeut/Pflege	1,5	0,1	-	-	-	-		-	0,6	0,0		-	0,4	1,3		-
	-	-	-	-	-	-		-	-	-		-	-	-		-
Gesamt	15,6	23,8	24,2	44,4	11,4	7,7		21,0	33,2	26,5		21,5	48,0	40,0		36,3

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	220	215	220	215	220	215	206	199	192	190
N mit mind. einem Fall	191	184	195	187	186	172	151	139	125	118
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,9	4,4	1,5	1,5	3,6	4,2	3,8	5,2	4,0	5,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	0,5	1,0	0,3	2,8	0,6	2,8	0,9	2,1	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	1,9	0,2	0,6	0,7	1,5	0,5	0,9	0,4	1,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,2	1,0	0,4	0,1	1,1	0,2	0,7	0,1	0,5	0,1
Gesamt	8,1	7,8	3,1	2,6	8,2	6,4	7,7	7,2	7,0	7,7

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	220	215	220	215	220	215	206	199	192	190
N mit mind. einem Fall	191	184	195	187	186	172	151	139	125	118
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,5	5,1	1,7	1,7	4,3	5,3	5,1	7,4	6,1	8,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,7	0,6	1,1	0,4	3,3	0,7	3,8	1,3	3,2	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	2,2	0,2	0,7	0,8	1,8	0,7	1,3	0,6	1,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,3	1,2	0,4	0,1	1,3	0,3	1,0	0,2	0,8	0,1
Gesamt	9,3	9,1	3,5	2,9	9,7	8,1	10,5	10,3	10,7	12,4

Im Prä-Zeitraum, zum Referenzfall und im zweiten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich weder bei der stationären noch bei der tagesklinischen Leistungserbringung Unterschiede hinsichtlich der Höhe erbrachter Therapieeinheiten (TE) zwischen den klinikneuen Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 33). Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhielt die IG signifikant weniger TE in Regel- und Intensivbehandlung (Arzt/Psychologe und Therapeut/Pflege).

Die durchschnittliche Gesamtzahl an PIA-Kontakten unterschied sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant zwischen IG und KG, jedoch hatte die IG vom Referenzfall bis einschließlich zum zweiten Nachbeobachtungsjahr signifikant mehr PIA-Kontakte (vgl. Tabelle 35). Im dritten Nachbeobachtungsjahr unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich der durchschnittlichen Gesamtzahl an PIA-Kontakten nicht signifikant voneinander, jedoch hatte die IG signifikant mehr Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich in keinem Zeitraum signifikante Unterschiede hinsichtlich des Settings und der Höhe erbrachter TE (vgl. Tabelle 37).

Bei den klinikbekannten Patienten hatte die IG in allen Zeiträumen signifikant mehr PIA-Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung (vgl. Tabelle 39). Dafür hatte die IG über alle Zeiträume signifikant weniger PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung. Bis auf den Prä-Zeitraum hatte die IG außerdem signifikant mehr PIA-Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung.

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.

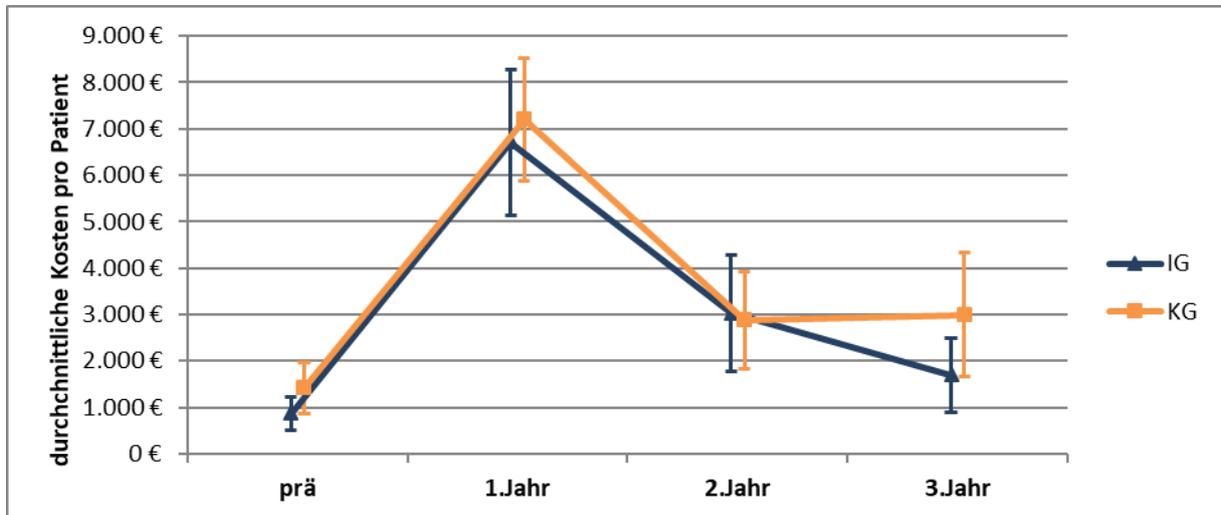
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	122	133	102	101	120	131	113	102
durchschnittliche Kosten	867,13 €	6.708,82 €	3.027,81 €	1.700,36 €	1.416,90 €	7.199,91 €	2.878,67 €	2.991,62 €
Standardabweichung	2.161,61 €	9.256,78 €	7.194,81 €	4.520,38 €	3.281,12 €	7.644,75 €	5.962,92 €	7.385,22 €
Minimum	0,00 €	69,05 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	221,44 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,31 €	1.049,03 €	19,90 €	23,29 €	37,90 €	1.068,24 €	33,74 €	27,45 €
Median	105,31 €	2.669,66 €	680,55 €	410,95 €	166,64 €	4.618,40 €	354,90 €	207,35 €
75%-Perzentil	697,15 €	8.869,91 €	1.631,60 €	1.429,64 €	1.019,35 €	10.662,58 €	2.292,33 €	1.498,07 €
Maximum	15.250,95 €	47.228,63 €	41.480,44 €	36.347,42 €	21.609,12 €	29.056,24 €	35.280,03 €	45.355,68 €

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



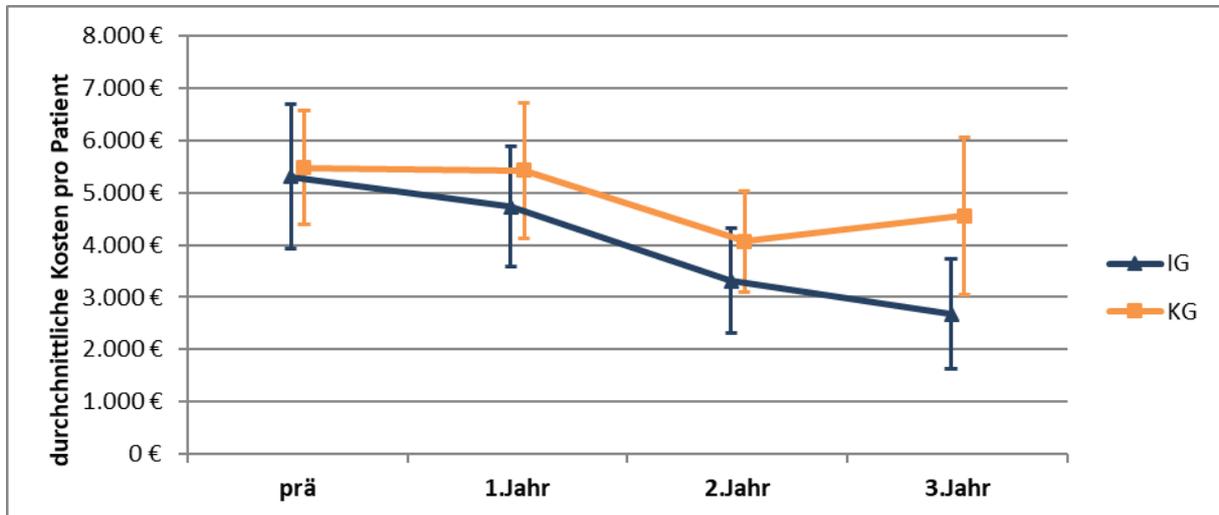
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	220	220	197	180	215	215	188	179
durchschnittliche Kosten	5.307,71 €	4.734,63 €	3.309,20 €	2.670,75 €	5.477,82 €	5.421,48 €	4.066,03 €	4.553,03 €
Standardabweichung	10.480,49 €	8.629,46 €	7.396,12 €	7.448,39 €	8.151,49 €	9.661,30 €	7.012,16 €	10.526,56 €
Minimum	0,35 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	18,61 €	200,92 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.008,39 €	1.155,24 €	572,18 €	229,80 €	1.000,32 €	1.256,17 €	694,33 €	535,51 €
Median	1.845,49 €	1.817,45 €	1.244,94 €	1.132,20 €	1.836,87 €	2.175,43 €	1.374,49 €	1.462,80 €
75%-Perzentil	5.386,81 €	3.928,02 €	2.237,01 €	2.108,19 €	5.914,29 €	5.307,92 €	3.338,81 €	2.969,94 €
Maximum	117.912,39 €	76.829,17 €	53.480,65 €	86.660,02 €	51.762,29 €	75.148,13 €	55.310,65 €	75.005,72 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

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

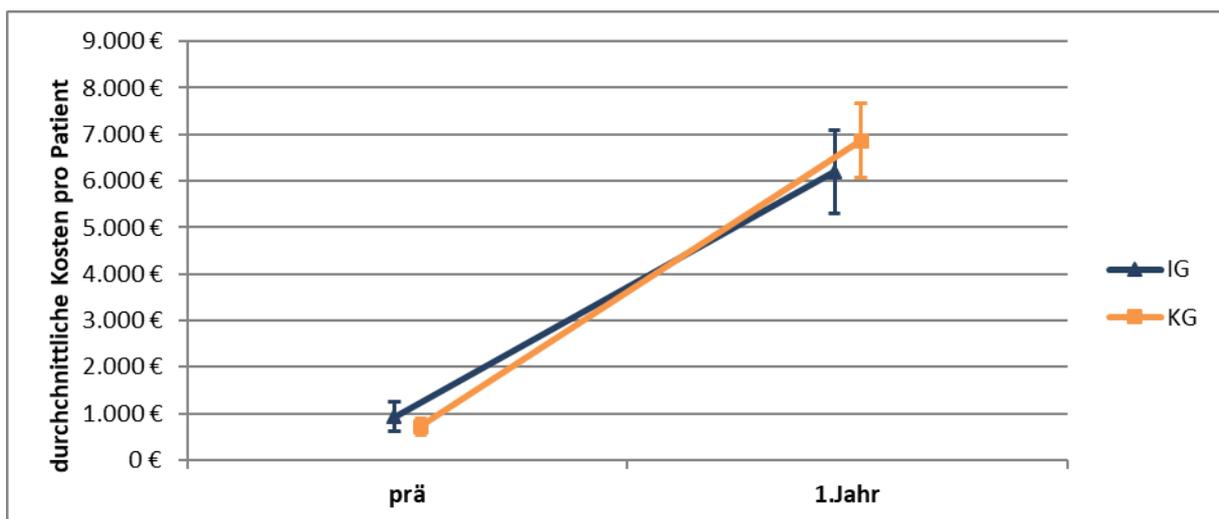
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum zweiten Modelljahr (vgl. Tabelle 42 und Abbildung 27). Im dritten Modelljahr war die IG signifikant günstiger als die KG.

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	357	401	344	401						
durchschnittliche Kosten	927,47 €	6.194,84 €	714,18 €	6.863,43 €	213,29 €	0,253	-668,59 €	0,273	-881,88 €	0,153
Standardabweichung	3.189,30 €	9.110,01 €	1.934,17 €	8.124,84 €						
Minimum	0,00 €	63,89 €	0,00 €	218,05 €						
25%-Perzentil	29,33 €	733,74 €	27,37 €	967,91 €						
Median	99,12 €	2.050,31 €	102,25 €	3.802,95 €						
75%-Perzentil	498,31 €	7.866,79 €	455,57 €	9.967,02 €						
Maximum	48.622,26 €	67.069,89 €	18.913,33 €	52.700,81 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 43)

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant von denen der KG (vgl. Tabelle 43 und Abbildung 28). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen den Gruppen ergab. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 881,88 € günstiger als die KG, jedoch war diese Differenz nicht signifikant ($p = 0,153$).

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	927,50 €	318,70 €	0,004	444,55 €	697,70 €	0,524	358,30 €	304,30 €	0,239
Differenz KG-IG	-213,30 €	450,70 €	0,636	-124,31 €	421,13 €	0,768	-122,40 €	419,70 €	0,771
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	5.267,40 €	450,70 €	<0,001	2.873,78 €	942,94 €	0,002	2.732,00 €	545,10 €	<0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)	-881,90 €	637,40 €	0,167	-924,08 €	594,53 €	0,120	-877,00 €	592,80 €	0,139
Alter bis 29 J.				-534,54 €	513,32 €	0,298			
30 J. bis 47 J.				-562,92 €	477,51 €	0,239			
48 J. bis 64 J.				-181,10 €	454,61 €	0,690			
Weiblich				41,08 €	312,14 €	0,895			
Erwerbstätig				-499,52 €	475,09 €	0,293			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				-2.012,79 €	1.026,62 €	0,050			
Referenzdiagnose F00				-2.771,65 €	4.292,48 €	0,519			
Referenzdiagnose F01				1.863,99 €	1.746,60 €	0,286			
Referenzdiagnose F02*									
Referenzdiagnose F03				378,49 €	1.098,99 €	0,731			
Referenzdiagnose F07				5.184,07 €	2.322,12 €	0,026	4.882,90 €	2267,40	0,031
Referenzdiagnose F10				4.004,31 €	693,78 €	<0,001	3.772,40 €	559,00	<0,001
Referenzdiagnose F2x				10.220,08 €	976,10 €	<0,001	10.166,30 €	868,20	<0,001
Referenzdiagnose F3x				2.796,90 €	613,95 €	<0,001	2.539,70 €	479,80	<0,001
Referenzdiagnose F4x				622,69 €	742,85 €	0,402			
Referenzdiagnose F43				370,36 €	685,69 €	0,589			
Referenzdiagnose F45				3.921,34 €	1.302,71 €	0,003	4.022,30 €	1287,80	0,002
Referenzdiagnose F50				6.553,10 €	2.274,48 €	0,004	6.133,00 €	2253,80	0,007
Referenzdiagnose F60.31				864,66 €	1.250,42 €	0,489			
Referenzdiagnose F7x				3.787,35 €	1.275,91 €	0,003	3.641,70 €	1246,80	0,004
Referenzdiagnose F84*									
Referenzdiagnose F9x				631,71 €	1.649,35 €	0,702			
vollstat. Fall in Prä				4.218,88 €	721,38 €	<0,001	4.306,00 €	716,20	<0,001
teilstat. Fall in Prä				19.740,30 €	3.577,62 €	<0,001	19.527,10 €	3561,60	<0,001
PIA-Fall in Prä				6.058,19 €	2.769,85 €	0,029	5.969,70 €	2760,20	0,031

vertragsärztl. Fall in Prä		251,65 €	577,70 €	0,663	
R ²		0,17		0,28	0,28

*Hinweis: Referenzdiagnosen F02 und F84 wurden ausgeschlossen, da sie jeweils nur eine Ausprägung aufweisen.

Im Grundmodell ergab sich eine um 881,90 € günstigere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war ($p = 0,167$; vgl. Tabelle 44). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergab sich im Gesamtmodell eine um 924,08 € nicht signifikant günstigere Entwicklung ($p = 0,120$). Im gesättigten Modell ergab sich eine um 877,00 € günstigere, ebenfalls nicht signifikante Entwicklung der IG im Vergleich zur KG ($p = 0,139$).

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.

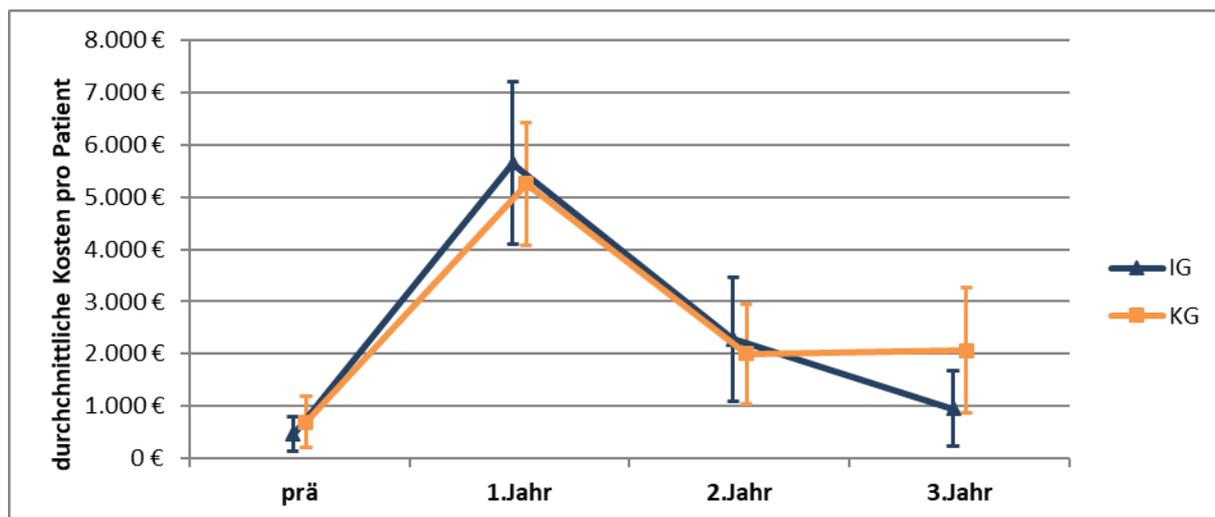
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	13	69	20	12	17	84	24	19
durchschnittliche Kosten	459,55 €	5.651,94 €	2.277,88 €	941,69 €	686,95 €	5.254,02 €	1.998,46 €	2.059,83 €
Standardabweichung	1.947,84 €	9.160,34 €	6.831,49 €	4.063,47 €	2.881,55 €	6.855,14 €	5.455,06 €	6.671,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	651,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.197,22 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.057,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.330,79 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	14.874,83 €	45.317,38 €	39.217,77 €	34.263,40 €	20.680,13 €	28.959,12 €	35.115,03 €	43.119,74 €

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



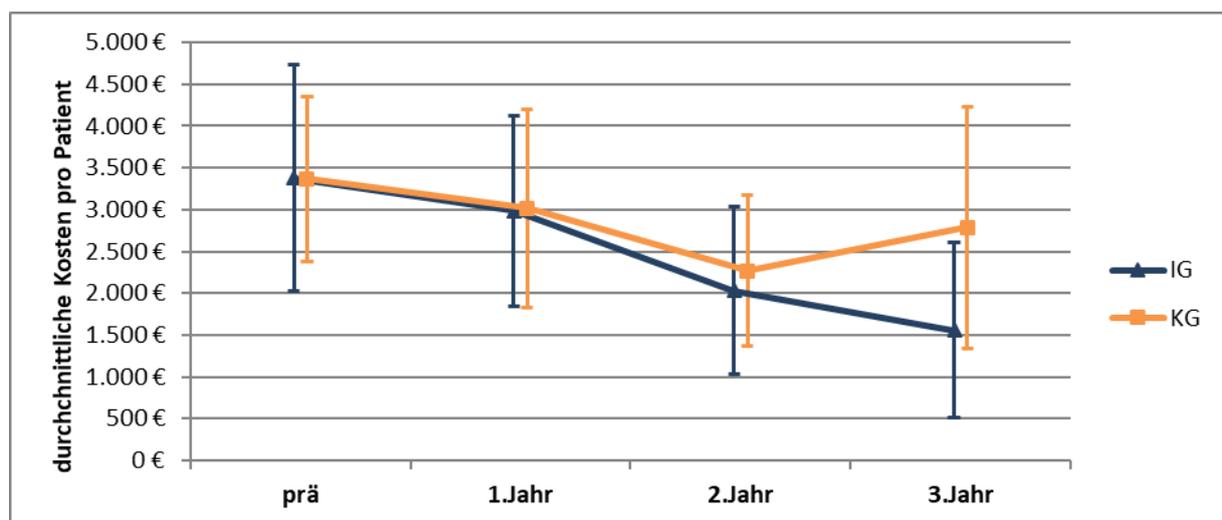
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	63	51	30	25	61	55	35	28
durchschnittliche Kosten	3.377,34 €	2.983,86 €	2.031,40 €	1.554,18 €	3.365,24 €	3.018,34 €	2.267,65 €	2.785,00 €
Standardabweichung	10.245,93 €	8.617,80 €	7.322,19 €	7.399,78 €	7.425,18 €	8.858,85 €	6.491,27 €	10.203,28 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.265,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.531,01 €	605,23 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	117.183,40 €	76.219,62 €	52.401,13 €	86.107,21 €	42.720,94 €	72.181,56 €	52.525,19 €	73.558,70 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 46)

Bei den klinikneuen Patienten zeigte sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied bzgl. durchschnittlicher vollstationärer Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 45 und Abbildung 29). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen den beiden Gruppen ergab. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums ab.

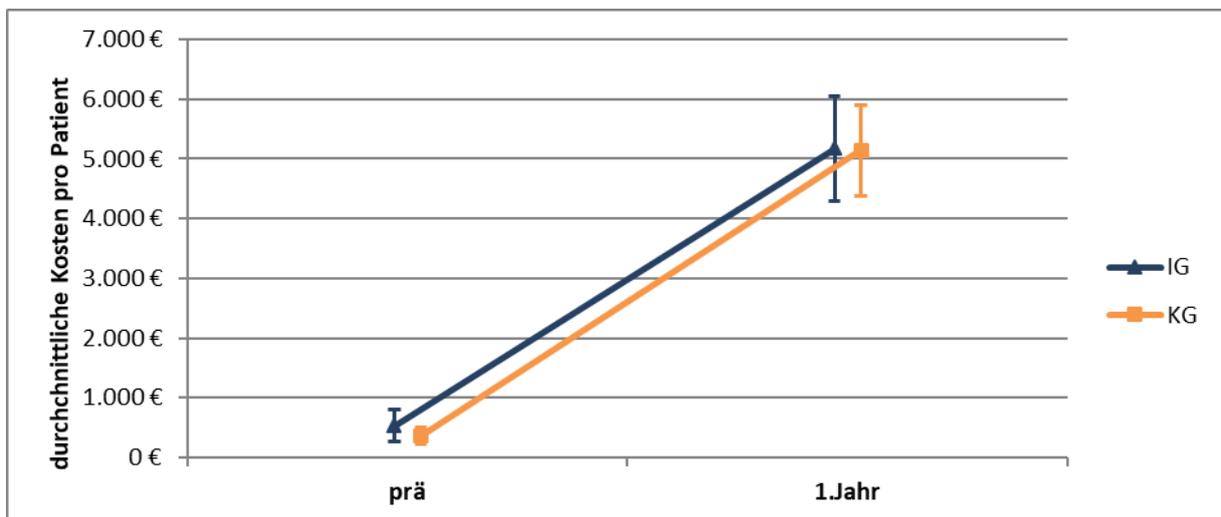
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum zweiten Modelljahr (vgl. Tabelle 46 und Abbildung 30). Im dritten Modelljahr war die IG signifikant günstiger als die KG.

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-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	37	190	40	228						
durchschnittliche Kosten	526,21 €	5.172,78 €	357,78 €	5.140,27 €	168,43 €	0,278	32,51 €	0,957	-135,92 €	0,822
Standardabweichung	2.767,11 €	9.009,76 €	1.416,74 €	7.843,81 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.120,94 €						
75%-Perzentil	0,00 €	6.603,31 €	0,00 €	7.858,48 €						
Maximum	42.746,76 €	66.270,85 €	12.119,02 €	50.960,95 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 47)

Die durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Kosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 47 und Abbildung 31). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen den Gruppen ergab ($p = 0,957$). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 135,92 € günstiger als die KG, jedoch war der Kostenunterschied ebenfalls nicht signifikant ($p = 0,822$).

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.

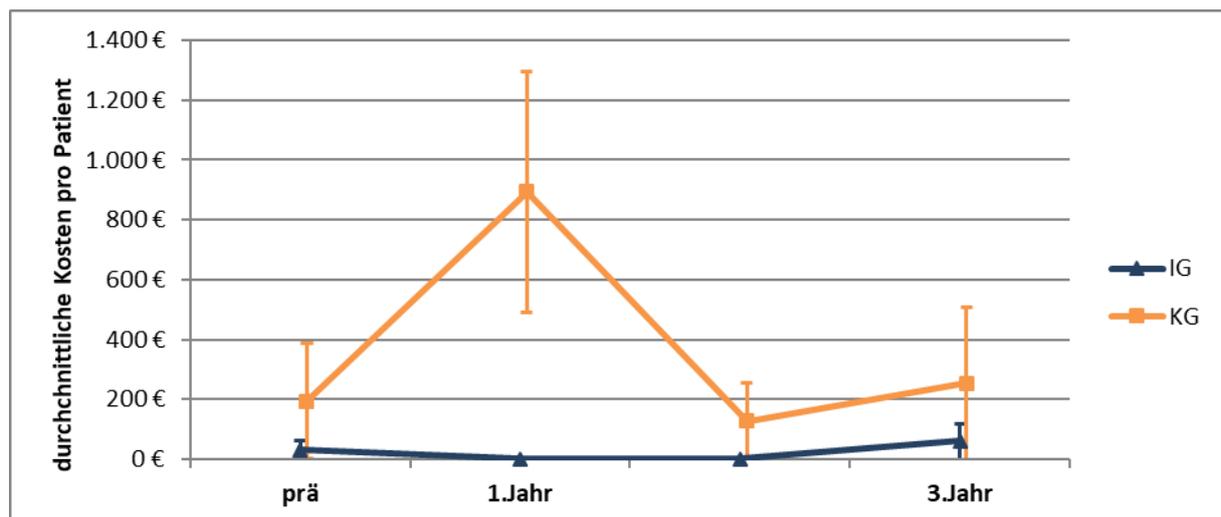
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	22	<10	<10
durchschnittliche Kosten	30,78 €	0,00 €	0,00 €	59,63 €	193,30 €	894,28 €	127,65 €	252,58 €
Standardabweichung	354,93 €	0,00 €	0,00 €	658,66 €	1.126,21 €	2.351,76 €	958,90 €	1.424,27 €
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	4.093,31 €	0,00 €	0,00 €	7.275,15 €	8.463,80 €	9.941,50 €	9.004,76 €	10.723,90 €

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



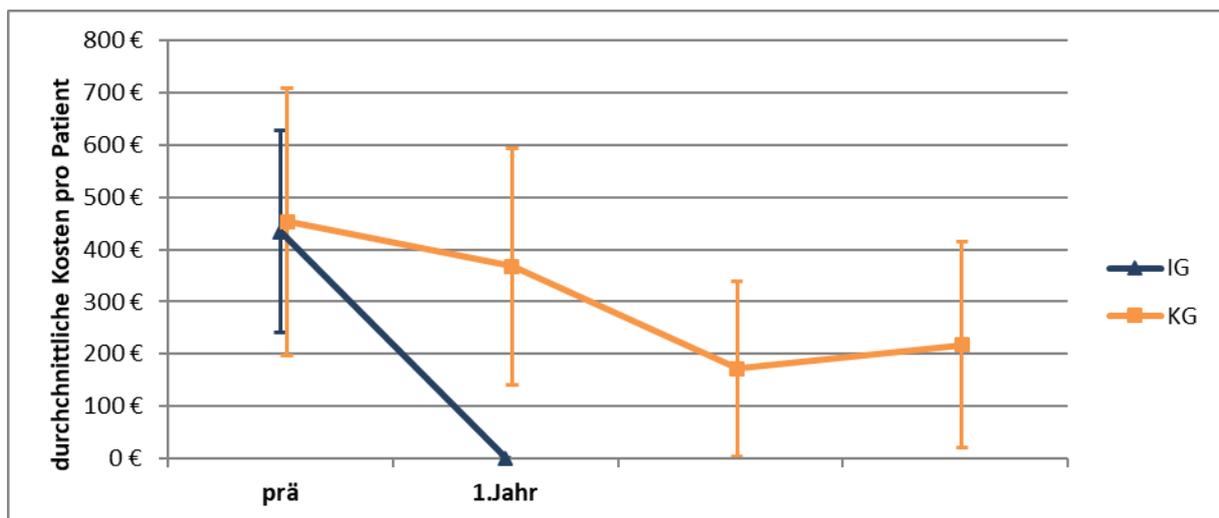
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	21	<10	<10	<10	15	14	<10	<10
durchschnittliche Kosten	433,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	452,78 €	367,52 €	171,59 €	217,51 €
Standardabweichung	1.458,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.906,20 €	1.697,57 €	1.209,12 €	1.388,81 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	8.758,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13.884,46 €	12.966,27 €	13.043,88 €	13.558,27 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 49)

Bei den klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr hatten relativ wenige Individuen einen teilstationären Aufenthalt (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 32). Entsprechend sind keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich.

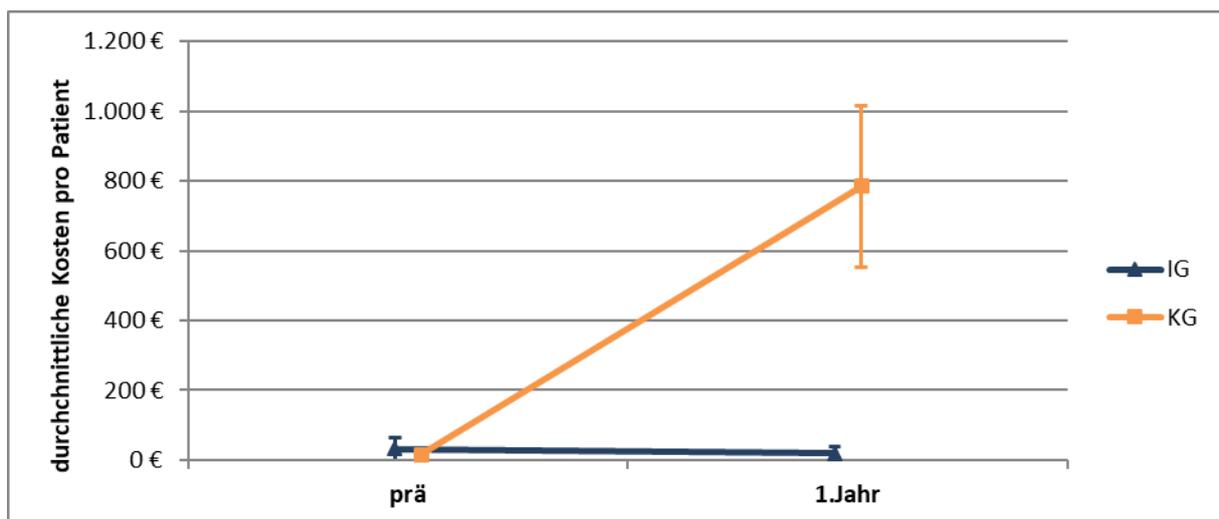
Bei den klinikbekannten Patienten der IG hatten ebenfalls relativ wenige Individuen einen teilstationären Aufenthalt (vgl. Tabelle 49 und Abbildung 33). Auch hier sind keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich.

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-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	<10	<10	<10	51						
durchschnittliche Kosten	31,60 €	19,31 €	14,95 €	784,32 €	16,65 €	0,539	-765,01 €	<0,001	-781,66 €	<0,001
Standardabweichung	452,67 €	386,59 €	299,39 €	2.370,94 €						
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	7.356,00 €	7.741,46 €	5.995,20 €	15.332,12 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 50)

Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 34). Da nur relativ wenige Patienten der IG im Prä-Zeitraum und im ersten Jahr einen teilstationären Aufenthalt hatten, in der KG jedoch im ersten Jahr deutlich mehr Patienten teilstationär versorgt wurden, war die IG im ersten Jahr signifikant günstiger als die KG. Insgesamt entwickelte sich die IG also um 781,66 € günstiger als die KG ($p < 0,001$).

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

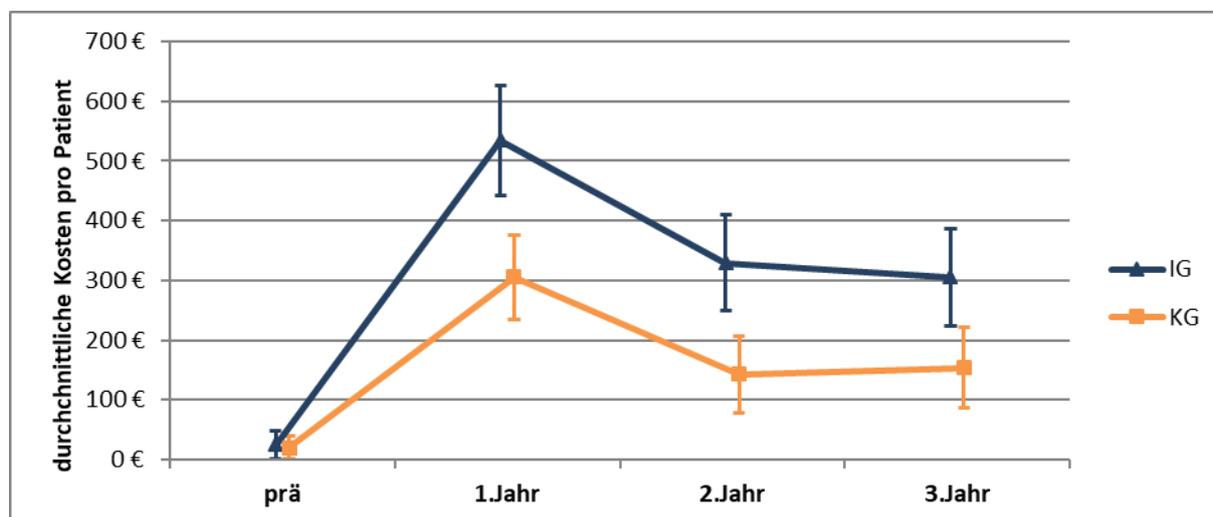
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	<10	90	50	45	<10	70	22	22
durchschnittliche Kosten	25,34 €	534,57 €	329,45 €	306,05 €	19,90 €	305,41 €	142,88 €	153,78 €
Standardabweichung	137,87 €	540,73 €	463,24 €	458,65 €	116,25 €	415,38 €	363,10 €	369,56 €
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 €	288,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.010,91 €	695,71 €	658,88 €	0,00 €	415,76 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.048,04 €	1.988,90 €	1.457,64 €	1.500,58 €	947,08 €	1.494,98 €	1.478,90 €	1.500,58 €

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



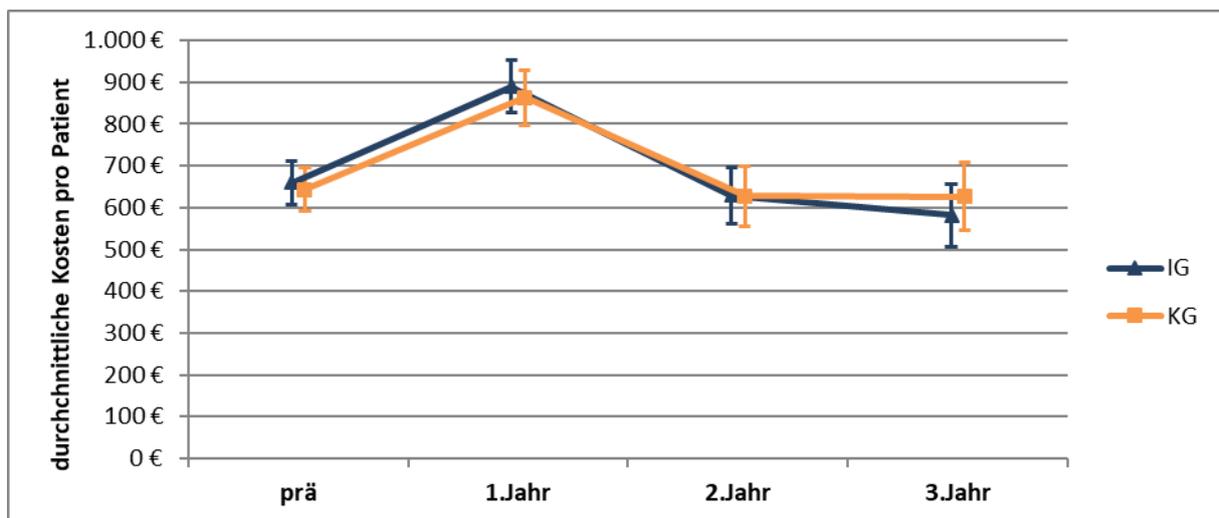
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	190	206	151	125	184	195	139	118
durchschnittliche Kosten	659,51 €	890,18 €	628,89 €	581,45 €	643,55 €	863,43 €	628,38 €	626,08 €
Standardabweichung	391,69 €	468,32 €	491,58 €	537,96 €	390,08 €	495,21 €	516,79 €	573,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	299,22 €	562,08 €	0,00 €	0,00 €	293,75 €	498,15 €	0,00 €	0,00 €
Median	763,04 €	991,06 €	638,37 €	525,43 €	682,90 €	908,67 €	638,37 €	658,88 €
75%-Perzentil	963,96 €	1.251,77 €	1.016,97 €	1.052,74 €	924,42 €	1.206,28 €	1.068,99 €	1.059,84 €
Maximum	1.367,92 €	1.766,85 €	1.807,50 €	1.858,07 €	1.367,92 €	1.766,85 €	1.807,50 €	1.858,07 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

Bei den durchschnittlichen PIA-Versorgungskosten klinikneuer Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 51 und Abbildung 35). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Im zweiten und dritten Modelljahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder leicht ab, wobei die IG weiterhin signifikant teurer war. Die höheren Kosten der IG waren u.a. auf die relativ größere Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückzuführen.

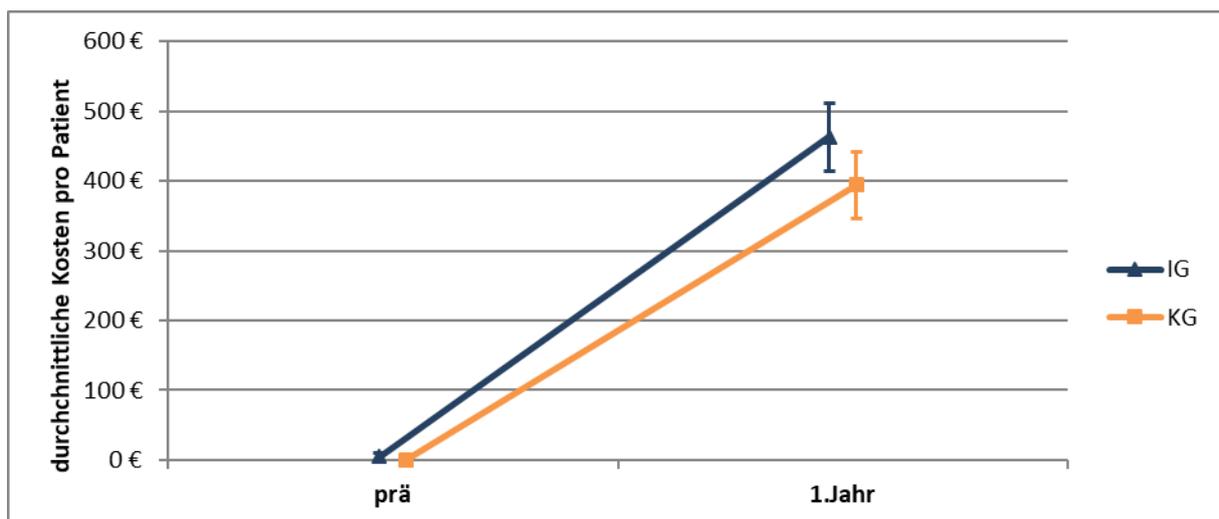
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein nahezu identischer Verlauf der PIA-Kosten der IG und KG (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 36). Es ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen den Gruppen.

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-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	<10	277	<10	242						
durchschnittliche Kosten	5,22 €	462,69 €	0,00 €	393,70 €	5,22 €	0,115	68,99 €	0,047	63,76 €	0,066
Standardabweichung	66,24 €	492,49 €	0,00 €	489,88 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	222,78 €	0,00 €	218,05 €						
75%-Perzentil	0,00 €	752,46 €	0,00 €	597,03 €						
Maximum	1.253,47 €	1.858,07 €	0,00 €	1.858,07 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 53)

Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 53 und Abbildung 37). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die IG signifikant teurer war ($p = 0,047$). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 63,76 € teurer, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war ($p = 0,066$).

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.

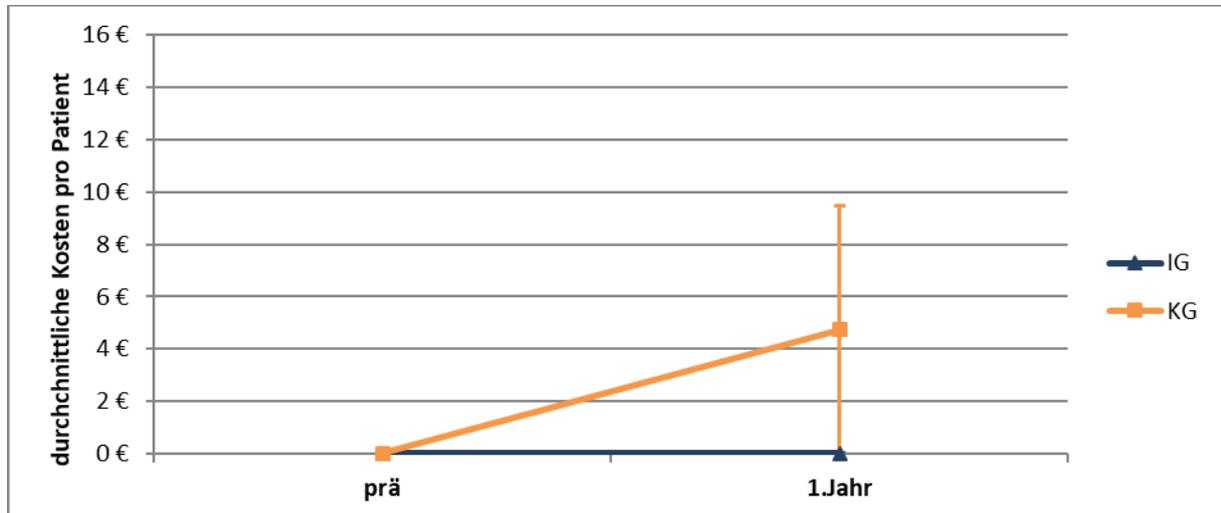
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4,72 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	54,07 €	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 €	618,81 €	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 54)

Klinikbekannte Patienten

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Da kein klinikbekannter Patient sonstige psychiatrische im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahm, entfallen Tabelle 55 und Abbildung 39.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Da kein Patient mit Referenzfall im dritten Modelljahr sonstige psychiatrische im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahm, entfallen Tabelle 56 und Abbildung 40.

10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

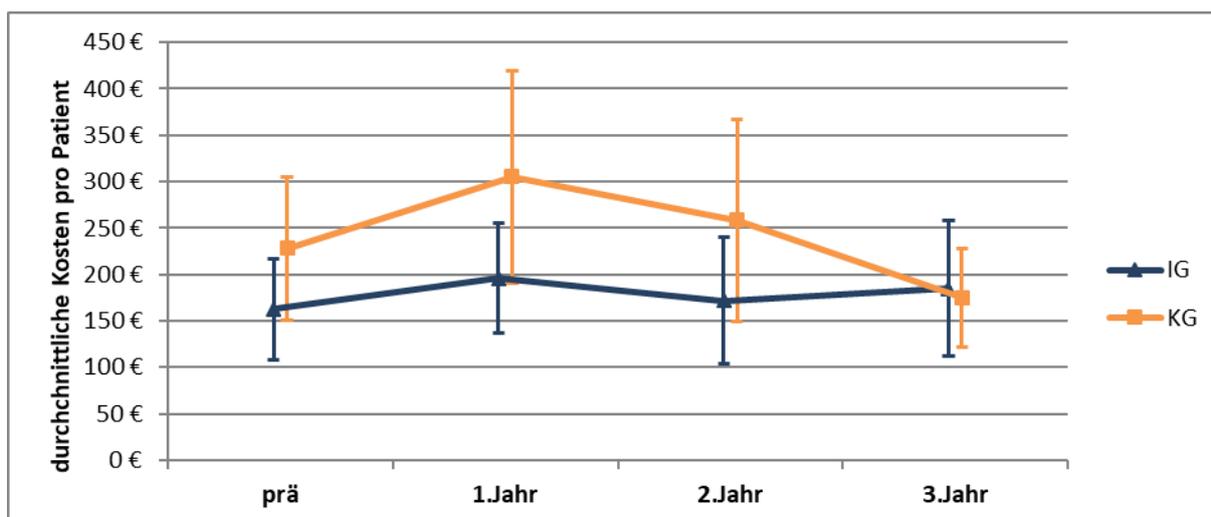
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	119	118	99	97	116	121	110	101
durchschnittliche Kosten	162,95 €	195,64 €	171,84 €	184,97 €	227,90 €	305,20 €	258,48 €	175,07 €
Standardabweichung	320,53 €	349,26 €	393,70 €	412,89 €	452,28 €	668,13 €	619,06 €	294,08 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,83 €	24,76 €	10,35 €	13,99 €	20,46 €	35,29 €	20,39 €	19,63 €
Median	48,85 €	71,42 €	39,87 €	57,19 €	68,92 €	101,03 €	70,83 €	56,89 €
75%-Perzentil	190,86 €	230,87 €	148,25 €	178,85 €	201,07 €	309,95 €	241,01 €	207,67 €
Maximum	2.571,42 €	2.126,30 €	3.188,38 €	3.039,88 €	2.730,82 €	6.189,51 €	5.336,51 €	1.714,90 €

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



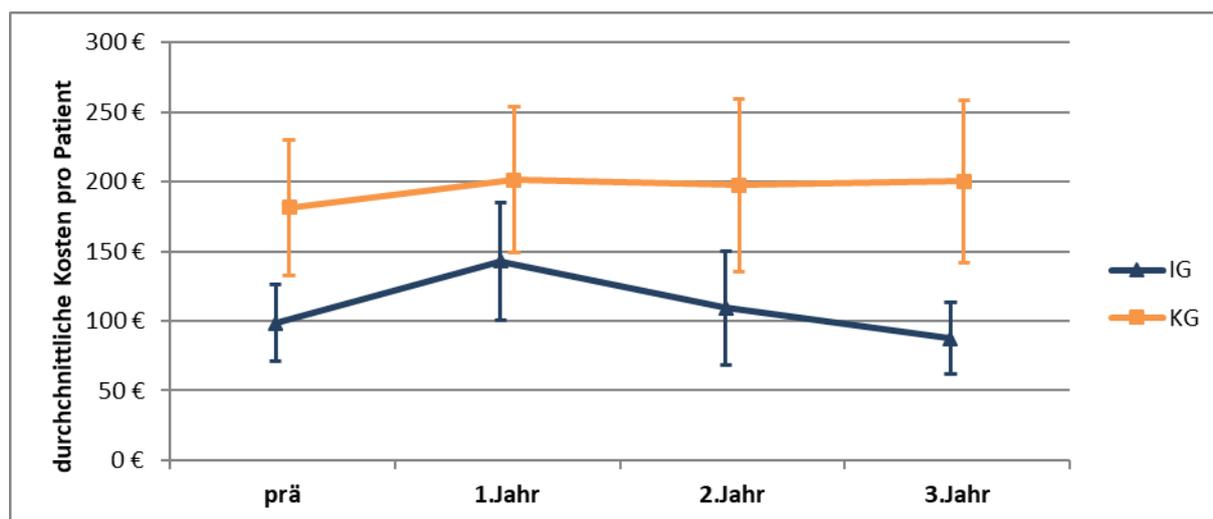
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

klimbekante Patienten

Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klimbekante 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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	206	206	185	169	208	202	183	175
durchschnittliche Kosten	98,31 €	143,11 €	109,23 €	87,31 €	181,50 €	201,21 €	197,42 €	200,36 €
Standardabweichung	208,17 €	319,65 €	301,83 €	181,20 €	363,92 €	390,24 €	447,92 €	409,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,95 €	29,69 €	20,96 €	18,10 €	26,64 €	38,52 €	26,77 €	25,98 €
Median	40,00 €	63,43 €	52,30 €	44,68 €	57,62 €	78,44 €	64,40 €	66,37 €
75%-Perzentil	99,70 €	137,32 €	98,92 €	83,11 €	142,96 €	149,01 €	174,38 €	193,82 €
Maximum	2.276,11 €	2.791,95 €	3.266,60 €	1.780,43 €	2.318,87 €	3.131,30 €	3.198,19 €	3.574,98 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 58)

Bei den durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung ergaben sich bei den klimbekanten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in keinem Beobachtungszeitraum signifikante Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 41).

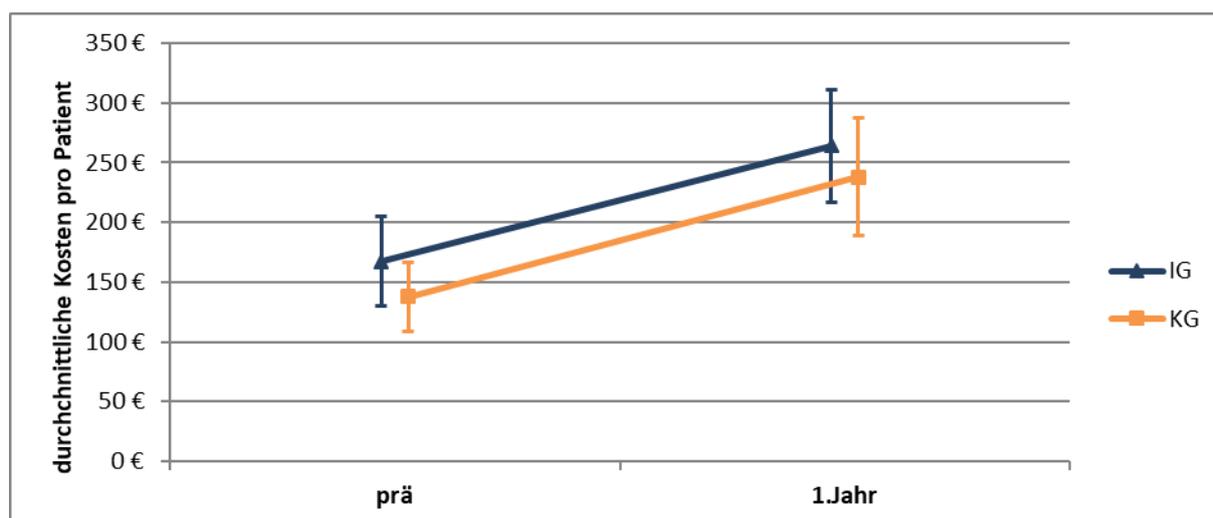
Bei den klimbekanten Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum dritten Modelljahr signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 42).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	344	371	329	359						
durchschnittliche Kosten	167,44 €	264,01 €	137,94 €	238,11 €	29,49 €	0,225	25,89 €	0,455	-3,60 €	0,915
Standardabweichung	386,84 €	477,81 €	295,61 €	502,61 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,86 €	35,07 €	12,42 €	29,95 €						
Median	49,52 €	83,90 €	45,52 €	81,96 €						
75%-Perzentil	139,96 €	272,98 €	139,07 €	225,57 €						
Maximum	2.989,87 €	3.389,56 €	2.799,78 €	4.847,35 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 59)

Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung ergaben sich im Prä-Zeitraum bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zwischen IG und KG keine signifikanten Kostenunterschiede (vgl. Tabelle 59 und Abbildung 43). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die Kosten nahezu parallel anstiegen. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant unterschiedlich zur KG ($p = 0,915$).

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.

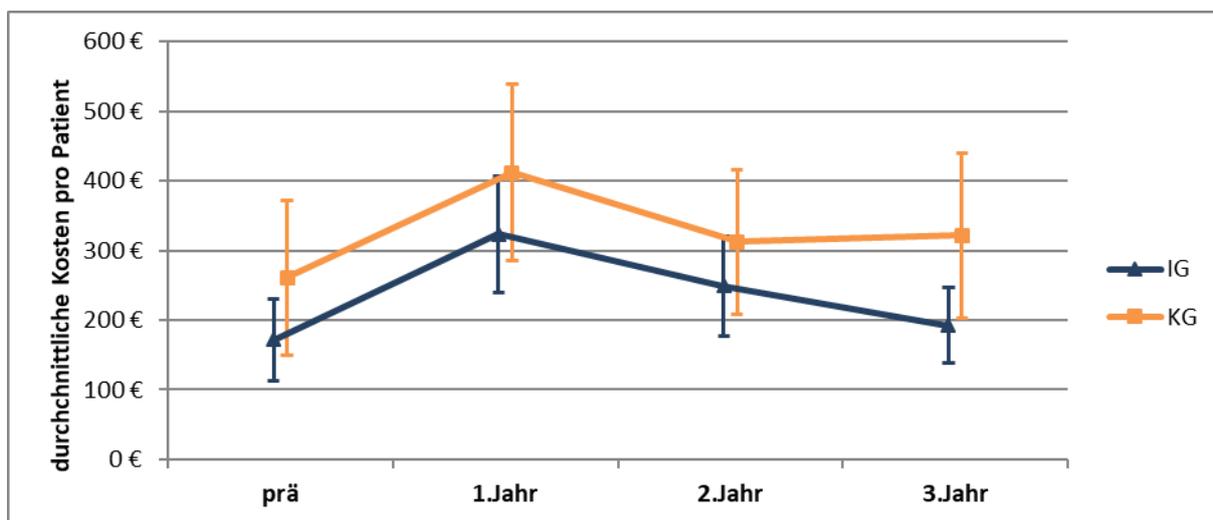
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	78	99	80	76	81	99	75	64
durchschnittliche Kosten	171,73 €	323,24 €	248,64 €	191,78 €	261,07 €	411,86 €	311,99 €	321,35 €
Standardabweichung	348,07 €	491,98 €	408,02 €	304,88 €	648,93 €	743,74 €	591,38 €	659,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	11,26 €	0,00 €	0,00 €
Median	17,23 €	128,08 €	71,46 €	40,11 €	28,57 €	150,87 €	52,78 €	18,61 €
75%-Perzentil	198,06 €	466,85 €	316,52 €	256,28 €	209,62 €	381,62 €	314,75 €	303,30 €
Maximum	2.047,86 €	2.692,42 €	1.888,95 €	1.600,60 €	4.818,19 €	4.945,39 €	3.627,80 €	3.723,35 €

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



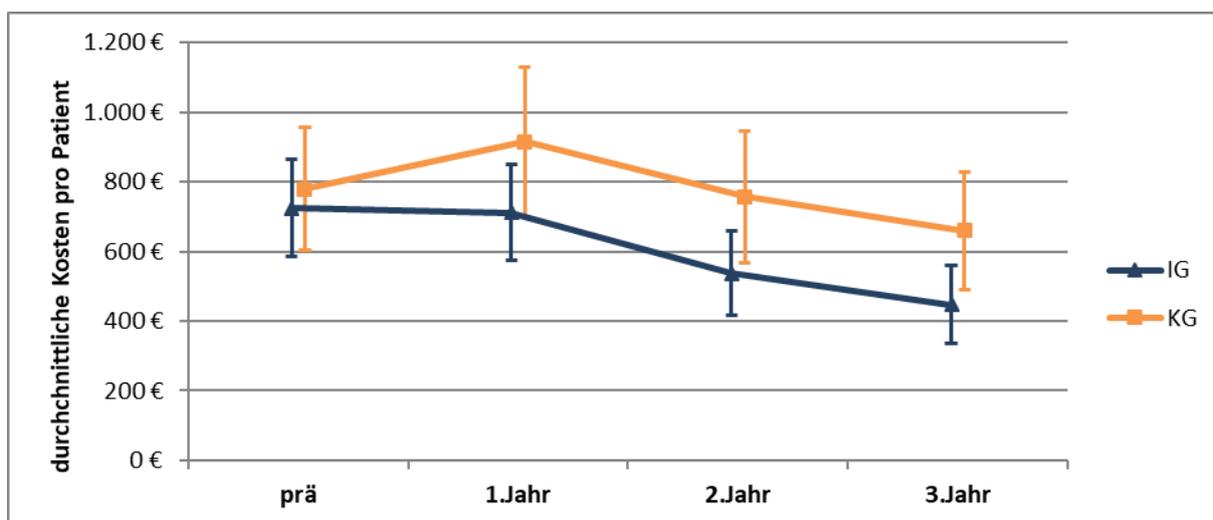
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	195	188	166	137	187	181	157	146
durchschnittliche Kosten	723,70 €	711,91 €	537,28 €	446,61 €	779,81 €	914,09 €	756,60 €	659,21 €
Standardabweichung	1.054,27 €	1.036,12 €	883,30 €	792,95 €	1.311,24 €	1.604,22 €	1.366,63 €	1.180,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	74,15 €	83,91 €	29,82 €	0,00 €	79,63 €	78,20 €	40,17 €	35,98 €
Median	304,30 €	266,18 €	200,37 €	167,14 €	295,83 €	344,86 €	305,44 €	286,47 €
75%-Perzentil	970,48 €	920,02 €	724,44 €	507,27 €	913,23 €	1.016,03 €	882,25 €	723,47 €
Maximum	8.113,23 €	7.367,80 €	7.164,21 €	5.839,35 €	11.393,31 €	12.239,37 €	11.932,44 €	8.300,71 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 61)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich bei den durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung vom Prä-Zeitraum bis zum dritten Jahr keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 60 und Abbildung 44).

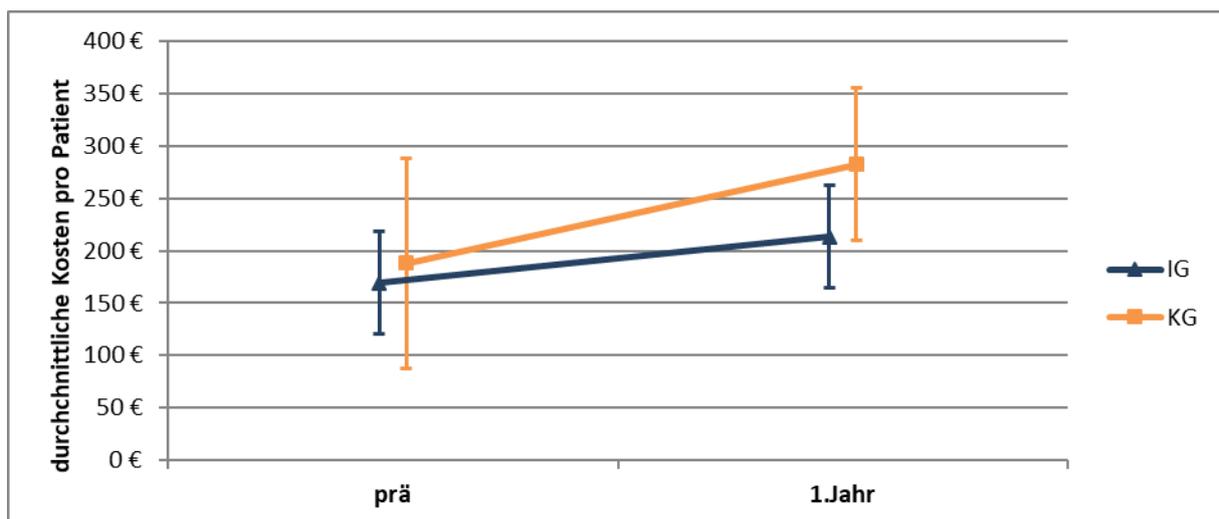
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 61 und Abbildung 45). Im zweiten und dritten Modelljahr war die IG signifikant günstiger als die KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	14	18	<10	10						
durchschnittliche Kosten	169,05 €	213,44 €	188,14 €	282,20 €	-19,09 €	0,738	-68,76 €	0,126	-49,68 €	0,16
Standardabweichung	501,35 €	501,73 €	1.024,24 €	744,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	13,34 €	66,36 €	15,65 €	106,14 €						
75%-Perzentil	121,13 €	217,19 €	96,92 €	326,58 €						
Maximum	6.871,99 €	7.821,88 €	18.264,60 €	10.619,37 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 62)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, welche Psychopharmaka in Anspruch nahmen, sind hierzu keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 62 und Abbildung 46).

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.

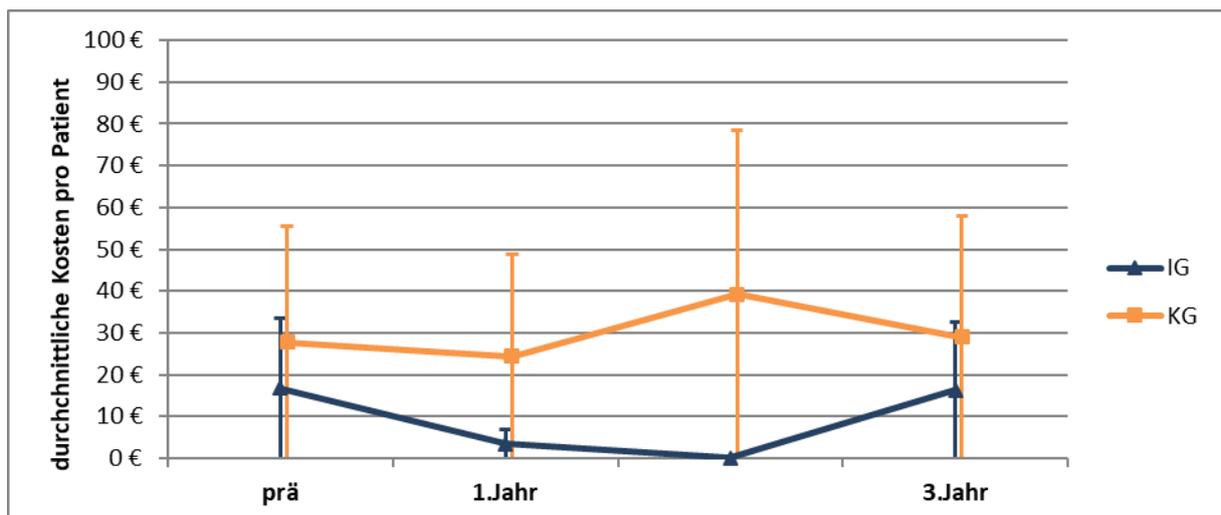
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	16,79 €	3,43 €	0,00 €	16,25 €	27,77 €	24,41 €	39,20 €	29,01 €
Standardabweichung	161,30 €	29,15 €	0,00 €	141,33 €	227,44 €	143,79 €	268,21 €	195,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.816,16 €	297,41 €	0,00 €	1.483,49 €	2.140,61 €	1.172,02 €	2.690,07 €	1.606,28 €

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



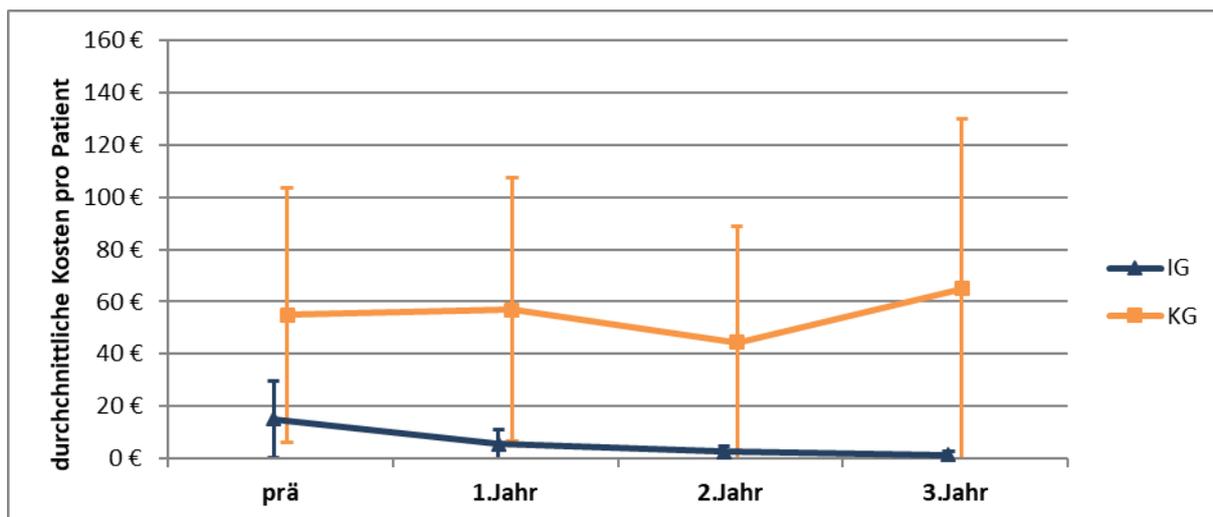
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	14,94 €	5,56 €	2,40 €	1,20 €	54,93 €	56,89 €	44,38 €	64,88 €
Standardabweichung	110,32 €	49,10 €	34,44 €	16,63 €	364,45 €	376,87 €	374,56 €	492,74 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.457,28 €	485,76 €	494,27 €	230,49 €	3.823,60 €	3.180,22 €	4.793,23 €	5.507,34 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

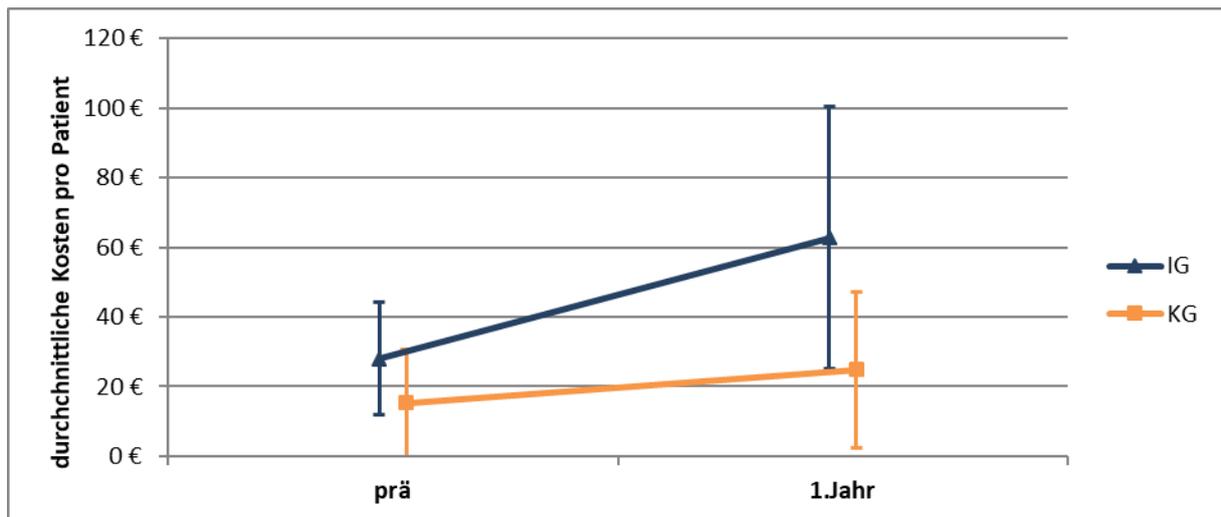
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 63, Tabelle 64, Abbildung 47 und Abbildung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

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	14	18	<10	10						
durchschnittliche Kosten	27,95 €	62,62 €	15,37 €	24,82 €	12,58 €	0,272	37,80 €	0,091	25,22 €	0,206
Standardabweichung	164,74 €	384,84 €	159,27 €	228,07 €						
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.447,34 €	4.836,83 €	2.719,11 €	3.919,99 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 65)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 49).

11. Ergebnisse: Effizienz

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

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

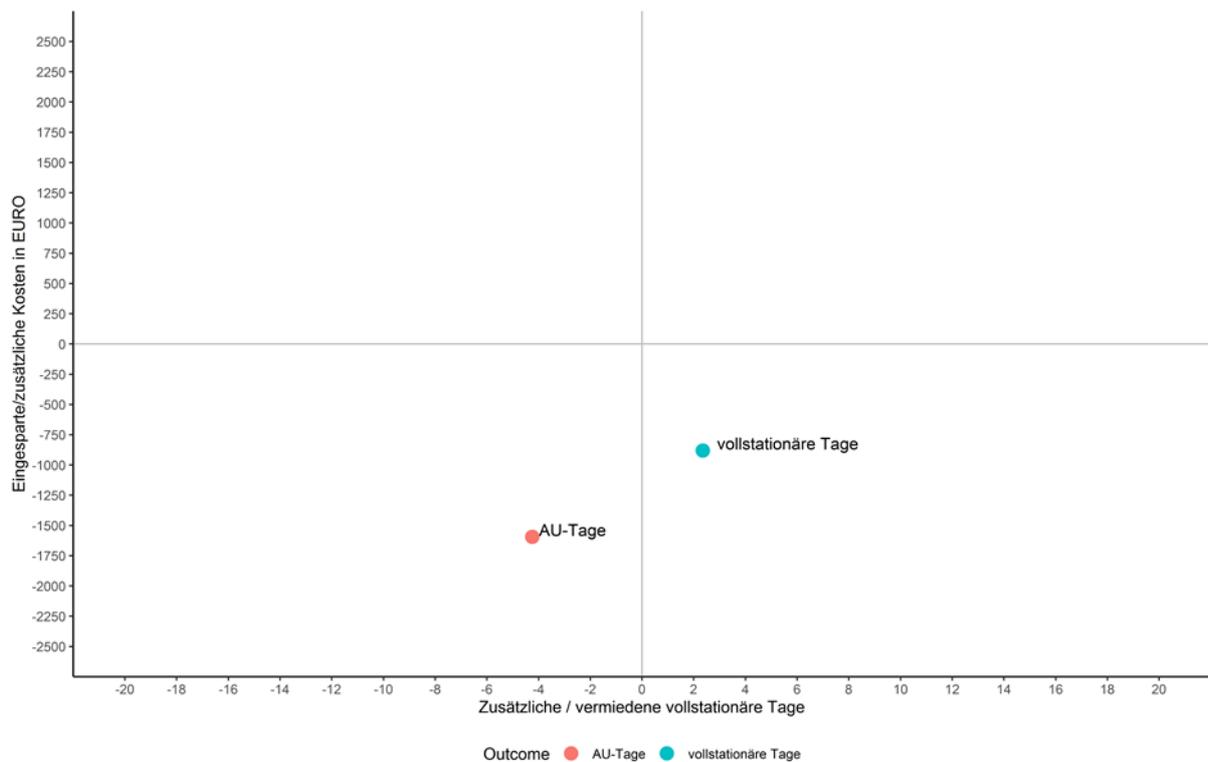
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	401	927,47 €	401	6.194,84 €		5.267,36 €
	KG	401	714,18 €	401	6.863,43 €		6.149,24 €
	Differenz IG-KG		213,29 €		-668,59 €		-881,88 €
	p-Wert		0,253		0,273		0,167
(vermiedene) KH-Tage	IG	401	2,0	401	18,3		16,2
	KG	401	1,3	401	19,8		18,6
	Differenz IG-KG		0,8		-1,6		-2,4
	p-Wert		0,233		0,484		<0,001
	ICER						-374,61 €

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	253	965,49 €	253	5.760,53 €		4.795,04 €
	KG	239	561,47 €	239	6.952,12 €		6.390,65 €
	Differenz IG-KG		404,02 €		-1.191,59 €		-1.595,61 €
	p-Wert		0,111		0,116		0,046
(vermiedene) AU-Tage	IG	253	33,6	253	85,7		52,1
	KG	239	18,8	239	66,6		47,9
	Differenz IG-KG		14,8		19,1		4,2
	p-Wert		0,013		0,044		<0,001
	ICER						376,29 €

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



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf je Patient um 881,88 € günstiger als die KG ($p = 0,167$; vgl. Tabelle 66 und Abbildung 50). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 2,4 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -374,61 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 374,61 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient um 1.595,61 € günstiger ($p = 0,046$; vgl. Tabelle 67 und Abbildung 50). Gleichzeitig hatte die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 4,2 zusätzliche Arbeitsunfähigkeitstage. Hier ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 376,29 €. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag konnten 376,29 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart werden.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Klinikum Lüneburg 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 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

Effektivität

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

- 1) Effekte bezüglich von Unterschieden in der vollstationären Behandlungsdauer waren erst für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ersichtlich.
- 2) Die Arbeitsunfähigkeitstage stiegen im Modellvorhaben stärker an als in der Vergleichsgruppe.

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.

Bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen vergleichbaren Peak bei ca. 21 vollstationären Tagen, wobei die IG einen leicht größeren Anstieg vom Jahr vor Referenzfall aufwies. 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. Der angenommene Modelleffekt einer geringeren Zunahme von vollstationären Tagen lässt sich bei klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr jedoch nicht beobachten.

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 kaum Unterschiede zwischen der IG und der KG. Die Verläufe der Anteile mit mindestens einem Klinikaufenthalt waren zwischen IG und KG vergleichbar. Dies bedeutet, dass klinikneue Patienten insgesamt gleich häufig stationär aufgenommen wurden und gleich lang vollstationär verblieben.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit. Auch die Höhe der vollstationären Tage waren zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch war der Abfall vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Angenommene Modelleffekte einer geringeren Zunahme vollstationärer Behandlungstage deuteten sich hier an.

Vergleicht man damit die Ergebnisse der klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigt sich hier eine statistisch signifikant geringere Zunahme der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG. Die Anstiege bezüglich teilstationärer Tage waren zwischen IG und KG vergleichbar. Die angenommenen Modelleffekte einer geringeren Zunahme vollstationärer Behandlungstage zeichneten sich, im Gegensatz zu Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, erst im dritten Modelljahr ab. Dieser Effekt war auch zu erwarten, da die psychiatrische Klinik Lüneburg keinen Vorläufervertrag zum Modellvorhaben hatte und somit mutmaßlich zunächst Modellstrukturen implementieren musste. Des Weiteren war im ersten Modelljahr nur ein Landkreis in das Modellvorhaben eingeschlossen. Das Modellvorhaben konnte in der Gänze erst ab dem zweiten Modelljahr vollständig umgesetzt werden. Effekte bei großer Umstrukturierung in der Klinik sind meist erst nach einer gewissen Implementierungsphase zu erwarten.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit höheren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr widerspricht der angenommenen Hypothese einer Verringerung von AU-Tagen im Modellvorhaben gegenüber der Kontrollgruppe. In den vorliegenden Untersuchungen war dies nicht ersichtlich. Sowohl für Patienten mit

Referenzfall im ersten Modelljahr also auch für klinikneue Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Dieser Effekt ist hypothesenkonträr und schien sich über die Zeit nicht angeglichen zu haben. Zudem gibt es einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Der Effekt einer sich verringern- den vollstationären Behandlungszeit für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr schien sich (noch) nicht auf die Höhe der AU-Tage ausgewirkt zu haben.

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.

Bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte lässt sich feststellen, dass die IG stets höhere PIA-Kontakte im Vergleich zur KG für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr aufwies. Auch war der Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG für klinikneue und klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr größer. Im dritten Modelljahr waren diese Effekte nicht mehr ersichtlich, ggf. auch durch die geringe Fallzahl, die die Berechnung inferenzstatistischer Tests nicht erlaubte. Zunächst lässt aber die Schlussfolgerung zu, dass für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr die PIA vermehrt in Anspruch genommen wurde, dies aber im Zeitverlauf nicht ausgebaut bzw. gehalten wurde. Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV – Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

Die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr trotz vergleichbarer Anteile mit Wiederaufnahme in der IG größer als in der KG. Dies ist kongruent mit der oben beschriebenen geringeren Zunahme der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Somit scheint sich neben der geringen Anzahl vollstationärer Tage auch ein längerer Zeitraum bis einer erneuten stationären Aufnahme abzuzeichnen.

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 geeignete 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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei den gesamten durchschnittlichen psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Ebenso ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. vollstationärer Versorgungskosten zwischen den Gruppen. Nur relativ wenige Patienten der beiden Gruppen wurden teilstationär behandelt. Die IG hatte im Vergleich zur KG signifikant höhere Kosten durch PIA-Leistungen, was u.a. auf die relativ große Anzahl an Patienten der IG mit PIA-Kontakt zurückzuführen war. Ansonsten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren voll- und teilstationärer Versorgungskosten, verworfen werden. Die Hypothese der Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich kann ebenfalls verworfen werden. Die Hypothese der niedrigeren Arzneimittelkosten kann ebenfalls verworfen werden.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bei den gesamten durchschnittlichen psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG, bis einschließlich zum zweiten Nachbeobachtungsjahr. Im dritten Jahr war die IG signifikant günstiger als die KG. Außerdem ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. vollstationärer Versorgungskosten zwischen den Gruppen. Nur relativ wenige Patienten der beiden Gruppen wurden teilstationär behandelt. Bzgl. PIA-Leistungen ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG. Hinsichtlich der durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung war die IG in allen Zeiträumen signifikant günstiger als die KG. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also, ebenso wie die Hypothese der niedrigeren voll- und teilstationärer Versorgungskosten, verworfen werden. Die Hypothese der Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich kann nicht verworfen werden. Hier war ein hypothesenkonformes Verhalten zu beobachten. Die Hypothese der niedrigeren Arzneimittelkosten kann ebenfalls nicht verworfen werden. Auch hier war ein hypothesenkonformes Verhalten zu beobachten.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den durchschnittlichen Kosten der vollstationären Versorgung entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den teilstationären Versorgungskosten entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 781,66 € signifikant günstiger als die KG. Dies war auf die unterschiedlich hohe Inanspruchnahme im ersten Jahr zurückzuführen (IG: <10; KG: 51 von jeweils 401). Bezüglich vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung und Psychopharmakaversorgung entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Die Hypothese der insgesamt niedrigeren psychiatrischen Gesamtversorgungskosten kann also verworfen werden. Die Hypothese der niedrigeren

voll- und teilstationärer Versorgungskosten kann nur teilweise verworfen werden: Bzgl. teilstationärer Versorgungskosten war ein hypothesenkonformes Verhalten beobachtbar. Die Hypothese der Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich kann ebenfalls verworfen werden. Die Hypothese der niedrigeren Arzneimittelkosten kann ebenfalls verworfen werden.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zur Wirksamkeit des Modellvorhabens zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Behandlungstage in diesem Modellprojekt ab dem dritten Modelljahr vermieden wurden. Die AU-Tage stiegen jedoch hypothesenkonträr in der IG stärker als in der KG. Dass Modelleffekte teilweise erst im dritten Jahr ersichtlich waren erscheint plausibel, da das Modellvorhaben ohne bereits existierenden Vorläufervertrag gestartet ist und möglicherweise eine gewisse Implementierungsphase benötigt. Ob sich der Trend zu weniger vollstationären Tagen in der IG im Vergleich zur KG über die Zeit bestätigt und ggf. noch weitere Effekte sichtbar werden, lässt sich erst im Abschlussbericht abbilden.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer Krankenkasse in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. 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 stellen 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 Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten, nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit der Zwischenberichte wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen in diesen zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnose-übereinstimmung zu einer

Score-Ähnlichkeit. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der durchschnittliche Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall ca. 6 % oberhalb der Kontrollkliniken, im Jahr 2014 ca. 8 %, 2015 ca. 12% oberhalb des Niveaus der Kontrollkliniken. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcome-Parameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der

Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

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

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Prä-Zeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Prä-Zeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Prä-Zeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (6).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, in der Annahme, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal war in der aktuellen Datenlieferung für einige Krankenkassen bereits enthalten, wird jedoch zukünftig dennoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden können. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.
- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Insofern müssen Verfahren der internen Diagnosevalidierung angewendet werden, die bislang aber primär für somatische Krankheiten operationalisiert wurden (7). Diese Ansätze wurden auf die

hier betrachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weitere Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.

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

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 Versichertenanzahl 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)	134	134	134	134
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	9,7 %	29,1 %	12,7 %	35,1 %
	0,7 %	0,0 %	2,2 %	2,2 %
	13,4 %	14,2 %	14,9 %	13,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, 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) 	1,9	20,7	2,3	20,5
	0,2	1,7	1,4	6,8
	2,1	22,4	3,6	27,3
	0,1	0,0	0,5	0,3
	0,1	0,0	0,5	0,3
	2,7	2,2	1,9	1,6

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	221	221	221	221
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) 	33,5 %	22,6 %	28,5 %	21,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	1,8 %	0,5 %	3,2 %	6,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	15,4 %	12,7 %	18,6 %	20,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	12,3	11,9	12,9	11,5
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	2,2	0,4	3,5	2,4
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	14,5	12,3	16,4	13,9
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	0,2	0,0	0,8	1,3
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) 	0,2	0,0	0,7	1,1
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,8	1,2	1,7	3,0

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	134	134	134	134
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	132	133	129	132
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	6,0	0,2	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,4	2,1	2,7	3,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,4	7,2	9,1	9,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,7	3,5	1,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,1	0,4	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	13,2	6,5	9,3	6,7

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder O16xxx (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)	221	221	221	221
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	218	220	221	220
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,8	10,2	7,2	8,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,9	1,0	2,0	2,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,4	9,8	13,0	13,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,3	0,3	1,4	1,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,3	0,9
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	14,7	5,2	23,2	14,4

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	12	96	20	119
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	13,5 %	15,0 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	14,6 %	0,0 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	36,5 %	60,0 %	56,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,3 %	15,6 %	25,0 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	1,0 %	0,0 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,1 %	0,0 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	29,2 %	15,0 %	14,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	40,6 %	30,0 %	32,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	49	18	59
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,2 %	16,7 %	6,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	22,4 %	0,0 %	8,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,1 %	42,9 %	55,6 %	54,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,3 %	12,2 %	22,2 %	15,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,0 %	0,0 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	36,7 %	16,7 %	16,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,9 %	36,7 %	33,3 %	30,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	32	10	28
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	9,4 %	20,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	34,4 %	0,0 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	40,6 %	60,0 %	53,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	9,4 %	30,0 %	32,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	43,8 %	20,0 %	14,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	34,4 %	30,0 %	28,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	10	91	17	108
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,0 %	23,1 %	23,5 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	24,2 %	11,8 %	13,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	60,0 %	52,7 %	76,5 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,0 %	29,7 %	58,8 %	30,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,2 %	5,9 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,3 %	0,0 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,0 %	48,4 %	41,2 %	32,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	40,0 %	23,1 %	5,9 %	14,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	47	15	56
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,7 %	21,3 %	26,7 %	10,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	34,0 %	13,3 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,3 %	55,3 %	73,3 %	76,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	27,7 %	60,0 %	33,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,3 %	6,7 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,7 %	59,6 %	46,7 %	41,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	23,4 %	6,7 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	32	<10	26
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	15,6 %	44,4 %	3,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	50,0 %	22,2 %	30,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	56,3 %	77,8 %	69,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	0,0 %	25,0 %	55,6 %	53,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	11,1 %	11,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	65,6 %	77,8 %	42,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	50,0 %	21,9 %	11,1 %	7,7 %

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	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	79	12	103
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,5 %	24,1 %	33,3 %	15,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,5 %	30,4 %	25,0 %	26,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,0 %	79,7 %	83,3 %	84,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	58,2 %	75,0 %	44,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,5 %	7,6 %	8,3 %	12,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,1 %	16,7 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	59,5 %	50,0 %	46,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	25,0 %	7,6 %	0,0 %	7,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	40	11	53
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	25,0 %	36,4 %	15,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	45,0 %	27,3 %	37,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	80,0 %	81,8 %	86,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	75,0 %	62,5 %	72,7 %	49,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	25,0 %	10,0 %	9,1 %	18,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,5 %	18,2 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	77,5 %	54,5 %	62,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	5,0 %	0,0 %	1,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	26	<10	23
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	23,1 %	60,0 %	8,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	100,0 %	65,4 %	40,0 %	60,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	76,9 %	80,0 %	82,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	100,0 %	61,5 %	80,0 %	65,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	20,0 %	17,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,8 %	40,0 %	13,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	88,5 %	100,0 %	73,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	109	102	95	105
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,6 %	25,5 %	32,6 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,4 %	9,8 %	5,3 %	6,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,7 %	36,3 %	45,3 %	44,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,7 %	8,8 %	13,7 %	5,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,9 %	0,0 %	3,2 %	1,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	1,0 %	1,1 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,0 %	34,3 %	37,9 %	21,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,2 %	40,2 %	32,6 %	40,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	92	87	93	99
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,2 %	28,7 %	33,3 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,5 %	10,3 %	5,4 %	7,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,9 %	36,8 %	45,2 %	45,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	16,3 %	8,0 %	14,0 %	6,1 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	21,7 %	37,9 %	38,7 %	23,2 %
	41,3 %	37,9 %	32,3 %	38,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	57	50	64	69
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	12,3 %	24,0 %	39,1 %	14,5 %
	10,5 %	12,0 %	7,8 %	8,7 %
	35,1 %	38,0 %	40,6 %	43,5 %
	15,8 %	8,0 %	14,1 %	7,2 %
	1,8 %	0,0 %	4,7 %	1,4 %
	1,8 %	2,0 %	1,6 %	2,9 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	22,8 %	36,0 %	46,9 %	24,6 %
	42,1 %	34,0 %	31,3 %	40,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	92	92	84	84
Alle				
<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	48,9 %	44,6 %	54,8 %	31,0 %
	12,0 %	17,4 %	9,5 %	20,2 %
	68,5 %	59,8 %	81,0 %	73,8 %
	30,4 %	32,6 %	31,0 %	22,6 %
	4,3 %	1,1 %	3,6 %	3,6 %
	7,6 %	4,3 %	7,1 %	7,1 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	60,9 %	58,7 %	64,3 %	51,2 %
	12,0 %	17,4 %	3,6 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	77	79	82	79

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	49,4 %	48,1 %	56,1 %	32,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,0 %	20,3 %	9,8 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,2 %	60,8 %	80,5 %	73,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,8 %	32,9 %	31,7 %	22,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,9 %	0,0 %	3,7 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	5,1 %	7,3 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,3 %	63,3 %	65,9 %	54,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,7 %	15,2 %	3,7 %	7,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	46	44	55	52
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	47,8 %	54,5 %	56,4 %	38,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,7 %	20,5 %	14,5 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,9 %	65,9 %	74,5 %	71,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,8 %	38,6 %	23,6 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	0,0 %	5,5 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,7 %	9,1 %	7,3 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,4 %	68,2 %	70,9 %	59,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,7 %	11,4 %	5,5 %	7,7 %

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	70	65	58	60
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	72,9 %	50,8 %	62,1 %	35,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,6 %	24,6 %	15,5 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,4 %	87,7 %	93,1 %	86,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,3 %	63,1 %	55,2 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	3,1 %	6,9 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,9 %	12,3 %	8,6 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,3 %	72,3 %	74,1 %	65,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,4 %	3,1 %	0,0 %	5,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	57	54	56	58
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	75,4 %	53,7 %	64,3 %	36,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,3 %	29,6 %	16,1 %	31,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,2 %	87,0 %	92,9 %	86,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,9 %	63,0 %	55,4 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	0,0 %	7,1 %	6,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	14,8 %	8,9 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,7 %	75,9 %	76,8 %	67,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,8 %	1,9 %	0,0 %	5,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	33	31	33	37
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	72,7 %	58,1 %	66,7 %	37,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,2 %	38,7 %	21,2 %	37,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,9 %	96,8 %	90,9 %	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,5 %	67,7 %	45,5 %	54,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,0 %	0,0 %	12,1 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	22,6 %	6,1 %	13,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	90,9 %	83,9 %	81,8 %	70,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	0,0 %	0,0 %	5,4 %

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

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

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	122	122	120	120	122	122	120	120
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	16	61	18	82	16	61	18	82
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	23	<10	36	<10	23	<10	36
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	0	<10	<10	<10	0	<10	<10	<10
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	10	39	<10	33	10	39	<10	33
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	14	<10	14	<10	14	<10	14
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	0	<10	<10	<10	0	<10	<10	<10

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch <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) 								
	25,0 %	11,5 %	33,3 %	17,1 %	12,5 %	8,2 %	16,7 %	13,4 %
	10,0 %	10,3 %	0,0 %	18,2 %	10,0 %	5,1 %	0,0 %	9,1 %
	0,0 %	8,7 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	5,6 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	202,8	889,6	246,5	531,5	267,5	1192,4	374,0	721,5
	201,0	640,5	0,0	573,5	201,0	1148,5	0,0	1004,7

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	0,0	333,8	0,0	417,0	0,0	574,0	0,0	487,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	0,0	0,0	349,3	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	0,0	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	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	192	192	191	191	192	192	191	191
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	124	100	146	113	124	100	146	113
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	50	46	66	53	50	46	66	53
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	18	19	21	20	18	19	21	20
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	78	62	100	84	78	62	100	84
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	34	30	51	42	34	30	51	42
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	14	12	18	17	14	12	18	17

* 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) 								
	24,2 %	9,0 %	15,1 %	9,7 %	14,5 %	4,0 %	12,3 %	8,0 %
	26,9 %	11,3 %	14,0 %	7,1 %	15,4 %	3,2 %	10,0 %	4,8 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) 								
	4,0 %	6,5 %	10,6 %	7,5 %	0,0 %	2,2 %	1,5 %	3,8 %
	2,9 %	3,3 %	3,9 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
	5,6 %	5,3 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
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) 								
	246,6	430,9	305,8	703,6	324,1	830,8	394,0	997,6
	236,3	356,3	333,4	537,3	318,4	951,0	436,6	956,0

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	134,3	298,8	197,7	559,6	0,0	583,0	239,0	603,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	129,0	148,0	160,0	566,0	0,0	0,0	0,0	525,5
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	127,3	195,7	187,0	0,0	0,0	195,7	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	0,0	187,0	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.

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)	134	134	134	134
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	132	133	129	132
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)	0,7%	0,0%	0,7%	0,7%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	221	221	221	221
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	218	220	221	220
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%
• Vier (B)	0,5%	0,0%	0,0%	0,9%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	77	77	59	59
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	31	57	27	45
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,4	1,3	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	18,6	79,4	14,0	63,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,6%	10,4%	20,3%	10,2%
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	1,0	1,0	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,1	0,1	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%

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)	105	105	87	87
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	57 1,7 38,4 10,5%	47 1,9 50,2 4,8%	36 1,8 43,8 14,9%	40 1,9 39,0 5,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	<10 1,0 0,4 0,0%	<10 1,0 0,0 0,0%	<10 2,5 0,4 0,0%	<10 1,0 0,8 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)	75	90
<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) 	29,3% 104,4	42,2% 97,5
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	38	46
<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) 	18,7% 94,2	23,3% 121,5
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	25	19
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	12,0% 115,6	8,9% 113,9

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	64	75
<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) 	56,3% 113,3	52,0% 91,9
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	56	69
<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) 	48,4% 96,6	49,3% 95,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	32	46
<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) 	29,7% 104,3	34,7% 104,0

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

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

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	134	134
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,4 3 2 - 4	4,0 3 2 - 6
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,4 2 1 - 3	2,8 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,0 1 0 - 1	1,2 1 0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	221	221
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,5 3 2 - 5	4,1 3 2 - 6
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,8 2 2 - 4	3,1 3 2 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	0,7 0 0 - 1	0,9 0 0 - 1

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	134	134
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	4,5 %	5,2 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	221	221
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	6,3 %	7,2 %

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	128	127
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	42 86 91	40 91 83
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) 	14,3 % 2,3 % 11,0 %	17,5 % 3,3 % 16,9 %

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	207	205
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	70 136 140	32 114 125
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 % 2,2 % 5,7 %	9,4 % 1,8 % 4,0 %

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit stationär behandelte Alkoholabhängigkeit³ • Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p style="text-align: center;">22</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;">12</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</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;">27</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;">27</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;">47</p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;">59</p> <p style="text-align: center;">3,4 %</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;">85,7 %</p>	<p style="text-align: center;"><10</p> <p style="text-align: center;">66,7 %</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;">31</p> <p style="text-align: center;">45,2 %</p>	<p style="text-align: center;">30</p> <p style="text-align: center;">36,7 %</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 	<p>175 46,9 %</p>	<p>161 54,0 %</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>86 5,8 %</p>	<p>99 5,1 %</p>

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

² ACT Code: N06A

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

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

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>27 92,6 %</p>	<p>34 91,2 %</p>
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p><10 88,9 %</p>	<p>17 100,0 %</p>
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p><10 0,0 %</p>	<p><10 0,0 %</p>

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

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:

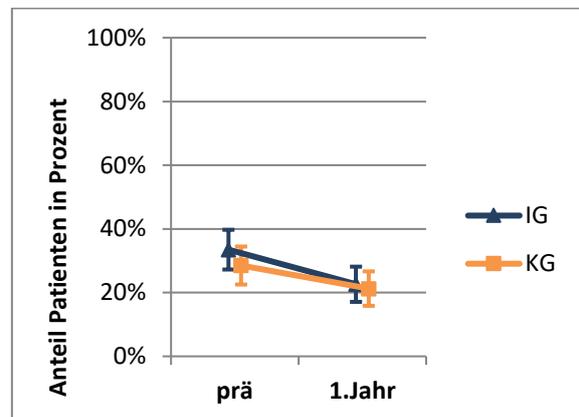
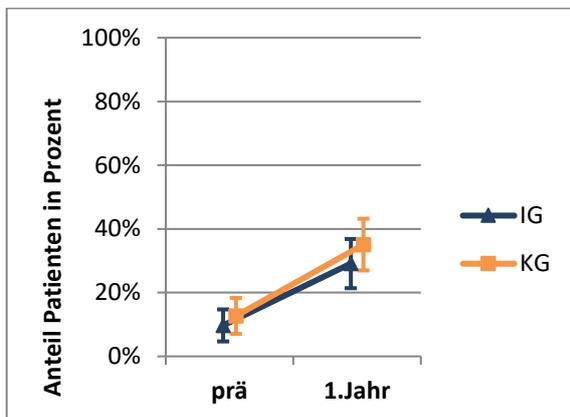
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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)



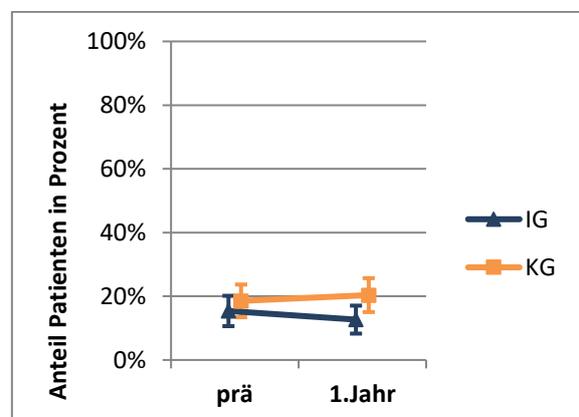
- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

Fallzahl zu klein

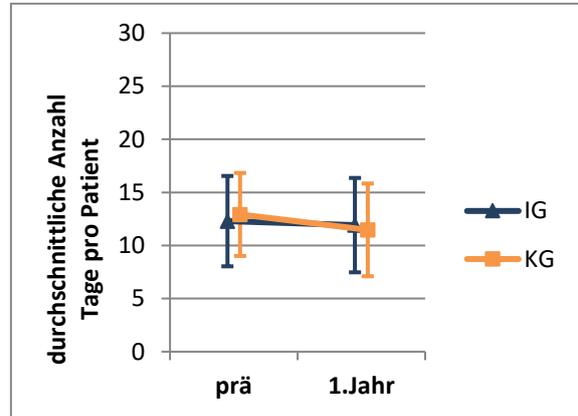
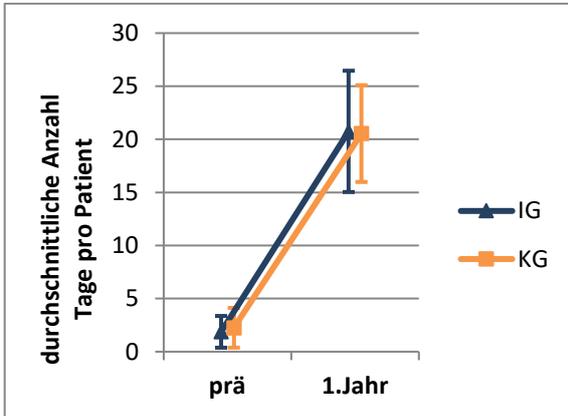


Klinikneue Patienten

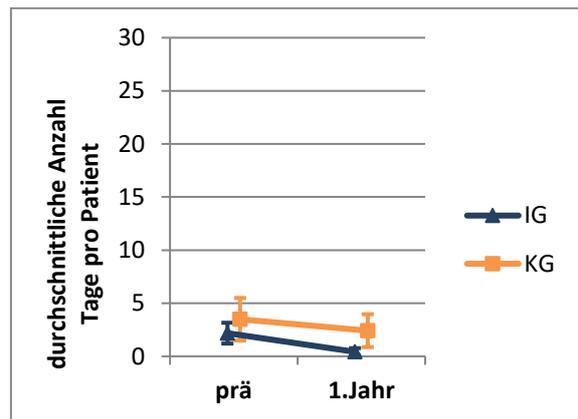
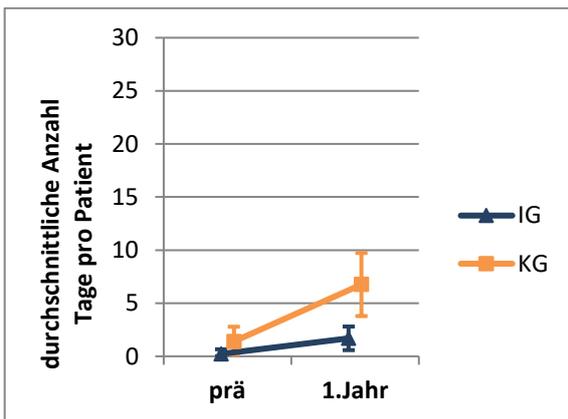
Klinikbekannte Patienten

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)

Fallzahl zu klein

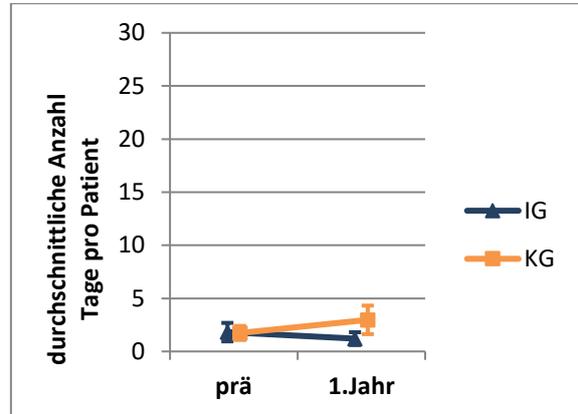


Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

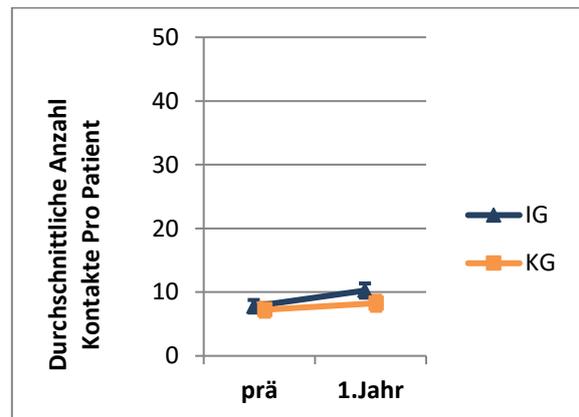
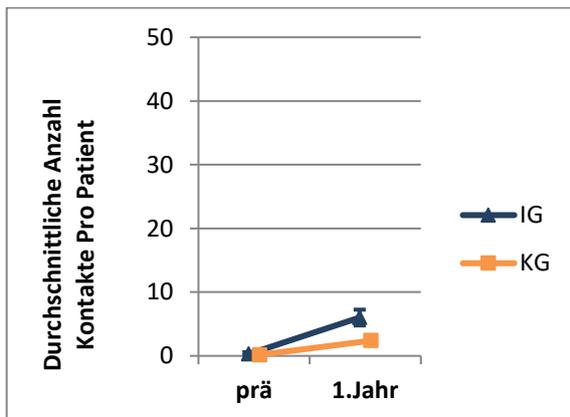
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

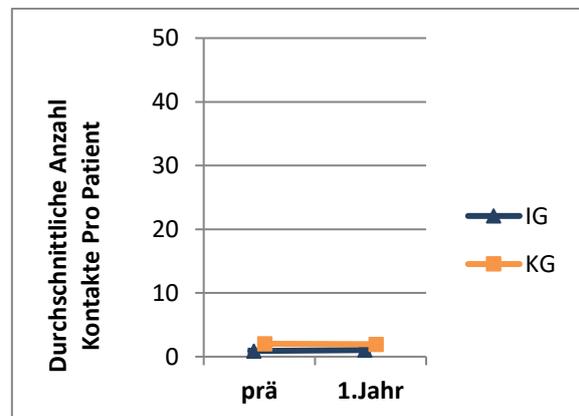
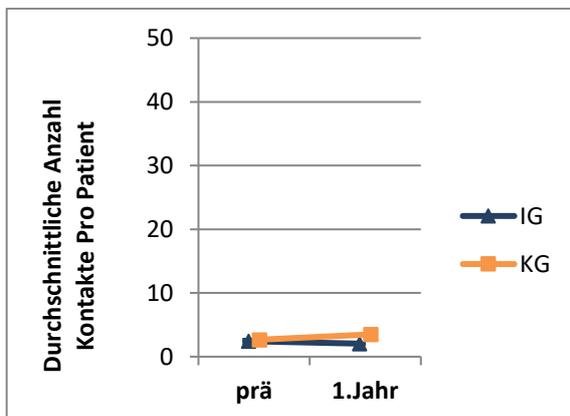
Klinikbekannte Patienten

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

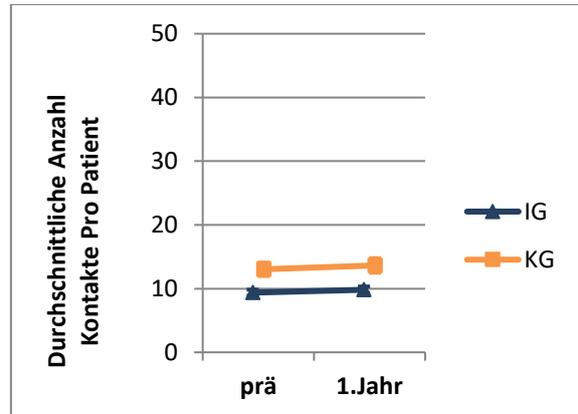
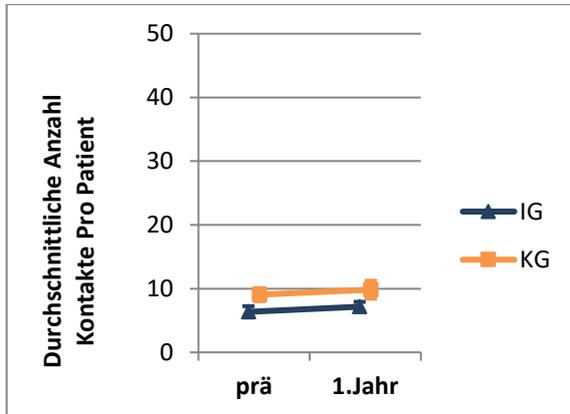
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

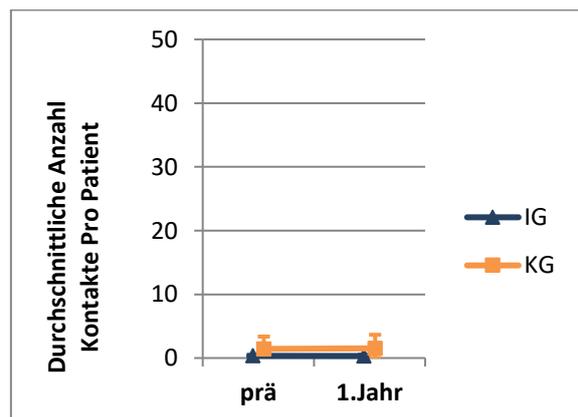
- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Vertragsärzten (F)

Fallzahl zu klein



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)

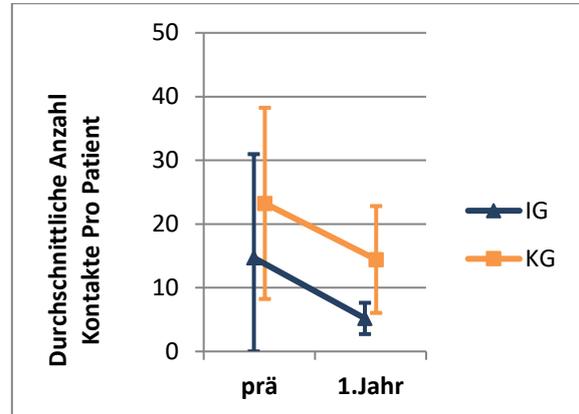
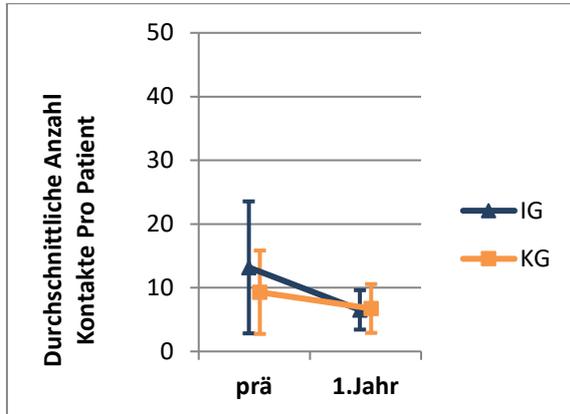


Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

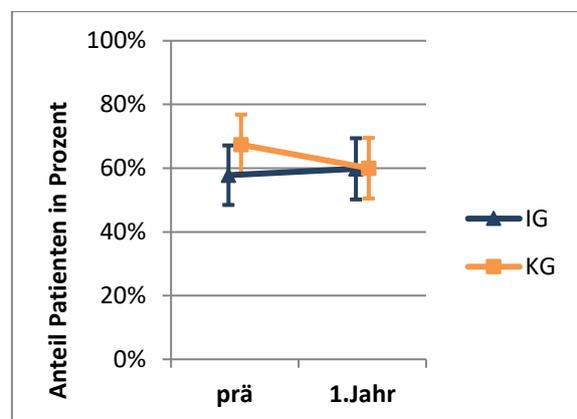
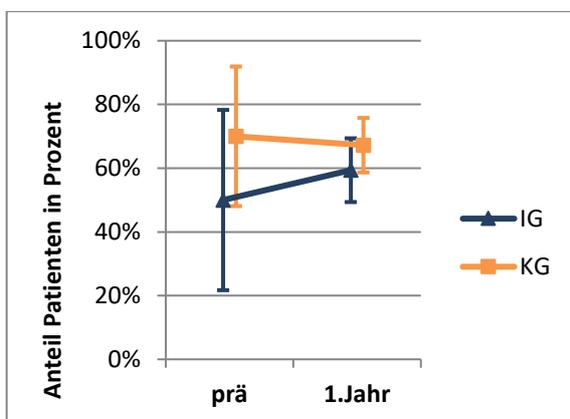
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

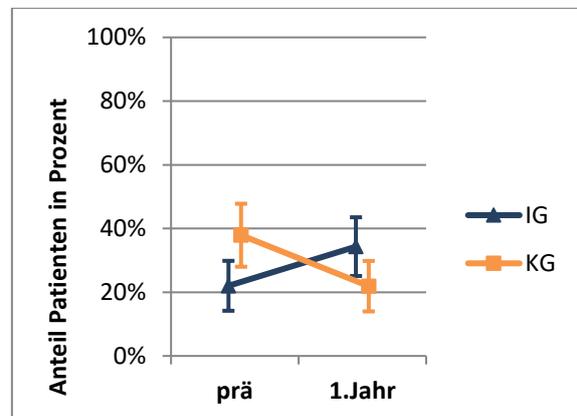
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

Fallzahl zu klein

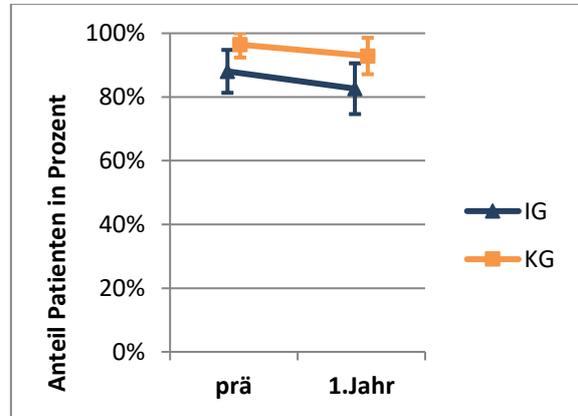
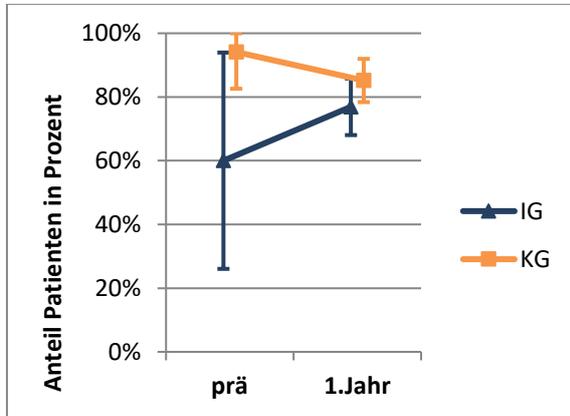


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

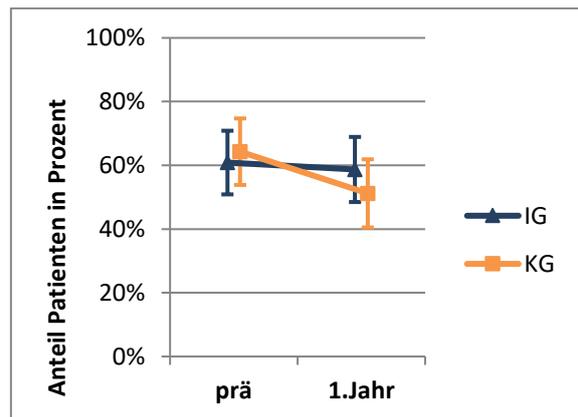
Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

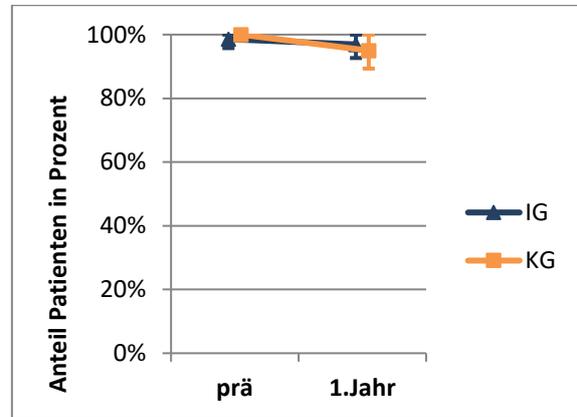
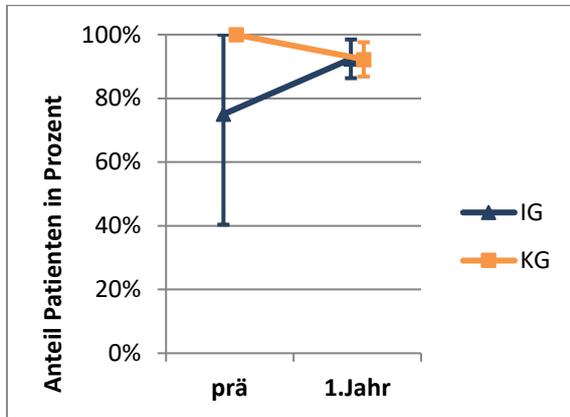


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

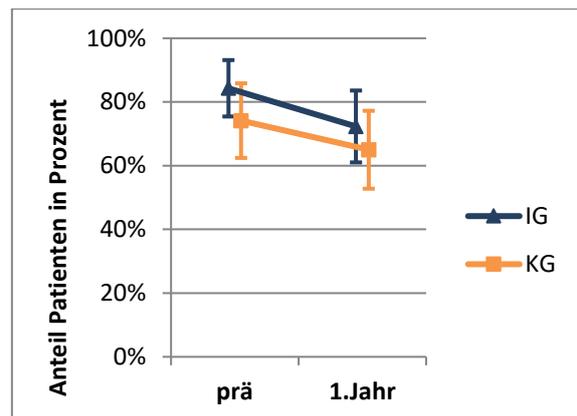
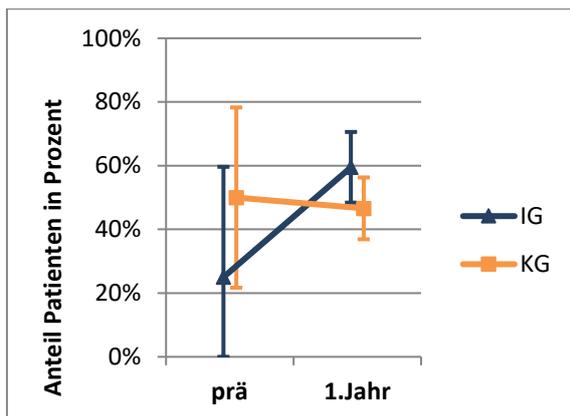


Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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.

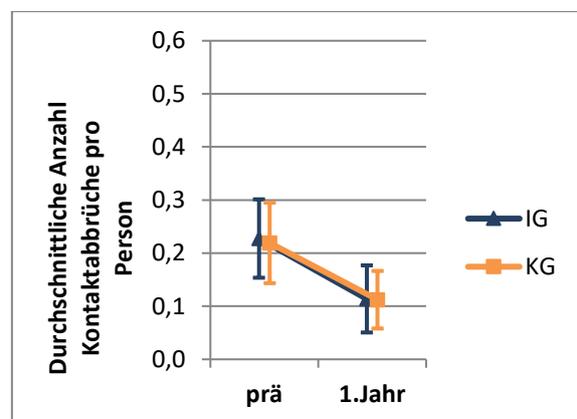
Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein



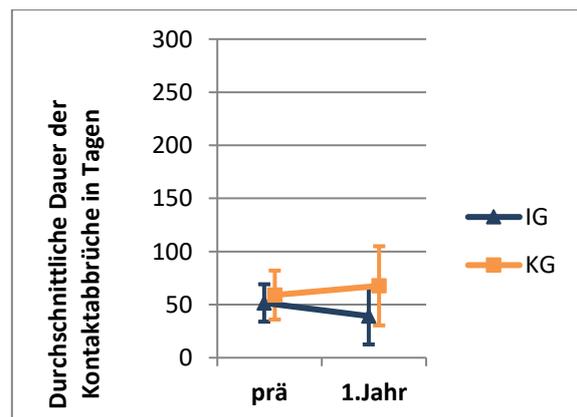
Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

Klinikbekannte Patienten

Fallzahl zu klein

Klinikbekannte Patienten

Fallzahl zu klein

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

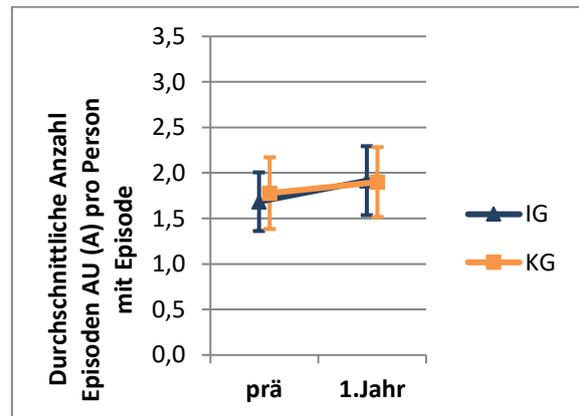
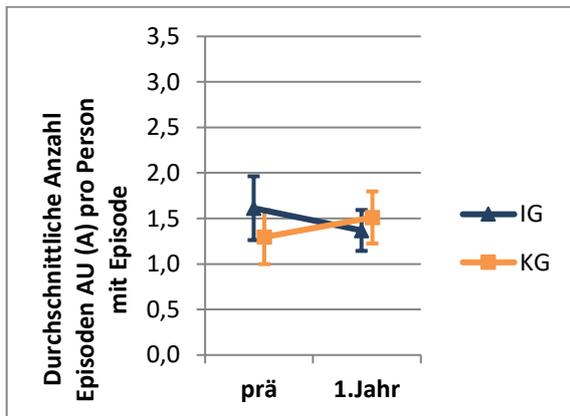
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

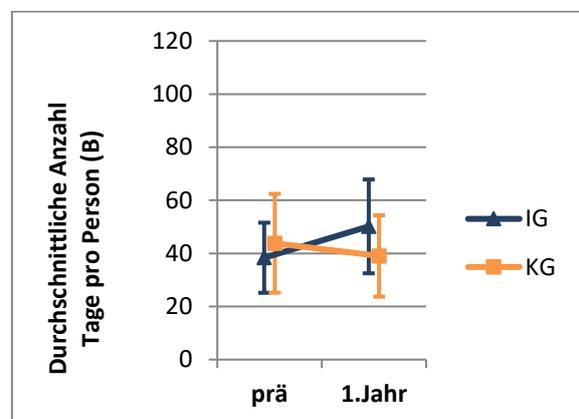
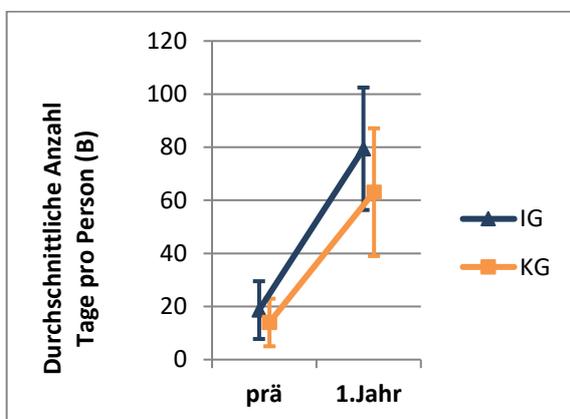
Klinikbekannte Patienten

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)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Mittlerer Elixhauser Score

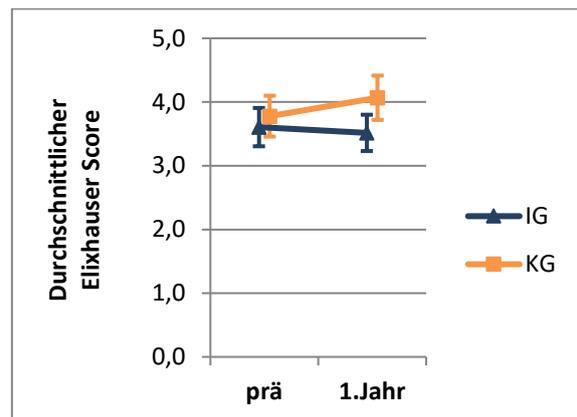
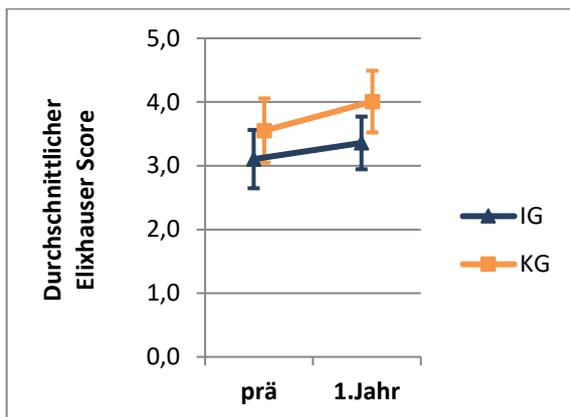


Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

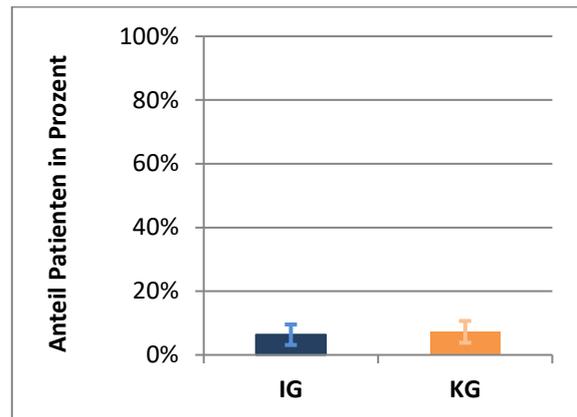
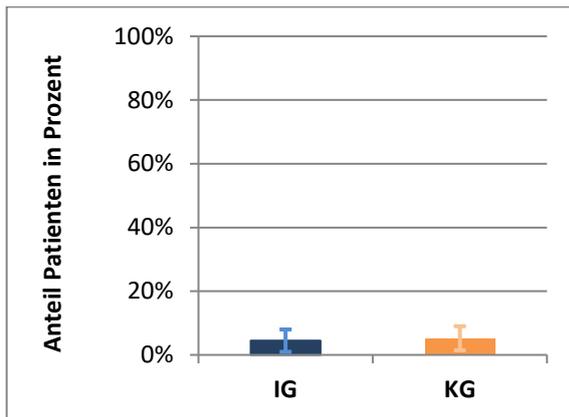


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten****Progression A (→ schwere depressive Störung)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alle Patienten

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

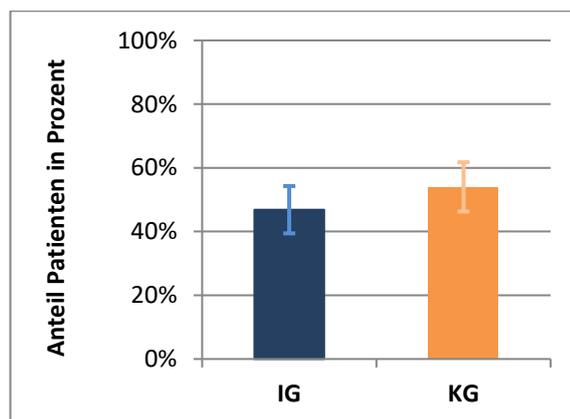
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

14.3 Ergebnisse Modellierung

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

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Prä-Zeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (erster Teil) oder im 3. Modelljahr (zweiter Teil) statt.

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	0,59 -0,55...1,73	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,22* 1,02...1,45	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,36-2,64	kf	kf	1,22* 1,02-1,45	kf	kf
Gruppe	0,79 0,35-1,81	kf	kf	0,73 0,42-1,28	kf	kf
Zeit	4,77*** 2,33-9,77	kf	kf	9,09*** 8,07-10,24	kf	kf
Indexgruppe 4 (F03)	0,37 0,09-1,62	kf	kf	0,50 0,13-1,95	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	2,31* 1,05-5,07	kf	kf	3,43** 1,48-7,94	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,22** 1,52-6,84	kf	kf	4,28*** 2,05-8,95	kf	kf
Psy A ¹	1,72 0,93-3,17	kf	kf	0,99 0,50-1,96	kf	kf
Psy B ²	1,10 0,55-2,20	kf	kf	1,71 0,77-3,78	kf	kf
Alter	1,02* 1,00-1,04	kf	kf	1,01 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,57-1,73	kf	kf	1,87* 1,01-3,46	kf	kf
Komorbidität ³	0,96 0,85-1,07	kf	kf	0,93 0,82-1,06	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,34 0,59-3,07	kf	kf	1,65 0,67-4,05	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,49** 1,46-4,24	kf	kf	1,97* 1,13-3,46	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,42** 0,24-0,73	kf	kf	0,01*** 0,01-0,02	kf	kf

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	1,08* 0,16...2,00	kf	-1,84*** -2,21...-1,47
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,09* 1,01...1,18	kf	0,39*** 0,32...0,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,81 0,37-1,74	kf	0,67 0,30-1,49	1,07 0,99-1,16	kf	0,38*** 0,31-0,46
Gruppe	2,27** 1,28-4,02	kf	0,88 0,49-1,57	2,50* 1,13-5,51	kf	0,73 0,35-1,56
Zeit	0,53* 0,30-0,93	kf	1,13 0,67-1,91	0,90*** 0,86-0,95	kf	1,71*** 1,50-1,94
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,13 0,52-2,48	kf	0,83 0,39-1,78	1,70 0,44-6,58	kf	0,59 0,16-2,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,85 0,48-1,49	kf	0,58 0,33-1,01	0,76 0,28-2,06	kf	0,37* 0,15-0,95
Indexgruppe 13 (F60.31)	1,27 0,62-2,58	kf	1,28 0,58-2,79	1,04 0,29-3,67	kf	1,15 0,32-4,18
Psy A ¹	2,42* 1,17-5,02	kf	0,74 0,37-1,48	4,42* 1,22-15,95	kf	0,63 0,20-1,97
Psy B ²	1,26 0,76-2,09	kf	1,26 0,73-2,19	0,96 0,39-2,36	kf	1,36 0,54-3,43
Alter	0,98** 0,97-0,99	kf	1,03*** 1,02-1,05	0,97* 0,95-1,00	kf	1,05*** 1,03-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,64-1,56	kf	1,15 0,73-1,82	0,87 0,40-1,92	kf	1,23 0,57-2,63
Komorbidität ³	1,03 0,93-1,14	kf	1,21*** 1,10-1,33	1,14 0,95-1,36	kf	1,46*** 1,24-1,71
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,56 0,79-3,10	kf	1,58 0,93-2,68	1,42 0,44-4,59	kf	1,91 0,73-4,96
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	10,36*** 5,85-18,36	kf	2,48*** 1,52-4,04	43,55*** 18,76-101,10	kf	4,46*** 2,00-9,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,15*** 0,08-0,28	kf	0,66 0,36-1,18	0,01*** 0,01-0,04	kf	0,69 0,25-1,96

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (#3#ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-2,35*** -2,98...-1,72	kf	-0,06 -0,33...0,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,57*** 0,51...0,64	kf	0,94 0,82...1,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,82 0,44-1,51	kf	0,88 0,47-1,66	0,58*** 0,52-0,65	kf	0,91 0,79-1,05
Gruppe	0,92 0,55-1,55	kf	1,19 0,75-1,89	1,21 0,82-1,79	kf	1,09 0,61-1,95
Zeit	5,10*** 3,26-7,98	kf	0,85 0,55-1,32	15,33*** 14,03-16,76	kf	0,87** 0,79-0,96
Indexgruppe 6 (F10)	2,66*** 1,76-4,05	kf	1,07 0,66-1,74	2,02** 1,19-3,40	kf	1,31 0,58-2,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,77-1,52	kf	0,73 0,49-1,08	0,99 0,65-1,53	kf	0,64 0,33-1,23
Indexgruppe 9 (F43)	0,59* 0,37-0,95	kf	0,58 0,31-1,08	0,39** 0,22-0,69	kf	0,61 0,24-1,57
Psy A ¹	1,64** 1,15-2,34	kf	1,20 0,77-1,87	2,37*** 1,47-3,81	kf	1,64 0,79-3,37
Psy B ²	0,72 0,45-1,13	kf	1,13 0,67-1,90	0,67 0,37-1,22	kf	0,72 0,30-1,74
Alter	0,99 0,99-1,00	kf	1,02** 1,01-1,03	0,99 0,98-1,00	kf	1,03** 1,01-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,83-1,56	kf	1,40 0,95-2,06	1,04 0,70-1,57	kf	1,47 0,78-2,77
Komorbidität ³	0,96 0,90-1,03	kf	1,27*** 1,18-1,37	0,96 0,88-1,04	kf	1,54*** 1,37-1,74
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61 0,36-1,03	kf	1,50 0,93-2,41	1,33 0,73-2,45	kf	2,65* 1,15-6,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,81*** 1,33-2,45	kf	1,81** 1,26-2,60	1,06 0,72-1,56	kf	2,23** 1,23-4,05
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,79 0,58-1,09	kf	0,52** 0,35-0,75	0,02*** 0,01-0,02	kf	0,40** 0,22-0,74

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-2,39*** -2,98...-1,80
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-2,15*** -2,58...-1,72
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-2,94*** -3,40...-2,47
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,32*** 1,18...1,47
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,15*** 1,07...1,24
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,81*** 0,75...0,89
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,32*** 1,18-1,47
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,14*** 1,06-1,23
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	0,54** 0,37-0,80
Zeit	10,09*** 9,41-10,83
Indexgruppe 6 (F10)	2,08*** 1,55-2,79
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,28* 1,01-1,63
Indexgruppe 9 (F43)	0,83 0,60-1,15
Psy A ¹	1,48** 1,13-1,94
Psy B ²	1,24 0,90-1,72
Alter	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,12 0,89-1,41
Komorbidität ³	0,98 0,93-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,40 0,97-2,01
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,32* 1,06-1,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,01-0,01
2. vs. 1.Jahr	1,16 0,81-1,67
3. vs. 1.Jahr	0,66* 0,44-0,97

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	3,52*** 3,02...4,03	-1,21*** -1,76...-0,66	0,02 -0,94...0,99	kf	kf	kf	kf	-4,12*** -5,13...-3,11
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,50 0,87...2,59	0,64*** 0,52...0,80	1,04 0,92...1,17	kf	kf	kf	kf	0,68*** 0,61...0,77
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,47 0,85-2,53	0,64*** 0,52-0,80	1,04 0,92-1,17	kf	kf	kf	kf	0,71*** 0,63-0,79
Gruppe	1,79 0,92-3,48	0,72 0,35-1,48	0,72** 0,57-0,89	kf	kf	kf	kf	0,45 0,14-1,40
Zeit	14,72*** 9,53-22,73	1,31*** 1,14-1,50	1,09* 1,01-1,17	kf	kf	kf	kf	0,71*** 0,65-0,77
Indexgruppe 4 (F03)	1,41 0,58-3,42	0,29 0,04-2,30	1,20 0,75-1,92	kf	kf	kf	kf	0,76 0,06-9,31
Indexgruppe 6 (F10)	0,39* 0,18-0,86	0,92 0,27-3,17	0,84 0,59-1,19	kf	kf	kf	kf	0,22 0,03-1,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09 0,61-1,96	1,65 0,61-4,45	1,14 0,85-1,52	kf	kf	kf	kf	0,37 0,08-1,78
Psy A ¹	1,11 0,66-1,87	7,58*** 3,14-18,30	1,34* 1,02-1,75	kf	kf	kf	kf	1,10 0,26-4,69
Psy B ²	0,72 0,38-1,35	3,02* 1,21-7,54	1,33 0,97-1,82	kf	kf	kf	kf	3,23 0,60-17,31
Alter	1,00 0,98-1,01	0,99 0,97-1,02	1,00 0,99-1,01	kf	kf	kf	kf	1,04 1,00-1,08
Geschlecht (m vs. w)	1,38 0,86-2,24	2,31* 1,01-5,28	1,19 0,94-1,52	kf	kf	kf	kf	1,92 0,53-6,98
Komorbidität ³	0,96 0,88-1,06	1,03 0,87-1,21	1,09*** 1,04-1,15	kf	kf	kf	kf	1,00 0,78-1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,64 0,84-3,23	1,65 0,51-5,37	1,79** 1,28-2,52	kf	kf	kf	kf	6,62* 1,01-43,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,70-1,66	1,18 0,57-2,46	1,20 0,97-1,50	kf	kf	kf	kf	6,61** 1,99-21,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	7,01*** 4,28-11,48	0,58 0,28-1,23	1,13 0,90-1,42	kf	kf	kf	kf	4,69* 1,38-15,93

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,45*** 0,68...2,21	0,22 -0,10...0,54	-0,16 -1,05...0,73	kf	kf	-0,11 -0,36...0,14	kf	-0,71 -1,72...0,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,15** 1,05...1,27	1,21 0,96...1,52	1,00 0,93...1,08	kf	kf	0,89 0,62...1,27	kf	0,57*** 0,52...0,62
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,16** 1,05-1,27	1,15 0,92-1,45	1,00 0,93-1,08	kf	kf	0,83 0,58-1,19	kf	0,57*** 0,52-0,61
Gruppe	1,45*** 1,19-1,76	0,55 0,24-1,24	0,85* 0,73-0,99	kf	kf	0,82 0,32-2,08	kf	0,21** 0,08-0,56
Zeit	1,14*** 1,06-1,22	0,97 0,85-1,10	1,05 0,99-1,10	kf	kf	1,08 0,93-1,26	kf	0,61*** 0,59-0,64
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,29 0,92-1,82	0,40 0,10-1,68	0,89 0,68-1,16	kf	kf	0,57 0,12-2,75	kf	0,19 0,03-1,11
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,87-1,44	0,46 0,16-1,30	1,00 0,83-1,21	kf	kf	0,28* 0,09-0,88	kf	0,83 0,23-2,91
Indexgruppe 13 (F60.31)	1,70** 1,23-2,34	0,48 0,13-1,85	0,97 0,75-1,25	kf	kf	0,20 0,04-1,09	kf	0,23 0,04-1,22
Psy A ¹	1,32 0,98-1,77	1,98 0,51-7,73	0,91 0,72-1,15	kf	kf	0,80 0,20-3,19	kf	0,28 0,06-1,29
Psy B ²	1,38** 1,10-1,73	2,10 0,80-5,53	1,42*** 1,19-1,70	kf	kf	0,62 0,20-1,86	kf	2,68 0,81-8,87
Alter	1,01*** 1,01-1,02	0,98 0,95-1,00	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,96** 0,93-0,99	kf	1,00 0,97-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,90-1,32	1,59 0,69-3,67	1,01 0,87-1,17	kf	kf	0,82 0,33-2,04	kf	1,94 0,72-5,27
Komorbidität ³	0,97 0,93-1,01	1,07 0,89-1,30	1,08*** 1,04-1,12	kf	kf	1,27* 1,02-1,57	kf	1,73*** 1,37-2,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,81 0,61-1,07	1,50 0,45-4,96	1,39** 1,12-1,72	kf	kf	1,24 0,32-4,77	kf	1,00 0,23-4,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,81-1,20	1,23 0,52-2,91	1,12 0,96-1,31	kf	kf	0,97 0,37-2,54	kf	1,36 0,48-3,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	10,44*** 7,33-14,87	0,03*** 0,01-0,09	0,95 0,77-1,19	kf	kf	0,43 0,12-1,52	kf	4,05 0,91-18,04

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	kf	-0,30 -0,64...0,03	0,35 -0,20...0,91	kf	kf	-0,09 -0,28...0,09	kf	-4,38*** -5,05...-3,71
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	Nicht konvergiert	0,65*** 0,57...0,74	1,07 1,00...1,15	kf	kf	0,80 0,64...1,01	kf	0,66*** 0,62...0,70
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	Nicht konvergiert	0,65*** 0,57-0,74	1,07 1,00-1,15	kf	kf	0,81 0,65-1,02	kf	0,65*** 0,61-0,69
Gruppe	Nicht konvergiert	1,59 0,97-2,61	0,88* 0,77-1,00	kf	kf	1,11 0,58-2,13	kf	1,02 0,52-1,98
Zeit	Nicht konvergiert	1,97*** 1,77-2,18	1,36*** 1,30-1,43	kf	kf	0,94 0,83-1,06	kf	0,84*** 0,81-0,88
Indexgruppe 6 (F10)	0,65* 0,45-0,95	0,23*** 0,11-0,47	0,93 0,78-1,11	kf	kf	0,64 0,25-1,62	kf	0,09*** 0,03-0,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,89-1,48	1,27 0,74-2,20	1,02 0,89-1,17	kf	kf	0,37** 0,18-0,78	kf	0,78 0,37-1,64
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,58-1,16	0,56 0,27-1,17	0,73** 0,60-0,88	kf	kf	0,78 0,31-2,00	kf	0,91 0,34-2,42
Psy A ¹	1,10 0,84-1,46	5,01*** 2,71-9,27	1,48*** 1,28-1,72	kf	kf	0,92 0,41-2,03	kf	1,21 0,53-2,75
Psy B ²	1,00 0,69-1,44	2,25* 1,07-4,73	1,35** 1,12-1,62	kf	kf	0,49 0,17-1,42	kf	1,17 0,41-3,34
Alter	1,01 1,00-1,01	0,98** 0,96-0,99	1,01*** 1,01-1,02	kf	kf	0,98 0,96-1,00	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,74-1,22	0,76 0,45-1,28	1,18* 1,03-1,34	kf	kf	0,88 0,45-1,74	kf	1,61 0,79-3,27
Komorbidität ³	0,98 0,93-1,03	1,00 0,89-1,11	1,08*** 1,05-1,11	kf	kf	1,15 1,00-1,33	kf	1,30*** 1,13-1,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16 0,79-1,69	1,38 0,61-3,10	1,20 0,99-1,46	kf	kf	0,32 0,10-1,01	kf	0,83 0,29-2,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,80-1,27	1,49 0,91-2,45	1,20** 1,06-1,36	kf	kf	1,38 0,72-2,66	kf	3,63*** 1,85-7,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	10,12*** 7,65-13,38	0,42** 0,24-0,71	1,04 0,91-1,19	kf	kf	0,69 0,34-1,38	kf	2,46* 1,20-5,03

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,11 -0,30...0,07	-0,09 -0,29...0,11	-0,12 -0,32...0,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,66 0,60...4,59	2,03 0,76...5,45	1,54 0,55...4,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,19 0,42-3,37	1,28 0,46-3,52	1,03 0,36-2,96
Gruppe	0,71 0,26-1,91	0,71 0,27-1,85	0,89 0,33-2,43
Zeit	1,09 0,59-1,99	1,15 0,65-2,02	1,12 0,59-2,14
Indexgruppe 4 (F03)	0,79 0,32-1,99	1,28 0,54-3,01	1,25 0,50-3,09
Indexgruppe 6 (F10)	0,67 0,41-1,10	1,00 0,64-1,56	0,93 0,60-1,44
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,65-1,64	1,14 0,75-1,73	1,09 0,73-1,64
Psy A ¹	0,99 0,64-1,51	1,11 0,76-1,64	1,12 0,76-1,64
Psy B ²	1,03 0,65-1,65	0,98 0,64-1,50	0,98 0,64-1,50
Alter	1,01 1,00-1,02	1,01 1,00-1,02	1,00 0,99-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,64-1,33	1,01 0,72-1,42	0,90 0,64-1,26
Komorbidität ³	0,96 0,88-1,05	0,99 0,92-1,07	1,00 0,92-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,98 0,57-1,68	1,04 0,63-1,70	0,99 0,59-1,64
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,51* 1,06-2,16	1,18 0,85-1,65	1,13 0,81-1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,64-1,50	1,07 0,73-1,58	0,99 0,67-1,46

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)	0,00 -0,15...0,14	-0,01 -0,17...0,15	-0,02 -0,16...0,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,60...1,61	0,97 0,63...1,51	0,93 0,56...1,53
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,10 0,66-1,81	1,13 0,72-1,76	1,23 0,74-2,05
Gruppe	1,04 0,72-1,52	0,93 0,67-1,29	0,95 0,66-1,38
Zeit	1,08 0,75-1,55	1,04 0,75-1,44	0,93 0,63-1,38
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,09 0,69-1,70	0,91 0,61-1,36	0,97 0,60-1,56
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,80-1,54	0,92 0,70-1,21	1,00 0,73-1,39
Indexgruppe 13 (F60.31)	1,33 0,92-1,92	1,28 0,92-1,79	0,96 0,64-1,46
Psy A ¹	0,98 0,58-1,67	0,82 0,53-1,27	0,85 0,54-1,34
Psy B ²	1,19 0,88-1,62	1,12 0,85-1,48	1,04 0,76-1,41
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,78-1,36	0,98 0,76-1,25	0,99 0,75-1,29
Komorbidität ³	1,06* 1,00-1,13	1,04 0,98-1,10	1,01 0,95-1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04 0,72-1,50	1,02 0,73-1,44	1,08 0,71-1,63
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,04 0,70-1,55	1,09 0,77-1,55	0,90 0,62-1,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,73-1,26	0,93 0,73-1,18	0,89 0,67-1,18

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,14 -0,64...0,36	-0,05 -0,67...0,57	-0,05 -0,71...0,61
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,82 0,40...1,67	0,95 0,51...1,79	0,95 0,49...1,84
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,94 0,46-1,94	1,01 0,54-1,91	0,97 0,50-1,90
Gruppe	1,10 0,56-2,18	1,05 0,57-1,92	1,09 0,57-2,07
Zeit	1,00 0,59-1,69	0,92 0,58-1,46	1,07 0,66-1,75
Indexgruppe 6 (F10)	1,02 0,76-1,37	1,01 0,79-1,29	1,02 0,80-1,28
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,14 0,89-1,47	1,07 0,87-1,32	0,99 0,81-1,21
Indexgruppe 9 (F43)	0,99 0,70-1,40	1,02 0,76-1,36	0,99 0,75-1,32
Psy A ¹	1,18 0,91-1,54	1,00 0,80-1,27	1,02 0,81-1,27
Psy B ²	0,93 0,68-1,27	1,04 0,79-1,37	1,01 0,77-1,31
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,75-1,20	0,93 0,76-1,14	1,06 0,87-1,28
Komorbidität ³	1,01 0,96-1,06	0,99 0,95-1,04	1,00 0,97-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,76-1,52	1,03 0,77-1,40	0,87 0,65-1,18
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,05 0,83-1,31	1,04 0,86-1,26	1,05 0,87-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,04 0,80-1,36	1,06 0,85-1,33	1,01 0,81-1,25

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 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	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 Präzeit- raum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	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 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,93 0,43-2,00	0,66*** 0,63-0,68	kf	kf
Gruppe	1,15 0,69-1,93	1,72 0,43-6,82	kf	kf
Zeit	0,52* 0,31-0,88	1,15*** 1,12-1,18	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,42* 0,20-0,90	0,05* 0,00-0,67	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,48** 0,28-0,81	0,08* 0,01-0,65	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	1,07 0,57-2,03	0,15 0,01-1,74	kf	kf
Psy B ²	0,96 0,58-1,58	1,80 0,38-8,63	kf	kf
Alter	1,00 0,98-1,01	0,95 0,91-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,66-1,66	1,52 0,36-6,41	kf	kf
Komorbidität ³	0,98 0,87-1,10	1,21 0,88-1,67	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,83 0,40-1,74	0,99 0,10-9,88	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Median split)	1,19 0,73-1,96	0,54 0,12-2,34	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,14-0,36	0,00*** 0,00-0,03	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 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (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 Präzeit- raum (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 4 (F03)	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	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 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf
Psy B ²	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf
Psy B ²	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,20 -0,64...0,25	11,68*** 8,53...14,83	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,80 0,47...1,38	0,94 0,86...1,04	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,80 0,47-1,38	0,94 0,86-1,04	kf	kf
Gruppe	1,07 0,68-1,67	1,06 0,49-2,30	kf	kf
Zeit	1,94** 1,29-2,91	4,51*** 4,18-4,86	kf	kf
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,30 0,81-2,06	1,35 0,37-4,87	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,47 0,94-2,29	7,58** 2,39-24,09	kf	kf
Psy A ¹	0,88 0,63-1,22	0,87 0,36-2,09	kf	kf
Psy B ²	1,51 0,93-2,43	2,72 0,70-10,59	kf	kf
Alter	0,99 0,98-1,01	1,01 0,97-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,68-1,31	0,83 0,34-2,03	kf	kf
Komorbidität ³	1,04 0,95-1,14	1,10 0,86-1,42	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72 0,27-1,93	0,11 0,01-1,35	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,64-1,21	0,16*** 0,07-0,39	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

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,20 -0,56...0,17	16,59*** 13,96...19,22	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,79 0,51...1,23	1,47*** 1,38...1,56	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,79 0,51-1,23	1,47*** 1,38-1,56	kf	kf
Gruppe	1,30 0,85-1,98	1,95 0,65-5,88	kf	kf
Zeit	1,19 0,85-1,66	0,89*** 0,85-0,93	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,98 0,48-2,00	1,00 0,11-9,18	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09 0,72-1,67	3,77 0,94-15,08	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	1,82* 1,12-2,96	3,89 0,80-18,90	kf	kf
Psy A ¹	0,94 0,56-1,59	2,95 0,57-15,18	kf	kf
Psy B ²	0,82 0,55-1,22	0,35 0,10-1,20	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,02	1,02 0,98-1,07	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,62-1,31	0,56 0,18-1,76	kf	kf
Komorbidität ³	1,12* 1,02-1,23	1,38* 1,02-1,87	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,48-2,34	0,52 0,04-7,19	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,34*** 0,22-0,53	0,10** 0,02-0,47	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,03 -0,20...0,26	4,24*** 2,46...6,02	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,74...1,31	0,72*** 0,69...0,75	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,73-1,31	0,72*** 0,69-0,75	kf	kf
Gruppe	1,17 0,91-1,51	2,63*** 1,66-4,14	kf	kf
Zeit	1,96*** 1,59-2,42	3,55*** 3,43-3,67	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,51** 1,19-1,93	0,87 0,44-1,74	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,88-1,29	2,62*** 1,54-4,44	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,04 0,82-1,32	0,74 0,39-1,39	kf	kf
Psy A ¹	1,50*** 1,22-1,84	2,10* 1,19-3,71	kf	kf
Psy B ²	0,79 0,61-1,03	0,46* 0,22-0,98	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,01	1,02* 1,00-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,89-1,27	1,02 0,62-1,65	kf	kf
Komorbidität ³	1,01 0,97-1,06	0,98 0,86-1,11	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,56* 0,32-0,97	0,32 0,09-1,17	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66*** 0,55-0,80	0,10*** 0,06-0,17	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Tage AU
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-3,84*** -5,31...-2,37
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	0,17 -1,00...1,35
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-2,33*** -3,58...-1,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,64*** 0,61...0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,72*** 0,70...0,75
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,65*** 0,63...0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,64*** 0,61-0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,72*** 0,70-0,75
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,65*** 0,63-0,67

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Indexdiagnose, Tage AU
Gruppe	1,23 0,78-1,94
Zeit	3,80*** 3,64-3,95
Indexgruppe 6 (F10)	0,85 0,59-1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,63*** 1,95-3,55
Indexgruppe 9 (F43)	0,75 0,53-1,08
Psy A ¹	1,57** 1,15-2,15
Psy B ²	0,92 0,60-1,39
Alter	1,01* 1,00-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,74-1,27
Komorbidität ³	1,04 0,97-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,21*** 0,09-0,47
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,10*** 0,08-0,14
2. vs. 1.Jahr	1,35 0,86-2,12
3. vs. 1.Jahr	1,14 0,72-1,83

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	kf	kf
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	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 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 Wiederaufnahme
Gruppe	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	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 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 Wiederaufnahme
Gruppe	0,95 0,60-1,52	1,19*** 1,15-1,23
Indexgruppe 6 (F10)	4,72*** 2,55-8,73	1,08** 1,03-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,52 0,86-2,68	0,85*** 0,81-0,88
Indexgruppe 9 (F43)	0,80 0,36-1,79	1,57*** 1,48-1,66
Psy A ¹	1,87* 1,04-3,36	0,84*** 0,80-0,88
Psy B ²	0,33** 0,15-0,72	1,74*** 1,65-1,84
Alter	1,00 0,99-1,02	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,20 0,72-1,99	1,04 0,99-1,08
Komorbidität ³	1,04 0,93-1,15	1,01** 1,00-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,50 0,21-1,16	0,65*** 0,60-0,70
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,64 0,40-1,03	1,12*** 1,08-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,24 0,68-2,27	0,54*** 0,51-0,57

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)	-0,20 -0,84...0,43
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,80...1,15
DiD-Schätzer	0,96*** 0,96-0,96
Gruppe	0,90*** 0,90-0,91
Zeit	1,13*** 1,13-1,13
Indexgruppe 4 (F03)	1,05*** 1,05-1,06
Indexgruppe 6 (F10)	1,19*** 1,18-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12*** 1,12-1,12
Psy A ¹	1,12*** 1,11-1,12
Psy B ²	1,23*** 1,22-1,23
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,97*** 0,96-0,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11*** 1,11-1,11
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24*** 1,23-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95*** 0,94-0,95

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)	-0,38 -0,89...0,13
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,91 0,79...1,04
DiD-Schätzer	0,91 0,79-1,04
Gruppe	1,04 0,92-1,17
Zeit	1,08 0,98-1,18
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,08 0,90-1,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,21** 1,06-1,38
Indexgruppe 13 (F60.31)	1,07 0,90-1,27
Psy A ¹	0,99 0,85-1,16
Psy B ²	1,20** 1,06-1,35
Alter	1,01*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,87-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11 0,97-1,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27*** 1,15-1,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,83-1,10

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,02 -0,38...0,35
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,02 0,91...1,13
DiD-Schätzer	1,02 0,91-1,13
Gruppe	0,88* 0,80-0,97
Zeit	1,18*** 1,10-1,27
Indexgruppe 6 (F10)	1,25*** 1,12-1,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,90-1,08
Indexgruppe 9 (F43)	0,89 0,79-1,01
Psy A ¹	1,23*** 1,11-1,36
Psy B ²	1,12 0,99-1,27
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,09* 1,00-1,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18** 1,06-1,32
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,20*** 1,11-1,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,86-1,02

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,63 0,18-2,14
Psy A ¹	0,00 0,00-INF
Psy B ²	103357160,01 0,00-INF
Alter	1,06** 1,02-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,41 0,12-1,41
Komorbidität ³	1,33* 1,04-1,70
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,12 0,01-1,04
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	2,42 0,62-9,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,25-4,23

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,62 0,30-1,30
Psy A ¹	1,16 0,37-3,67
Psy B ²	1,02 0,34-3,07
Alter	1,13*** 1,09-1,17
Geschlecht (m vs. w)	1,42 0,55-3,62
Komorbidität ³	1,06 0,90-1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,04** 0,01-0,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18 0,47-2,97
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,27 0,06-1,15

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 0,45-1,62
Psy A ¹	0,57 0,26-1,27
Psy B ²	0,98 0,32-2,99
Alter	1,11*** 1,08-1,14
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,41-1,58
Komorbidität ³	1,15** 1,03-1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,30** 0,15-0,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,54-2,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,40** 0,21-0,79

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	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 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	0,95 0,61-1,47
Psy A ¹	kf	kf	0,86 0,50-1,48
Psy B ²	kf	kf	0,68 0,29-1,57
Alter	kf	kf	1,00 0,98-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,75 0,48-1,16
Komorbidität ³	kf	kf	0,73*** 0,64-0,84
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,99 0,44-2,20
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	1,00 0,64-1,55
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,48** 0,31-0,76

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	1,00 0,81-1,25	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 1,00-1,01	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,57*** 1,26-1,96	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,05* 1,00-1,10	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,62** 0,43-0,89	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,15 0,92-1,43	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,26* 1,00-1,58	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	1,00 0,79-1,27	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01** 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,59*** 1,25-2,04	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,03 0,98-1,08	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,58** 0,39-0,85	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,30* 1,03-1,66	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,04 0,81-1,32	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)	2.268	37.181
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) 	42,7 %	55,3 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	27,9	19,9
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	1.165	19.371
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	633 51,8	12.736 58,8

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

14.5 Ergebnisse Kosten

14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; 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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	128	131	119	112	127	129	119	111
durchschnittliche Kosten	3.144,87 €	2.902,99 €	1.947,65 €	2.117,12 €	2.904,07 €	2.513,21 €	3.047,87 €	2.429,61 €
Standardabweichung	6.984,23 €	5.026,37 €	3.348,87 €	4.093,26 €	5.792,87 €	4.648,24 €	5.873,70 €	4.793,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	337,26 €	343,55 €	224,50 €	184,80 €	238,96 €	288,24 €	219,20 €	176,06 €
Median	909,25 €	807,85 €	627,24 €	597,83 €	900,25 €	809,21 €	746,81 €	729,65 €
75%-Perzentil	2.778,39 €	3.370,70 €	1.957,88 €	1.790,13 €	3.122,28 €	2.704,62 €	2.998,57 €	2.311,74 €
Maximum	61.527,70 €	24.759,84 €	22.246,20 €	26.076,88 €	46.769,76 €	35.075,20 €	34.018,89 €	36.010,37 €

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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	217	219	202	190	215	214	196	184
durchschnittliche Kosten	2.560,18 €	2.111,21 €	2.786,56 €	2.505,65 €	2.685,84 €	3.689,71 €	3.024,74 €	3.048,59 €
Standardabweichung	4.308,67 €	3.389,28 €	6.993,24 €	4.570,50 €	4.139,08 €	7.554,34 €	5.598,73 €	6.222,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	349,40 €	322,51 €	298,28 €	248,20 €	423,50 €	423,34 €	468,27 €	285,38 €
Median	908,75 €	924,25 €	894,94 €	650,99 €	1.091,80 €	1.098,53 €	960,82 €	881,97 €
75%-Perzentil	2.764,55 €	2.430,16 €	2.885,31 €	3.073,13 €	3.125,77 €	3.466,07 €	2.979,98 €	3.475,83 €
Maximum	30.951,26 €	27.189,21 €	74.419,93 €	35.299,65 €	26.567,62 €	58.517,27 €	32.819,74 €	65.101,22 €

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	47	33	28	28	38	31	31	31
durchschnittliche Kosten	2.107,23 €	1.727,62 €	825,78 €	968,34 €	1.535,15 €	1.245,97 €	1.916,76 €	1.225,33 €
Standardabweichung	6.500,17 €	4.437,47 €	2.119,79 €	2.532,47 €	3.988,22 €	3.263,27 €	5.293,58 €	3.607,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.645,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.468,37 €	0,00 €	181,27 €	769,83 €
Maximum	58.299,53 €	21.250,54 €	13.248,00 €	16.508,81 €	27.355,66 €	25.218,40 €	32.727,35 €	31.508,04 €

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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	62	49	48	51	66	67	56	45
durchschnittliche Kosten	1.187,25 €	805,15 €	1.111,50 €	1.114,96 €	1.349,24 €	2.275,01 €	1.568,26 €	1.246,18 €
Standardabweichung	3.075,71 €	2.136,98 €	4.006,09 €	2.650,07 €	3.352,95 €	6.374,24 €	4.548,04 €	3.120,23 €
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	838,04 €	0,00 €	0,00 €	833,29 €	1.210,09 €	1.809,10 €	763,46 €	0,00 €
Maximum	24.583,80 €	13.946,70 €	49.664,36 €	23.733,52 €	25.395,98 €	46.236,94 €	30.916,75 €	21.416,88 €

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	3,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	36,01 €
Standardabweichung	34,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	391,18 €
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	400,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4.249,30 €

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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	37,31 €	10,84 €	36,61 €	15,31 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	482,13 €	127,09 €	421,93 €	174,97 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.999,82 €	1.783,72 €	5.760,94 €	2.348,61 €

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	9,87 €	23,61 €	8,34 €	12,31 €	18,57 €	12,64 €	26,19 €	18,72 €
Standardabweichung	51,55 €	101,50 €	47,49 €	81,36 €	115,65 €	86,24 €	167,43 €	109,83 €
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	364,01 €	619,14 €	352,27 €	649,26 €	996,74 €	920,50 €	1.688,34 €	871,12 €

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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	<10	<10	14	<10	21	16	13	17
durchschnittliche Kosten	9,56 €	13,56 €	27,38 €	17,58 €	21,22 €	27,46 €	12,15 €	17,33 €
Standardabweichung	68,80 €	85,88 €	141,21 €	126,68 €	90,91 €	127,66 €	62,64 €	71,42 €
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	820,03 €	1.012,91 €	1.515,12 €	1.598,62 €	950,00 €	950,00 €	624,31 €	631,40 €

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	128	131	117	111	127	126	119	110
durchschnittliche Kosten	499,60 €	501,41 €	415,15 €	454,54 €	520,27 €	570,08 €	475,38 €	487,07 €
Standardabweichung	410,41 €	446,39 €	434,08 €	447,21 €	496,10 €	584,34 €	465,52 €	476,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	205,68 €	204,74 €	133,71 €	136,85 €	183,45 €	162,52 €	151,10 €	113,17 €
Median	430,63 €	404,96 €	317,15 €	358,65 €	393,62 €	380,30 €	357,53 €	350,75 €
75%-Perzentil	736,73 €	669,27 €	563,66 €	639,10 €	686,09 €	776,91 €	646,92 €	678,28 €
Maximum	2.420,98 €	2.942,61 €	3.114,75 €	2.512,57 €	3.042,30 €	3.360,27 €	3.232,07 €	2.747,20 €

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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	216	219	201	189	215	212	194	184
durchschnittliche Kosten	572,29 €	501,79 €	564,96 €	376,41 €	550,11 €	569,50 €	589,30 €	507,99 €
Standardabweichung	798,87 €	440,88 €	708,80 €	362,90 €	495,00 €	560,81 €	517,71 €	496,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	235,65 €	218,30 €	206,90 €	145,88 €	266,04 €	244,41 €	277,17 €	185,85 €
Median	449,15 €	395,41 €	403,83 €	268,99 €	434,63 €	441,67 €	480,27 €	402,12 €
75%-Perzentil	735,03 €	675,19 €	734,86 €	464,12 €	718,07 €	706,54 €	708,88 €	625,49 €
Maximum	10.751,19 €	3.863,50 €	7.840,16 €	2.693,09 €	4.101,43 €	4.376,79 €	3.649,77 €	3.581,45 €

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	115	109	100	95	105	115	102	100
durchschnittliche Kosten	450,28 €	565,47 €	640,32 €	650,08 €	751,35 €	622,77 €	545,07 €	623,52 €
Standardabweichung	909,18 €	1.982,99 €	2.177,24 €	2.164,78 €	2.489,72 €	1.712,31 €	1.754,84 €	2.015,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	29,80 €	32,06 €	15,52 €	23,82 €	25,81 €	25,45 €	19,52 €	29,37 €
Median	127,39 €	112,99 €	113,20 €	84,65 €	135,50 €	138,52 €	113,57 €	108,06 €
75%-Perzentil	412,26 €	359,27 €	355,20 €	312,30 €	475,46 €	463,69 €	452,56 €	454,48 €
Maximum	6.566,80 €	21.376,14 €	21.714,19 €	21.770,59 €	22.472,81 €	12.100,62 €	17.466,65 €	19.459,01 €

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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	190	192	181	166	198	196	181	167
durchschnittliche Kosten	712,79 €	725,56 €	995,85 €	908,26 €	553,85 €	672,87 €	682,11 €	1.105,64 €
Standardabweichung	2.255,60 €	2.129,31 €	5.039,71 €	3.422,56 €	1.055,62 €	1.432,92 €	1.490,08 €	4.690,57 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	37,50 €	41,85 €	38,86 €	40,72 €	56,05 €	57,91 €	70,44 €	66,07 €
Median	157,93 €	166,65 €	152,61 €	125,99 €	207,38 €	221,06 €	225,57 €	232,51 €
75%-Perzentil	651,49 €	667,31 €	536,94 €	443,39 €	604,38 €	645,43 €	644,52 €	681,22 €
Maximum	29.963,34 €	25.917,43 €	65.939,06 €	33.071,86 €	11.117,74 €	12.131,95 €	14.483,65 €	61.383,56 €

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	133	133	127	122	131	131	124	118
N mit Fall	28	33	20	16	39	29	34	19
durchschnittliche Kosten	74,88 €	84,87 €	58,05 €	31,85 €	78,73 €	61,75 €	84,48 €	38,96 €
Standardabweichung	262,39 €	246,28 €	178,39 €	143,58 €	171,26 €	161,33 €	250,43 €	113,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	91,23 €	0,00 €	55,25 €	0,00 €
Maximum	2.198,67 €	1.979,06 €	1.106,97 €	1.451,13 €	1.041,74 €	843,84 €	2.045,82 €	724,55 €

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	220	220	206	192	215	215	199	190
N mit Fall	37	36	40	31	61	57	51	53
durchschnittliche Kosten	78,29 €	65,16 €	86,88 €	88,45 €	174,11 €	134,02 €	136,31 €	156,14 €
Standardabweichung	315,57 €	266,92 €	345,76 €	363,24 €	752,77 €	743,58 €	709,15 €	510,17 €
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 €	68,87 €	44,72 €	35,56 €	65,69 €
Maximum	2.959,00 €	2.453,41 €	3.286,17 €	3.262,82 €	9.652,38 €	10.434,70 €	9.441,72 €	4.880,33 €

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	387	393	390	394						
durchschnittliche Kosten	3.118,77 €	2.637,80 €	4.041,68 €	3.855,06 €	-922,91 €	0,087	-1.217,26 €	0,042	-294,35 €	0,633
Standardabweichung	7.065,18 €	5.235,65 €	8.159,18 €	10.740,11 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	271,67 €	247,77 €	353,63 €	327,88 €						
Median	775,38 €	595,15 €	1.208,10 €	913,73 €						
75%-Perzentil	3.013,37 €	2.522,56 €	4.238,66 €	3.132,38 €						
Maximum	81.089,34 €	40.886,85 €	76.180,87 €	136.042,01 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	117	95	156	116						
durchschnittliche Kosten	1.866,16 €	1.300,91 €	2.430,73 €	2.107,98 €	-564,58 €	0,206	-807,07 €	0,046	-242,49 €	0,621
Standardabweichung	6.285,36 €	3.463,46 €	6.353,99 €	7.302,66 €						
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	1.200,94 €	0,00 €	2.183,26 €	1.207,89 €						
Maximum	77.505,04 €	29.770,62 €	63.069,00 €	93.233,25 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	20,00 €	2,52 €	-20,00 €	0,233	-2,52 €	0,318	17,49 €	0,286
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	335,26 €	50,38 €						
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 €	6.555,13 €	1.008,87 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	15	14	28	31						
durchschnittliche Kosten	7,41 €	8,12 €	44,05 €	16,78 €	-36,64 €	0,156	-8,66 €	0,073	27,98 €	0,238
Standardabweichung	50,52 €	51,37 €	513,95 €	81,63 €						
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	725,24 €	581,24 €	10.106,81 €	861,50 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	382	391	386	391						
durchschnittliche Kosten	458,04 €	444,01 €	605,01 €	575,68 €	-146,98 €	<0,001	-131,67 €	<0,001	15,31 €	0,714
Standardabweichung	451,00 €	394,96 €	684,31 €	629,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	153,46 €	172,64 €	173,93 €	186,19 €						
Median	324,90 €	313,99 €	429,03 €	396,73 €						
75%-Perzentil	640,57 €	585,65 €	776,29 €	771,41 €						
Maximum	4.215,79 €	2.150,66 €	5.298,13 €	5.260,47 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	333	329	347	346						
durchschnittliche Kosten	691,11 €	833,88 €	846,60 €	1.082,81 €	-155,49 €	0,332	-248,93 €	0,394	-93,44 €	0,709
Standardabweichung	1.811,77 €	3.085,31 €	2.645,82 €	4.956,51 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	26,08 €	20,17 €	38,19 €	30,37 €						
Median	121,32 €	101,81 €	156,14 €	178,26 €						
75%-Perzentil	475,25 €	436,72 €	503,02 €	523,57 €						
Maximum	16.115,26 €	40.500,53 €	30.496,88 €	75.205,82 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	401	401	401	401						
N mit Fall	89	54	95	78						
durchschnittliche Kosten	96,05 €	50,88 €	95,28 €	69,30 €	0,78 €	0,977	-18,41 €	0,358	-19,19 €	0,351
Standardabweichung	361,02 €	251,53 €	395,14 €	312,58 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.038,55 €	3.072,74 €	6.199,30 €	4.885,55 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	123	134	123	134						
durchschnittliche Kosten	860,88 €	6.661,98 €	1.392,18 €	7.190,87 €	-531,30 €	0,116	-528,89 €	0,609	2,41 €	0,998
Standardabweichung	2.154,68 €	9.237,84 €	3.248,42 €	7.596,09 €						
Minimum	0,00 €	69,05 €	0,00 €	221,44 €						
25%-Perzentil	24,41 €	1.020,64 €	37,46 €	1.063,92 €						
Median	100,47 €	2.641,54 €	164,01 €	4.657,75 €						
75%-Perzentil	670,18 €	8.795,20 €	949,89 €	10.704,99 €						
Maximum	15.250,95 €	47.228,63 €	21.609,12 €	29.056,24 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	13	69	17	85						
durchschnittliche Kosten	456,12 €	5.609,76 €	671,57 €	5.223,34 €	-215,45 €	0,47	386,42 €	0,695	601,87 €	0,572
Standardabweichung	1.940,91 €	9.138,89 €	2.850,69 €	6.830,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	512,31 €	0,00 €	2.179,13 €						
75%-Perzentil	0,00 €	6.992,63 €	0,00 €	8.428,62 €						
Maximum	14.874,83 €	45.317,38 €	20.680,13 €	28.959,12 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	<10	<10	<10	23						
durchschnittliche Kosten	30,55 €	0,00 €	188,97 €	915,35 €	-158,43 €	0,119	-915,35 €	<0,001	-756,92 €	0,001
Standardabweichung	353,61 €	0,00 €	1.113,81 €	2.361,67 €						
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	4.093,31 €	0,00 €	8.463,80 €	9.941,50 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	<10	91	<10	73						
durchschnittliche Kosten	25,15 €	533,70 €	19,45 €	306,02 €	5,70 €	0,713	227,68 €	<0,001	221,99 €	<0,001
Standardabweichung	137,37 €	538,79 €	114,97 €	411,57 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	292,62 €	0,00 €	206,57 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.007,78 €	0,00 €	417,06 €						
Maximum	1.048,04 €	1.988,90 €	947,08 €	1.494,98 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4,62 €	0,00 €		-4,62 €	0,319	-4,62 €	0,319
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	53,46 €						
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	618,81 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	120	119	119	124						
durchschnittliche Kosten	161,95 €	194,29 €	226,50 €	311,42 €	-64,55 €	0,176	-117,13 €	0,073	-52,58 €	0,521
Standardabweichung	319,53 €	348,29 €	447,83 €	667,58 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,07 €	23,89 €	19,50 €	35,09 €						
Median	47,55 €	69,51 €	69,91 €	104,99 €						
75%-Perzentil	188,47 €	229,50 €	202,72 €	316,57 €						
Maximum	2.571,42 €	2.126,30 €	2.730,82 €	6.189,51 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	170,45 €	320,82 €	258,52 €	406,26 €	-88,07 €	0,164	-85,44 €	0,265	2,64 €	0,979
Standardabweichung	347,07 €	490,92 €	642,34 €	736,71 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	11,18 €						
Median	17,23 €	125,20 €	31,41 €	150,52 €						
75%-Perzentil	195,84 €	460,26 €	210,14 €	388,20 €						
Maximum	2.047,86 €	2.692,42 €	4.818,19 €	4.945,39 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	16,66 €	3,41 €	27,15 €	23,86 €	-10,49 €	0,661	-20,46 €	0,105	-9,97 €	0,714
Standardabweichung	160,70 €	29,04 €	224,90 €	142,21 €						
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	1.816,16 €	297,41 €	2.140,61 €	1.172,02 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	221	221	221	221						
durchschnittliche Kosten	5.391,69 €	4.769,38 €	5.401,38 €	5.534,30 €	-9,70 €	0,991	-764,93 €	0,382	-755,23 €	0,555
Standardabweichung	10.530,90 €	8.625,31 €	8.067,43 €	9.718,78 €						
Minimum	0,35 €	206,57 €	18,61 €	200,92 €						
25%-Perzentil	1.010,62 €	1.159,85 €	960,71 €	1.252,05 €						
Median	1.852,65 €	1.817,91 €	1.770,33 €	2.195,03 €						
75%-Perzentil	5.447,78 €	4.069,73 €	5.837,16 €	5.420,05 €						
Maximum	117.912,39 €	76.829,17 €	51.762,29 €	75.148,13 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	64	52	63	59						
durchschnittliche Kosten	3.463,98 €	3.024,03 €	3.329,64 €	3.175,93 €	134,34 €	0,875	-151,89 €	0,856	-286,23 €	0,812
Standardabweichung	10.303,44 €	8.618,90 €	7.342,42 €	8.961,58 €						
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	1.888,85 €	0,00 €	2.707,15 €	1.612,74 €						
Maximum	117.183,40 €	76.219,62 €	42.720,94 €	72.181,56 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	21	<10	15	14						
durchschnittliche Kosten	431,96 €	0,00 €	440,49 €	357,54 €	-8,53 €	0,958	-357,54 €	0,002	-349,01 €	0,081
Standardabweichung	1.455,75 €	0,00 €	1.881,47 €	1.675,33 €						
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	8.758,85 €	0,00 €	13.884,46 €	12.966,27 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	191	206	188	199						
durchschnittliche Kosten	660,61 €	886,15 €	632,61 €	849,86 €	28,00 €	0,452	36,29 €	0,432	8,29 €	0,894
Standardabweichung	391,14 €	471,08 €	391,72 €	498,40 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	299,22 €	558,16 €	281,06 €	418,37 €						
Median	763,04 €	991,06 €	682,90 €	866,88 €						
75%-Perzentil	963,96 €	1.241,99 €	904,10 €	1.203,25 €						
Maximum	1.367,92 €	1.766,85 €	1.367,92 €	1.766,85 €						

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

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	207	207	214	208						
durchschnittliche Kosten	98,38 €	143,50 €	182,46 €	200,88 €	-84,08 €	0,003	-57,37 €	0,09	26,71 €	0,543
Standardabweichung	207,70 €	318,97 €	361,37 €	386,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	18,13 €	29,76 €	27,32 €	38,60 €						
Median	40,05 €	63,71 €	61,64 €	78,90 €						
75%-Perzentil	99,84 €	137,46 €	147,12 €	149,68 €						
Maximum	2.276,11 €	2.791,95 €	2.318,87 €	3.131,30 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	721,88 €	710,16 €	762,74 €	894,75 €	-40,86 €	0,716	-184,59 €	0,148	-143,74 €	0,394
Standardabweichung	1.052,21 €	1.034,09 €	1.297,41 €	1.586,74 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	74,22 €	86,19 €	78,05 €	74,90 €						
Median	307,68 €	266,22 €	295,73 €	336,98 €						
75%-Perzentil	969,76 €	919,58 €	903,55 €	997,46 €						
Maximum	8.113,23 €	7.367,80 €	11.393,31 €	12.239,37 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	14,87 €	5,53 €	53,44 €	55,35 €	-38,57 €	0,129	-49,81 €	0,05	-11,24 €	0,755
Standardabweichung	110,07 €	48,99 €	359,56 €	371,81 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.457,28 €	485,76 €	3.823,60 €	3.180,22 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	129	132	130	132						
durchschnittliche Kosten	3.122,59 €	2.882,21 €	2.862,21 €	2.464,14 €	260,38 €	0,739	418,07 €	0,478	157,69 €	0,872
Standardabweichung	6.962,70 €	5.013,21 €	5.734,10 €	4.607,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	332,44 €	337,31 €	245,21 €	286,78 €						
Median	893,75 €	804,99 €	924,62 €	774,98 €						
75%-Perzentil	2.773,69 €	3.348,37 €	2.983,86 €	2.660,25 €						
Maximum	61.527,70 €	24.759,84 €	46.769,76 €	35.075,20 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	47	33	38	31						
durchschnittliche Kosten	2.091,50 €	1.714,73 €	1.500,78 €	1.218,08 €	590,72 €	0,368	496,65 €	0,295	-94,07 €	0,905
Standardabweichung	6.478,25 €	4.423,28 €	3.949,57 €	3.231,56 €						
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	1.606,34 €	0,00 €	1.423,43 €	0,00 €						
Maximum	58.299,53 €	21.250,54 €	27.355,66 €	25.218,40 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	2,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2,99 €	0,319	0,00 €		-2,99 €	0,319
Standardabweichung	34,62 €	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	400,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	9,80 €	23,43 €	18,72 €	12,36 €	-8,92 €	0,411	11,07 €	0,333	20,00 €	0,212
Standardabweichung	51,37 €	101,14 €	114,47 €	85,28 €						
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	364,01 €	619,14 €	996,74 €	920,50 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	129	132	130	129						
durchschnittliche Kosten	496,84 €	498,56 €	522,93 €	561,88 €	-26,09 €	0,637	-63,32 €	0,318	-37,23 €	0,668
Standardabweichung	410,11 €	445,93 €	491,34 €	580,71 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	198,97 €	194,44 €	188,96 €	160,99 €						
Median	429,40 €	404,00 €	394,77 €	372,77 €						
75%-Perzentil	734,56 €	667,76 €	688,98 €	773,86 €						
Maximum	2.420,98 €	2.942,61 €	3.042,30 €	3.360,27 €						

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 Diffe- renzen (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	116	109	108	117						
durchschnittliche Kosten	447,14 €	561,25 €	741,39 €	611,46 €	-294,25 €	0,196	-50,21 €	0,823	244,04 €	0,449
Standardabweichung	906,49 €	1.976,12 €	2.462,47 €	1.694,60 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	29,60 €	31,43 €	27,08 €	25,40 €						
Median	120,54 €	112,86 €	135,83 €	135,00 €						
75%-Perzentil	408,42 €	353,76 €	486,65 €	448,44 €						
Maximum	6.566,80 €	21.376,14 €	22.472,81 €	12.100,62 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	134	134	134	134						
N mit Fall	28	33	40	29						
durchschnittliche Kosten	74,32 €	84,24 €	78,39 €	60,37 €	-4,07 €	0,88	23,87 €	0,346	27,94 €	0,453
Standardabweichung	261,48 €	245,46 €	169,87 €	159,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	91,91 €	0,00 €						
Maximum	2.198,67 €	1.979,06 €	1.041,74 €	843,84 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	218	220	221	220						
durchschnittliche Kosten	2.549,81 €	2.103,26 €	2.661,28 €	3.607,44 €	-111,47 €	0,781	-1.504,18 €	0,007	-1.392,71 €	0,043
Standardabweichung	4.301,63 €	3.383,64 €	4.115,71 €	7.467,75 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	31,12 €	0,00 €						
25%-Perzentil	348,55 €	323,53 €	415,02 €	415,42 €						
Median	902,38 €	909,77 €	1.011,36 €	1.061,46 €						
75%-Perzentil	2.727,91 €	2.428,42 €	3.115,65 €	3.409,95 €						
Maximum	30.951,26 €	27.189,21 €	26.567,62 €	58.517,27 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	62	49	67	68						
durchschnittliche Kosten	1.181,88 €	801,51 €	1.346,01 €	2.221,35 €	-164,12 €	0,591	-1.419,84 €	0,002	-1.255,72 €	0,022
Standardabweichung	3.069,75 €	2.132,81 €	3.338,01 €	6.295,93 €						
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	832,39 €	0,00 €	1.133,18 €	1.774,60 €						
Maximum	24.583,80 €	13.946,70 €	25.395,98 €	46.236,94 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	36,30 €	10,55 €	-36,30 €	0,258	-10,55 €	0,212	25,75 €	0,438
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	475,55 €	125,36 €						
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	0,00 €	0,00 €	6.999,82 €	1.783,72 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	<10	<10	22	17						
durchschnittliche Kosten	9,52 €	13,50 €	21,48 €	27,55 €	-11,97 €	0,118	-14,06 €	0,172	-2,09 €	0,867
Standardabweichung	68,65 €	85,69 €	90,40 €	126,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	820,03 €	1.012,91 €	950,00 €	950,00 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	217	220	221	218						
durchschnittliche Kosten	570,66 €	500,95 €	546,10 €	560,82 €	24,57 €	0,697	-59,87 €	0,21	-84,43 €	0,295
Standardabweichung	797,42 €	440,05 €	491,23 €	556,25 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	31,12 €	0,00 €						
25%-Perzentil	229,15 €	218,61 €	262,86 €	236,89 €						
Median	445,60 €	391,29 €	431,73 €	430,09 €						
75%-Perzentil	730,98 €	673,34 €	716,19 €	704,38 €						
Maximum	10.751,19 €	3.863,50 €	4.101,43 €	4.376,79 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	191	193	204	199						
durchschnittliche Kosten	709,81 €	722,45 €	542,02 €	656,79 €	167,79 €	0,315	65,66 €	0,703	-102,14 €	0,673
Standardabweichung	2.250,91 €	2.124,97 €	1.043,65 €	1.416,64 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	37,62 €	40,96 €	55,38 €	56,62 €						
Median	156,72 €	165,91 €	202,65 €	216,60 €						
75%-Perzentil	649,23 €	662,24 €	596,66 €	619,35 €						
Maximum	29.963,34 €	25.917,43 €	11.117,74 €	12.131,95 €						

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 (Effekt)	p-Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	221	221	221	221						
N mit Fall	37	36	61	57						
durchschnittliche Kosten	77,94 €	64,86 €	169,38 €	130,38 €	-91,44 €	0,093	-65,52 €	0,213	25,92 €	0,734
Standardabweichung	314,90 €	266,35 €	742,98 €	733,70 €						
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 €	62,02 €	40,26 €						
Maximum	2.959,00 €	2.453,41 €	9.652,38 €	10.434,70 €						

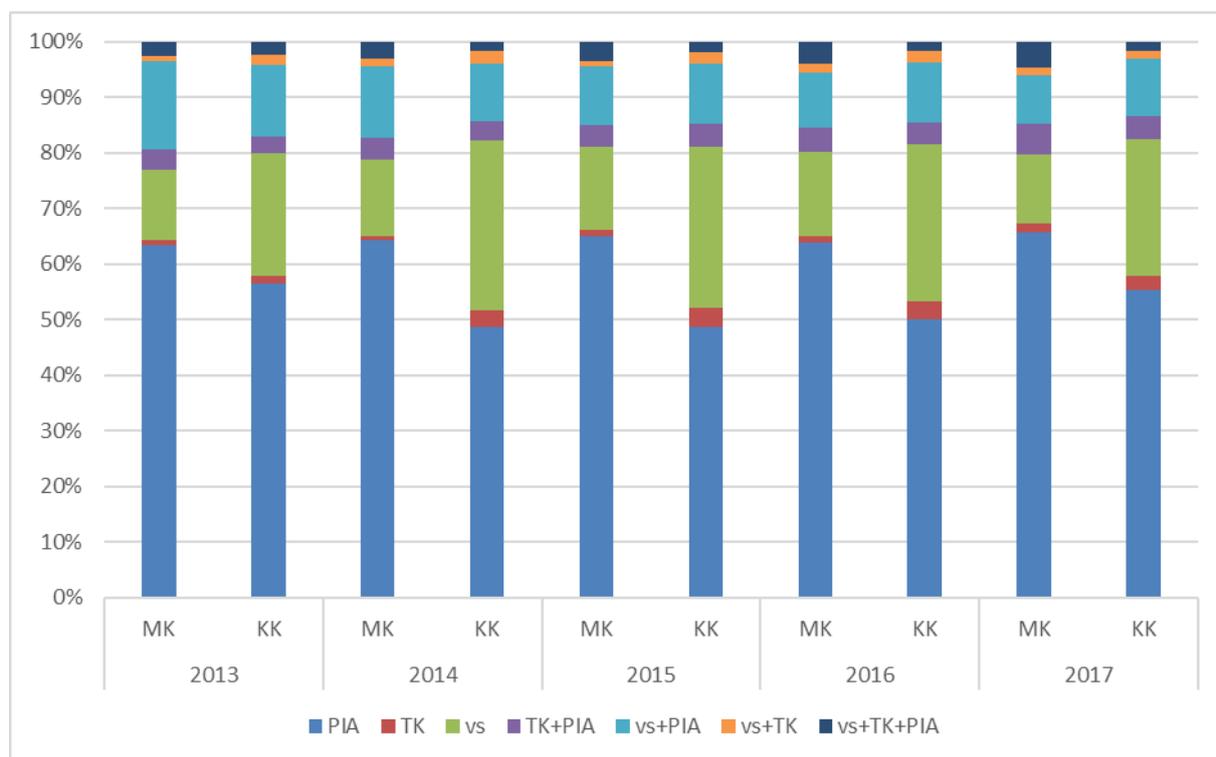
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken
vs+TK+PIA	25	420	43	589	70	661	80	621	100	557
vs+TK	10	346	19	776	19	716	32	658	27	459
vs+PIA	160	2.358	184	3.494	224	3.829	205	3.870	189	3.579
TK+PIA	38	529	54	1.147	80	1.424	90	1.438	116	1.371
vs	128	4.006	198	10.414	311	10.244	311	10.011	266	8.447
TK	8	287	11	1.075	25	1.225	22	1.142	34	839
PIA	641	10.290	914	16.549	1.351	17.120	1.313	17.866	1.400	18.988
Gesamtergebnis	1.010	18.236	1.423	34.044	2.080	35.219	2.053	35.606	2.132	34.240

(N_{Kontrollkliniken} = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendari- sche 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	1423	1792	2080	1854	2053	1874
Anzahl Fälle	4322	4644	5615	4824	5722	4865
Ausgaben	7.423.176 €	10.559.004 €	10.005.156 €	11.051.420 €	10.106.326 €	10.994.261 €
Ausgaben je Patient	5.217 €	5.893 €	4.810 €	5.962 €	4.923 €	5.867 €
Ausgaben je Fall	1.718 €	2.274 €	1.782 €	2.291 €	1.766 €	2.260 €

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

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1	256	9	288	13	276
Anzahl Fälle	1	324	10	362	14	344
Ausgaben	9.575 €	1.613.258 €	33.963 €	1.767.127 €	87.895 €	1.798.103 €
Ausgaben je TK-Patient	9.575 €	6.297 €	3.774 €	6.145 €	6.761 €	6.523 €
Ausgaben je Fall	9.575 €	4.977 €	3.396 €	4.883 €	6.278 €	5.224 €

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	1195	1146	1725	1212	1688	1252
Anzahl Fälle	3519	3093	4523	3215	4572	3339
Ausgaben	921.279 €	827.547 €	1.213.330 €	885.973 €	1.253.693 €	935.038 €
Ausgaben je PIA-Patient	771 €	722 €	703 €	731 €	743 €	747 €
Ausgaben je Fall	262 €	268 €	268 €	276 €	274 €	280 €

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	134	860,88 €	134	6.661,98 €		5.801,10 €
	KG	134	1.392,18 €	134	7.190,87 €		5.798,69 €
	Differenz IG-KG		-531,30 €		-528,89 €		2,41 €
	p-Wert		0,116		0,609		0,998
(vermiedene) KH-Tage	IG	134	1,9	134	20,7		18,9
	KG	134	2,3	134	20,5		18,3
	Differenz IG-KG		-0,4		0,2		0,6
	p-Wert		0,755		0,955		0,311
	ICER (Diff in Diff)						-4,09 €

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	77	830,78 €	77	6.072,05 €		5.241,27 €
	KG	59	1.074,38 €	59	6.793,59 €		5.719,21 €
	Differenz IG-KG		-243,60 €		-721,54 €		-477,94 €
	p-Wert		0,617		0,615		0,754
(vermiedene) AU-Tage	IG	77	18,6	77	79,4		60,8
	KG	59	14,0	59	63,1		49,1
	Differenz IG-KG		4,7		16,3		11,7
	p-Wert		0,517		0,338		<0,001
	ICER						40,91 €